

GUIDE D'INTERVENTION

Grippe saisonnière en milieu d'hébergement et de soins de longue durée

Prévention, Surveillance et Contrôle

GUIDE D'INTERVENTION

GRIPPE SAISONNIÈRE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Prévention, Surveillance et Contrôle

12 DÉCEMBRE 2013

AUTEURS

MYLÈNE ARSENAULT, MD, médecin-conseil

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval

SANDRA BOIVIN, conseillère en soins infirmiers

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

HUGUES CHAREST, MD

Laboratoire de santé publique du Québec, Institut National de santé publique du Québec

JOSÉE DUBUQUE, coordonnatrice du dossier influenza

Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux

HÉLÈNE FAVRON, MD, médecin-conseil

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

CHARLES FRENETTE, MD, microbiologiste-infectiologue

Centre hospitalier universitaire de santé McGill

SUZANNE HURTUBISE, MD, médecin-conseil

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

YANNICK LAVOIE, MD, médecin-conseil

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval

RENÉE PARÉ, MD, médecin-conseil

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

SOUS LA COORDINATION DE

JASMIN VILLENEUVE, MD, médecin-conseil *

Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

CONSULTATION

Association des infirmières en prévention des infections (AIPI)

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

Équipes de maladies infectieuses des directions régionales de santé publique

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGES

Monique Michaud, Agente administrative

Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Document adopté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI 91) le 6 décembre 2013.

*** Attention : selon la catégorisation des auteurs des bibliothèques, ce titre devient le premier auteur inscrit dans les bases de données.**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

LISTE DES ACRONYMES

AMMI	Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada
BSV	Bureau de surveillance et de vigie
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CH	Centre d'hébergement (public)
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée (privés conventionnés et non conventionnés)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGPSP	Direction générale de la protection de la santé publique
DSP	Direction de santé publique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IVRS	Infection des voies respiratoires supérieures
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIQ	Protocole sur l'immunisation du Québec
SAG	Syndrome d'allure grippale
SHA	Solution hydro-alcoolique
SIVSI	Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TCNMI	Table de concertation nationale en maladies infectieuses
TS	Travailleur de la santé

PRÉAMBULE

Le groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé a été mandaté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) pour mettre à jour le « *Guide d'intervention : influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée – prévention, surveillance et contrôle* » de 2006, et en harmoniser les approches en matière de prévention et contrôle des éclosions de grippe saisonnière¹ en milieu d'hébergement et de soins de longue durée², pour l'ensemble des régions du Québec. En plus de mettre à profit leur expérience dans le contrôle des éclosions de grippe, les membres du groupe de travail ont pris en considération les recommandations des groupes experts de même que la littérature sur la prévention, le contrôle et le traitement de la grippe.

Bien que ce guide soit développé pour la gestion de la grippe, les mesures de prévention et contrôle des infections recommandées peuvent également s'appliquer pour d'autres types de virus respiratoires (annexe 1).

Ce document se veut un outil de travail pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée³ du Québec. **L'efficacité de l'ensemble des mesures concernant la gestion d'une éclosion de grippe recommandées dans ce guide est documentée essentiellement dans un contexte de milieu fermé** (un centre dont les résidents présentent une perte d'autonomie qui les empêche de pouvoir sortir facilement dans la communauté ou un centre qui offre au moins 3 heures de soins par résident et par jour correspondent à des milieux fermés).

¹ Selon l'Office québécois de la langue française (site internet), le terme influenza est considéré désuet pour désigner la maladie. Aussi, dans ce document, le terme « grippe » sera utilisé pour désigner la maladie et ses caractéristiques, tandis que le terme « influenza » sera conservé pour désigner le ou les virus responsables.

² Selon la Loi sur les services de santé et services sociaux, ces centres ont pour mission « *d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage* » (Québec 2013). Par ailleurs, les recommandations contenues dans ce guide s'appliquent **autant aux centres d'hébergement (CH) publics qu'aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés ou privés non conventionnés**. Pour faciliter la lecture du document, le terme « milieu d'hébergement et de soins de longue durée » sera utilisé pour désigner l'ensemble de ces milieux.

³ Inclut les centres psychiatriques pouvant participer à la surveillance des éclosions et aux mesures de prévention du guide. Les centres dont les patients sont autonomes et peuvent circuler dans la communauté ne peuvent être considérés comme fermés au sens de l'application des mesures spécifiques de contrôle du guide.

Par contre, la majorité des mesures de prévention des infections qui y sont présentées, de même que les activités de préparation à la saison grippale et la collaboration au système provincial de surveillance des éclosions, peuvent s'appliquer dans tout milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

Ce document est une mise à jour du document paru en 2006. Plusieurs informations notamment sur le nombre de cas et de décès, ainsi que sur l'utilisation des antiviraux et des vaccins, ont changé.

Dans ce document, le terme « travailleur de la santé en établissement » correspond à la définition du chapitre 1 du Protocole sur l'immunisation du Québec (PIQ) (MSSS, 2013a), soit : « ...*toute personne qui donne des soins de santé ou qui travaille dans un établissement de santé qui fournit des soins à des patients, par exemple médecin, infirmière, ambulancier, pharmacien, professionnel dentaire, étudiant en soins infirmiers ou en médecine, technicien de laboratoire, bénévole, travailleur de soutien ou de l'administration d'un établissement (liste non exhaustive). Le terme inclut les stagiaires de la santé et leurs professeurs...* ». Cette définition ne s'applique que dans le contexte de la grippe.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 NOTIONS ESSENTIELLES SUR LA GRIPPE	4
1.1 Définition d'un cas clinique.....	4
1.2 Définition d'un cas confirmé	4
1.3 Définition d'un cas nosocomial.....	5
1.4 Incubation et contagiosité	5
1.5 Transmission du virus	5
2 MESURES DE PRÉVENTION	7
2.1 Vaccination	7
2.1.1 Vaccination des résidants et de leurs proches.....	8
2.1.2 Vaccination des travailleurs de la santé.....	8
2.2 Pratiques de base.....	10
2.2.1 Hygiène et étiquette respiratoire.....	10
2.3 Mesures additionnelles : précautions contre la transmission par gouttelettes et contact.....	11
2.4 Mesures spécifiques en présence d'activité grippale dans la communauté ou en présence de cas sporadiques de syndrome d'allure grippale dans l'établissement.....	13
2.4.1 Rappel de la vaccination	13
2.4.2 Visites aux résidants	13
3 SURVEILLANCE	14
3.1 Objectif de la surveillance	14
3.2 Période de surveillance de la grippe	14
3.3 Éléments à surveiller.....	14
3.4 Mécanismes de surveillance	15
3.5 Éclosion	16
3.5.1 Définition d'une éclosion de grippe	16
3.5.2 Confirmation d'une éclosion de grippe.....	16
3.5.3 Tests de laboratoire.....	17
3.5.4 Signalement à la direction de santé publique :	18
4 CONTRÔLE D'UNE ÉCLOSION	20

4.1	Pratiques de base	20
4.2	Mesures additionnelles : précautions contre la transmission par gouttelettes et contact	20
4.3	Autres mesures de contrôle durant une éclosion de grippe	21
4.3.1	Mesures concernant les résidants	21
4.3.2	Mesures concernant les visiteurs	21
4.3.3	Mesures concernant les travailleurs de la santé	22
4.3.4	Mesures concernant les nouvelles admissions	23
4.4	Utilisation des antiviraux comme mesure spécifique de contrôle dans le cas d'une éclosion confirmée de grippe	23
4.4.1	Principes généraux d'utilisation des antiviraux	24
4.4.2	Recommandations sur l'utilisation des antiviraux	25
4.5	Suivi de l'éclosion	27
5	MESURES DE PRÉPARATION AUX ÉCLOSIONS	29
5.1	Désignation d'une personne responsable	29
5.2	Vaccination contre l'influenza des résidants et des travailleurs de la santé	29
5.3	Préparation de la surveillance	29
5.4	Préparation des communications	30
5.5	Préparation de la mise en œuvre des mesures de contrôle	30
5.6	Soutien de la direction de santé publique	31
	CONCLUSION	32
	ANNEXE 1- TABLEAU COMPARATIF DES CARACTÉRISTIQUES DES VIRUS RESPIRATOIRES	34
	ANNEXE 2A- EXEMPLE D’AFFICHE SUR LE LAVAGE DES MAINS	36
	ANNEXE 2B- EXEMPLE D’AFFICHE SUR L’HYGIÈNE DES MAINS AVEC UNE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE	37
	ANNEXE 2C- EXEMPLE D’AFFICHE SUR L’HYGIÈNE ET L’ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE	38
	ANNEXE 2D- EXEMPLE D’AFFICHE SUR LES PRATIQUES DE BASE	39
	ANNEXE 3A- EXEMPLE D’AFFICHE : PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES CONTRE LA TRANSMISSION PAR GOUTTELETTES ET CONTACT	42

ANNEXE 3B-	EXEMPLE D’AFFICHE : PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES CONTRE LA TRANSMISSION PAR GOUTTELETTES.....	43
ANNEXE 4A-	EXEMPLE DE LETTRE POUR LA RELANCE DE LA VACCINATION AUPRÈS DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ.....	46
ANNEXE 4B-	EXEMPLE D’AVIS AUX VISITEURS	47
ANNEXE 4C-	EXEMPLE D’AVIS AUX TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	48
ANNEXE 4D-	EXEMPLE DE LETTRE D’INFORMATION AUX RÉSIDANTS ET À LEUR FAMILLE	49
ANNEXE 4E-	EXEMPLE 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : VACCINATION CONTRE L’INFLUENZA ET LE PNEUMOCOQUE ET PROPHYLAXIE ANTIVIRALE (ADAPTÉ D’UN DOCUMENT DE LA DSP DE MAURICIE ET CENTRE DU QUÉBEC).....	51
ANNEXE 4F-	EXEMPLE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : VACCINATION CONTRE L’INFLUENZA ET LE PNEUMOCOQUE ET PROPHYLAXIE ANTIVIRALE (ADAPTÉ D’UN DOCUMENT DU CSSS VAUDREUIL-SOULANGES).....	52
ANNEXE 5A-	GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROME D’ALLURE GRIPPALE CHEZ LES RÉSIDANTS.....	54
ANNEXE 5B-	GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROME D’ALLURE GRIPPALE CHEZ LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	55
ANNEXE 6-	ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ (VOIR SECTION 4.3.3).....	58
ANNEXE 7-	EXEMPLE D’UN QUESTIONNAIRE D’AIDE À L’ENQUÊTE ET À L’INTERVENTION POUR LES INTERVENANTS DE SANTÉ PUBLIQUE (ADAPTÉ D’UN DOCUMENT DE LA DSP DE LA MONTÉRÉGIE).....	60
ANNEXE 8-	CONDUITE POUR LES TRANSFERTS D’UN HÔPITAL VERS UN MILIEU D’HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE, SELON LA PRÉSENCE DE GRIPPE ET LA PRISE DE PROPHYLAXIE ANTIVIRALE.	62
ANNEXE 9A-	OSELTAMIVIR (TAMIFLU).....	66
ANNEXE 9B-	ZANAMIVIR (RELENZA)	69
ANNEXE 10A-	STATUT VACCINAL DES RÉSIDANTS	72

ANNEXE 10B- STATUT VACCINAL DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	73
ANNEXE 11A- LETTRE DU CURATEUR PUBLIC À MARC DIONNE	76
ANNEXE 11B- LETTRE DU CURATEUR PUBLIC À ALAIN POIRIER	77
BIBLIOGRAPHIE	79

INTRODUCTION

La grippe demeure une cause importante de mortalité et de morbidité. Les personnes les plus vulnérables sont celles âgées de plus de 65 ans et celles ayant des problèmes de santé chroniques sous-jacents (CCNI, 2013). En effet, pendant la saison 2012-2013, au Canada, plus de 85% des décès attribuables à la grippe, et plus de 68% des hospitalisations concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus (CCNI, 2013).

Tel que rapporté par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), des tests de détection de la grippe ne sont pas souvent effectués dans la population afin de confirmer le diagnostic ou ils sont réalisés trop tard. Il est donc difficile d'évaluer le fardeau véritable de la maladie, en matière d'incidence, de décès et d'hospitalisations (CCNI, 2013). Toutefois, chaque année au Canada, on estime que des milliers des personnes sont affectées par la grippe. De plus, la morbidité et la mortalité varient en fonction de nombreux facteurs, tels la durée de la saison grippale et son intensité qui sont eux-mêmes influencés par les souches circulantes, sans compter le fardeau attribuable aux autres virus respiratoires.

Au Québec, en 2012-2013, le Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI) rapporte que 282 éclosions de grippe en milieux d'hébergement et de soins de longue durée ont été signalées aux directions de santé publique, dont 247 étaient causées par l'influenza A. Ces éclosions ont touché près de 4610 personnes, dont 115 (2,5%) ont été hospitalisées et 284 (6,2%) sont décédées. On doit tout de même mentionner que cette dernière saison était exceptionnelle. En effet, le nombre moyen d'éclosions de grippe entre les saisons 2001-2002 et 2011-2012 était de 80, et le nombre le plus élevé avait été observé en 2004-2005, avec 179 éclosions.

Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée accueillent de nombreuses personnes qui, en raison de leur âge ou de leur état de santé, risquent de développer des complications si elles contractent une infection causée par le virus de l'influenza. De plus, le regroupement de ces personnes dans un espace fermé favorise la transmission du virus. Les travailleurs de la santé de même que les visiteurs infectés par le virus peuvent servir de porte d'entrée à l'influenza dans ces milieux. Les contacts répétés des travailleurs de la santé avec les résidents infectés favorisent aussi la transmission du virus d'un résident à un autre, particulièrement si les mesures de prévention ne sont pas respectées.

Chez les personnes âgées vivant dans un établissement de longue durée où le taux de vaccination des travailleurs de la santé est élevé, la vaccination contre la grippe amène une réduction du taux de syndrome grippal, et de mortalité toute cause confondue (MSSS, 2013c). Une étude canadienne (McGeer et al., 2000) mentionne d'ailleurs que, malgré la présence d'une couverture vaccinale de 90 % chez les résidents d'établissements d'hébergement et de soins de longue durée, près de la moitié de ces milieux ont rapporté au moins une éclosion de grippe par année. C'est pourquoi, un taux de vaccination de 80 % et plus est visé, autant chez les travailleurs de la santé que chez les résidents.

Le tableau ci-après illustre le nombre d'éclosions de grippe signalées par les milieux d'hébergement et de soins de longue durée du Québec entre 2004 et 2013. Lors des éclosions de grippe signalées au cours des saisons grippales 2010-2011 à 2012-2013, le taux d'attaque était de 14 % à 17 %, tandis que la proportion des résidents nécessitant une hospitalisation variait entre 2,5 % et 3,4 %. La létalité se situait entre 4,5 % et 6,2 % (SIVSI, accédé le 30 octobre 2013).

Tableau 1- Caractéristiques des éclosions de grippe déclarées dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée au Québec, entre 2004 et 2013.

Année	Nb d'éclosions	Nb de cas	Nb d'hospitalisations	Nb de décès
2004-2005	179	3056	117	156
2005-2006	18	127	6	12
2006-2007	76	838	32	43
2007-2008	86	848	71	38
2008-2009	58	498	38	21
2009-2010	24	247	5	9
2010-2011	150	2272	77	102
2011-2012	51	911	30	50
2012-2013	282	4610	115	284

Sources : SIVSI, accédé le 30 octobre 2013. Le SIVSI utilise les données du Registre Éclosions, LSPQ (INSPQ, 2013).

Ces éclosions ont eu lieu malgré un taux de couverture vaccinale moyenne supérieur à 80 % chez les résidents. En 2010, le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) de la Direction générale de la protection de la santé publique (DGPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), indiquait que les taux de couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) étaient inférieurs à 50%. Ces données démontrent que des taux élevés de couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé et une bonne préparation à la surveillance, à la prévention et au contrôle des éclosions avant la saison d'activité grippale, sont indispensables.

Ce document est divisé en cinq chapitres et annexes correspondantes. Le premier chapitre aborde les notions essentielles sur la grippe, soit la définition de la grippe, ses périodes d'incubation et de contagiosité et son mode de transmission. Le deuxième chapitre porte sur la prévention de l'infection. L'accent est mis sur les mesures considérées efficaces telles que la vaccination des résidents et de tous leurs contacts, en particulier les travailleurs de la santé (CDC, 2005a; CCNI, 2013; CDC, 2013a). Dans le deuxième chapitre sont également abordées les pratiques de base, l'hygiène et l'étiquette respiratoire ainsi que les mesures de

prévention spécifiques en présence d'activité grippale. Au troisième chapitre, sont présentés les stratégies d'une surveillance efficace et les critères de confirmation d'une éclosion. La mise en œuvre des mesures de contrôle lors de la survenue d'une éclosion de grippe est décrite dans le quatrième chapitre. Finalement, le cinquième chapitre permet une intégration pratique des notions présentées antérieurement et vise à faciliter la préparation à la saison et aux éclosions de grippe. Dans ce dernier chapitre, on précise également le rôle de la direction de santé publique (DSP) et l'arrimage des établissements avec les laboratoires diagnostiques.

Il est à noter que ce guide d'intervention présente les notions générales de base pour la gestion des cas de grippe, ainsi que des éclosions suspectées ou confirmées, survenant dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée au Québec. Il existe un document complémentaire, publié en octobre 2013 par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ, 2013), qui décrit des mesures supplémentaires pouvant être mises en place lors de la survenue d'une éclosion majeure en milieux de soins. Lorsque pertinent, le présent guide fait référence aux mesures décrites dans ce document.

1 NOTIONS ESSENTIELLES SUR LA GRIPPE⁴

La grippe est une infection causée par le virus influenza. On distingue trois types de virus influenza : A, B et C. Les types A et B sont responsables des épidémies d'affections respiratoires qui se produisent principalement l'hiver en Amérique du Nord (Mandell, Bennett & Dolin, 2010), alors que le type C ne causerait pas de problèmes cliniques (Harper et al., 2009). Le tableau clinique habituel de la grippe se manifeste généralement par un début soudain de fièvre, avec céphalées, toux, perte d'appétit, douleurs musculaires, malaise généralisé et fatigue parfois intense. Il est à noter que la présentation clinique peut être atypique chez les personnes âgées.

La grippe peut se compliquer d'une pneumonie ou par l'exacerbation d'une maladie chronique. Évoluant habituellement vers la guérison spontanée en 5 à 7 jours, elle présente des conséquences plus graves chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou chez celles âgées de 65 ans ou plus, en particulier celles hébergées en établissement. Il est important de distinguer la grippe des infections respiratoires moins sévères, tel le rhume.

1.1 DÉFINITION D'UN CAS CLINIQUE

Lorsque le tableau clinique du résidant est compatible avec une grippe sans que le diagnostic ne soit confirmé par laboratoire, on parle alors de syndrome d'allure grippale (SAG). La définition du SAG retenue à des fins de surveillance est présentée à la section 3.3.

1.2 DÉFINITION D'UN CAS CONFIRMÉ

Un cas de grippe est considéré confirmé lorsqu'un test de laboratoire (voir section 3.5.3) confirme la détection d'un virus influenza.

En situation d'éclosion, les cas de SAG ayant un lien épidémiologique, sont comptabilisés avec les cas confirmés pour les fins d'enquête épidémiologique et de mise en place des mesures de PCI.

Toutefois, à des fins de surveillance, il est nécessaire de distinguer les cas de grippe confirmés en laboratoire de l'ensemble des individus présentant un SAG., liés à cette éclosion.

⁴ Dans un souci d'harmonisation, les notions présentées dans ce chapitre ont été reprises en partie du document *Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* publié par l'Institut national de santé publique en 2012 (CINQ, 2012), ainsi que du document *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins* (CINQ 2013).

1.3 DÉFINITION D'UN CAS NOSOCOMIAL

Un cas de grippe chez un résidant est considéré nosocomial pour le milieu d'hébergement et de soins de longue durée, si les symptômes de grippe ont débuté :

- > 72 heures après son admission, son retour de la communauté ou à la suite d'un transfert d'un autre milieu de soins;
OU
- < 24 heures après son transfert du milieu d'hébergement et de soins de longue durée vers un autre milieu.

Lorsque les symptômes sont apparus entre 24 et 72 heures, il faudra vérifier la présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé dans le milieu d'hébergement et de soins de longue durée d'origine, dans la communauté ou dans le centre receveur.

1.4 INCUBATION ET CONTAGIOSITÉ

La période d'incubation de la grippe est habituellement de deux à trois jours, mais peut varier entre un et quatre jours selon la quantité de virus inoculée et l'état immunitaire de la personne (CINQ, 2012; Heymann, 2008). À des fins d'intervention, une durée moyenne de trois jours a été retenue.

La période de contagiosité s'étend habituellement de 24 heures avant le début des symptômes, jusqu'à cinq jours après le début des symptômes chez l'adulte. Chez les enfants, la durée de la contagiosité peut se prolonger jusqu'à sept jours après le début des symptômes (Bennett & Brachman, 1992; Wenzel, 1993; Chin, 2000; CDC, 2005b; Heymann, 2008). L'excrétion virale peut même durer au-delà de 10 jours chez les très jeunes enfants (Frank et al., 1981). Elle peut aussi être prolongée chez les personnes âgées ou les personnes immunosupprimées (Heymann, 2008). À des fins d'intervention, une durée de cinq jours après le début des symptômes a été retenue.

À noter que la quantité de virus propagée par une personne infectée est maximale au cours des deux ou trois premiers jours de la maladie, et elle semble correspondre au moment où la fièvre est la plus élevée.

1.5 TRANSMISSION DU VIRUS

La transmission se fait principalement par gouttelettes de sécrétions respiratoires (CDC, 2005a, 2011b) projetées dans l'air par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent.

La transmission peut aussi s'effectuer par contact direct (de personne à personne) avec des sécrétions nasopharyngées ou par contact indirect avec des objets fraîchement souillés (contamination des mains par un objet, suivi d'auto-inoculation des muqueuses : nez, yeux, bouche) (CDC, 2005a, 2011b). La transmission par les surfaces environnementales n'a pas

été démontrée par des études épidémiologiques (CDC, 2005c), mais n'a pas été infirmée non plus. Le virus peut survivre cinq minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées, de 8 à 12 heures sur du papier ou de la literie et jusqu'à 48 heures sur des objets, selon les conditions environnementales (Nicholson, Webster & Hay, 1998; CDC, 2005a). Voir annexe 1 pour plus de détails.

Dans certaines circonstances, la littérature suggère que le virus de l'influenza peut se transmettre par voie aérienne opportuniste⁵ (Roy & Milton, 2004; Tellier, 2006; Brankston et al., 2007; CDC, 2007, 2011b). Les procédures suivantes sont considérées à risque de générer des aérosols (CINQ, 2009a; CDC, 2013b) :

- Intubation
- Bronchoscopie
- Réanimation cardio-respiratoire
- Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert (excluant les prélèvements nasopharyngés).

« Selon les études épidémiologiques ainsi que celles faites en laboratoire, il semble que les aérosols de virus influenza, lorsque présents, ne franchissent pas de grandes distances et ne demeurent pas en suspension dans l'air pendant de longues périodes » (CINQ, 2009b; CDC, 2011b).

⁵ Le CINQ (2009b) explique que « la transmission par voie aérienne opportuniste regroupe des infections qui se transmettent habituellement par d'autres modes, tels que par gouttelettes ou contact, mais qui peuvent aussi se propager par de fines particules aérosolisées lorsque les conditions environnementales sont favorables ou dans certaines conditions particulières comme la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols ».

2 MESURES DE PRÉVENTION

Les travailleurs de la santé peuvent constituer un véhicule important pour les infections transmises dans les établissements de santé (CDC, 2006; ASPC, 2010a, 2010b), mais leur vaccination contre l'influenza ainsi que l'application de mesures d'hygiène et de prévention réduit cette transmission (CDC, 2001, 2013b).

Les mesures de prévention sont essentielles pour prévenir la survenue des éclosions de grippe en milieu fermé. Elles doivent comprendre minimalement (Harper et al., 2009) :

- La promotion et l'application des pratiques de base en tout temps, comprenant l'application de l'hygiène et de l'étiquette respiratoire par tous en tout temps.
- L'obtention d'une couverture vaccinale élevée contre l'influenza, d'au moins 80%, chez les travailleurs de la santé ainsi que chez les résidents et leurs proches.
- L'obtention d'une couverture vaccinale élevée contre le pneumocoque chez les clientèles à risque. Le vaccin contre le pneumocoque permettant de réduire les complications associées à la grippe.
- La surveillance des symptômes du syndrome d'allure grippale (SAG)⁶ en tout temps (résidents, visiteurs et travailleurs de la santé).
- Le retrait du milieu de soins des travailleurs de la santé avec un SAG pour limiter l'introduction et la transmission du virus de l'influenza ou d'autres virus respiratoires.
- L'application d'une politique de restriction des visites (triage au besoin) pour limiter le risque d'introduction ou de transmission du virus de l'influenza ou d'autres virus respiratoires dans le milieu.
- L'application des précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et contact pour **tout cas de SAG, sans attendre le diagnostic étiologique.**

2.1 VACCINATION

L'information relative à l'administration du vaccin contre l'influenza, à ses indications et ses contre-indications ainsi qu'à son efficacité de même que la description des clientèles à risque et des groupes cibles se trouvent au chapitre du PIQ traitant de l'influenza (MSSS, 2013a), lequel est mis à jour annuellement et déposé sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En ce qui a trait à l'aspect légal de la vaccination, aux notions de consentement éclairé et d'enregistrement des données, ces renseignements sont fournis au chapitre du PIQ traitant des responsabilités professionnelles et légales (MSSS, 2013a).

Le MSSS renouvelle chaque automne son programme de vaccination contre l'influenza et envoie des directives aux directeurs de santé publique concernant les populations qui

⁶ Voir définition à la section 3.3.

pourront recevoir le vaccin gratuitement. Cette information est transmise à tous les vaccinateurs par les directions de santé publique régionales.

La vaccination demeure le meilleur moyen de prévention de la grippe. En plus de conférer une protection individuelle, la vaccination contribue à réduire la transmission du virus de l'influenza (CDC, 2005a, 2009, 2013b). L'efficacité est variable d'une année à l'autre, selon la corrélation entre les souches circulantes et celles incluses dans le vaccin.

2.1.1 Vaccination des résidents et de leurs proches

Comme déjà mentionné, l'objectif provincial est de vacciner annuellement au moins 80 % des résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée (MSSS, 2008).

Il a été démontré que l'administration du vaccin antigrippal chez les résidents en milieu de soins de longue durée est associée à une diminution du nombre de cas de grippe ou de pneumonie, d'hospitalisations et de décès (CDC, 2005a; CCNI, 2012). Ainsi, tous les résidents admissibles devraient recevoir le vaccin contre l'influenza (CDC, 2011a).

La littérature n'ayant pas permis d'établir que le déclin des anticorps était plus rapide chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. (MSSS, 2013c), il est donc recommandé de vacciner les résidents dès le début de la campagne annuelle de vaccination antigrippale.

Il serait également important que les proches qui viennent visiter un résident ou qui en prennent soin, se fassent vacciner contre la grippe. Ils font partie des groupes pouvant recevoir la vaccination gratuitement puisqu'ils sont à risque de transmettre la grippe aux résidents vulnérables.

2.1.2 Vaccination des travailleurs de la santé

Parmi les populations ciblées pour la vaccination contre l'influenza, on trouve, entre autres, les travailleurs de la santé (CDC, 2005a, 2013a; MSSS, 2013a; CCNI, 2013).

Le nombre annuel d'éclosions dans un milieu fermé décroît avec l'augmentation du taux de couverture vaccinale du personnel soignant (Stevenson et al., 2001; CDC, 2011a; CCNI, 2013). De plus, des essais cliniques randomisés menés dans des établissements gériatriques de soins de longue durée, ont démontré que la vaccination des travailleurs de la santé est associée à des baisses importantes de la morbidité et de la mortalité chez les résidents (CCNI, 2013).

Malheureusement, selon les données disponibles, les taux de couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé en CSSS (inclut les CH, CHU, CR, CHSLD) demeurent généralement nettement insuffisants au Québec. Selon le Bureau de surveillance et de vigie sanitaire du MSSS, ces taux étaient de 39% suite à la campagne de vaccination de 2012-2013. Le tableau suivant illustre la couverture vaccinale des travailleurs de la santé en CSSS et des résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée de 2006-2007 à 2012-2013.

Tableau 2- Couverture vaccinale, avec le vaccin antigrippal saisonnier, des travailleurs de la santé en CSSS et des résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée au Québec (2006-2007 à 2012-2013).

Année		2006-07	2007-08	2008-09	2009-10*	2010-11	2011-12	2012-13
Couverture vaccinale	Travailleurs de la santé en CSSS	48%	47%	47%	21%	37%	39%	39%
	Résidents	86%	87%	87%	84%	83%	85%	84%

* Ces données excluent la période pandémique. La couverture vaccinale lors de la pandémie était de 85 % chez les travailleurs de la santé (Dubé, 2011).

Source : Bureau de surveillance et de vigie, Direction générale de la Protection de la santé publique, MSSS à partir des données fournies par les Directions régionales de santé publique. Il s'agit de travailleurs de la santé inscrits sur la liste de paie. CSSS inclut les CH, CHU, CR et CHSLD publics et privés conventionnés.

Le Guide sur l'immunisation des travailleurs de la santé (MSSS, 2013b) rappelle que « *L'immunisation ... constitue une mesure volontaire de protection personnelle qui peut, dans plusieurs cas, protéger autrui de certaines maladies en brisant la chaîne de transmission ... le Comité consultatif national de l'immunisation estime que l'administration du vaccin antigrippal aux travailleurs de la santé qui ont des contacts directs avec les patients constitue un élément essentiel des normes de pratique pour la protection des patients. Les travailleurs de la santé ayant des contacts directs avec les patients doivent considérer qu'ils ont la responsabilité de fournir des soins de la meilleure qualité possible et, par conséquent qu'ils ont la responsabilité de se faire vacciner chaque année contre la grippe. En l'absence de contre-indications, leur refus de se faire vacciner peut être assimilé à un manquement à leur obligation de diligence envers leurs patients.*

Par conséquent, si un travailleur de la santé refuse les vaccins recommandés, la situation devra être examinée par l'établissement de santé où il travaille. À cet effet, l'établissement devrait prendre des mesures administratives appropriées selon chaque cas de refus en tenant compte, notamment, des tâches du travailleur et des risques possibles pour lui et pour les usagers ...

Tout travailleur de la santé qui refuse d'être immunisé devra connaître les risques qu'il court et, surtout être informé qu'il pourra :

- *se voir refuser le privilège de travailler auprès de certains types d'usagers ...*
- *être déplacé dans un service ou département autre que le sien ou affecté à d'autres fonctions, particulièrement lors d'écllosion;*
- *être retiré du milieu de travail pendant une écllosion ...*

Un établissement de soins de santé peut exiger comme condition d'embauche ou pour l'accès à certains postes spécifiques qu'une personne reçoive des vaccins, ou fournisse une preuve de vaccination ... »

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a également émis un avis dans le même sens (OIIQ, 2007) : « *La décision de se faire vacciner repose ... sur des principes éthiques puisque, dans la société, l'avantage que présente la vaccination sur le plan collectif est considéré comme supérieur au risque minimal encouru par la personne vaccinée ... Dans ce contexte, l'OIIQ recommande fortement à ses membres, y compris les professeuses en sciences infirmières ainsi que les enseignantes et les stagiaires en soins infirmiers, de s'assurer d'avoir une immunité de base et de recevoir annuellement le vaccin contre l'influenza. En faisant cette recommandation, l'OIIQ vise à assurer la sécurité des clients par des mesures qui réduisent la transmission de maladies évitables par la vaccination. »*

En 2008, un litige en CHSLD a été réglé par arbitrage. Ce litige portait sur la rémunération pendant l'exclusion du travail d'une infirmière ayant refusé la vaccination, lors d'une écloison de grippe. L'arbitre a conclu que l'exclusion du milieu de travail s'imposait puisque le risque de contamination était grand, et la demande de rémunération n'a pas été acceptée (Heenan Blaikie, 2009; MSSS, 2013b). Une décision arbitrale similaire a été rendue en Ontario, mentionnant que la décision de retirer une infirmière sans rémunération n'allait pas à l'encontre de la convention collective en vigueur (Heenan Blaikie, 2009).

2.2 PRATIQUES DE BASE

Les pratiques de base comprennent l'hygiène des mains, l'application de l'étiquette et de l'hygiène respiratoire et le port de l'équipement de protection personnelle (blouse à manches longues, masque et protection oculaire, gants), selon le risque de contamination appréhendé lors de la prestation de soins. L'application de ces pratiques et l'utilisation de l'équipement servant aux soins des résidents sont présentées à l'annexe 2.

L'hygiène des mains, soit le lavage des mains à l'eau et au savon ou par friction avec une solution hydro-alcoolique (SHA), appliquée avant et après un contact avec un résident ou son environnement, et au retrait des gants, demeure l'une des mesures de prévention des infections la plus efficace en tout temps (IHI, 2011) et en particulier lors d'écloison de grippe. Cette mesure doit donc être rappelée de façon constante et s'intensifier en période d'activité grippale. Elle permet d'éliminer la majeure partie de la flore microbienne transitoire et d'éviter la transmission d'un patient à l'autre ainsi qu'une auto-inoculation. La solution hydro-alcoolique est privilégiée en raison de sa rapidité d'action, de son efficacité accrue et de la meilleure observance par les travailleurs de la santé (IHI, 2011). La technique recommandée d'hygiène des mains est présentée à l'annexe 2A.

2.2.1 Hygiène et étiquette respiratoire

Cette pratique de base vise à diminuer la transmission et l'acquisition d'infections respiratoires. Il est recommandé que ces mesures soient appliquées pour toute personne qui

qui présente un tableau clinique d'infection respiratoire dès son arrivée dans le milieu (annexe 2C).

Ces mesures consistent à procéder à l'hygiène des mains (lavage des mains avec de l'eau et du savon ou usage d'une solution hydro-alcoolique), au port d'un masque (CDC, 2013b) et à la mise à l'écart à au moins deux mètres des autres (CINQ, 2012).

En milieu d'hébergement et de soins de longue durée, l'implantation de ces mesures sera particulièrement utile dans un centre ou hôpital de jour, une unité d'évaluation ou toute clinique externe à l'intérieur des murs du centre.

2.3 MESURES ADDITIONNELLES : PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR GOUTTELETTES ET CONTACT

Les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact visent à réduire le risque de contamination pouvant survenir par deux modes de transmission distincts et simultanés :

- Par des gouttelettes (particules > 5 µm de diamètre) émises par une personne infectée par un agent pathogène tel que le virus de l'influenza lorsqu'elle tousse, éternue ou parle. Ces gouttelettes se retrouvent habituellement à l'intérieur d'un espace d'environ 2 mètres autour de la personne infectée.
- Par contact direct avec la personne infectée ou indirect avec son environnement ou des objets contaminés par les sécrétions nasopharyngées de la personne.

Idéalement, un résidant mis en précautions contre la transmission par gouttelettes et contact (annexe 3A) devrait avoir une chambre privée. Sinon, établir une séparation physique (ex : rideau séparateur) (CINQ, 2012) ou placer le résidant à plus de deux mètres d'un autre patient (ASPC, 2012; CINQ, 2012). Par ailleurs, on se doit de porter un masque chirurgical ou un masque de procédure dès l'entrée dans la chambre, ou lorsqu'on s'approche à moins de 2 mètres du résidant. On doit retirer son masque en sortant de cette zone. Le masque doit être changé dès qu'il est mouillé, et être jeté de façon sécuritaire (ASPC, 2012). Procéder à l'hygiène des mains immédiatement après le retrait du masque (annexe 3A).

Lors du transport hors de la chambre d'un résidant faisant l'objet de telles précautions, celui-ci devra porter un masque chirurgical ou un masque de procédure, s'il peut le tolérer (CDC, 2011a; ASPC, 2012). Si le résidant ne peut tolérer le masque, le travailleur qui l'accompagne devrait porter un masque (ainsi que les autres travailleurs qui auront un contact avec le résidant), et procéder à l'hygiène des mains par la suite.

Ces précautions doivent être observées dès qu'un résidant présente des symptômes compatibles avec ceux d'une infection aiguë des voies respiratoires, et ce jusqu'à cinq jours après le début de ces symptômes (CINQ, 2012), ou jusqu'à la fin des symptômes, selon la plus longue des deux éventualités.

À la suite d'une revue de la littérature effectuée par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) concernant les précautions additionnelles à appliquer dans

le contexte de l'influenza, il a été démontré qu'il existe des variations dans les recommandations en fonction des sources consultées. Devant ce constat, le Cinq a retenu les orientations suivantes :

- Appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par **gouttelettes et contact** (annexe 3A) :
 - avec tout cas de SAG;
 - à l'occasion d'une éclosion de SAG ou de grippe;
 - avec un cas unique, confirmé de grippe, mais dont l'adhésion aux mesures d'hygiène ou de précautions additionnelles serait déficiente.
- Appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par **gouttelettes** (annexe 3B) :
 - avec un cas unique, confirmé de grippe, dont l'adhésion aux mesures d'hygiène ou de précautions additionnelles est adéquate.

Pour des considérations pratiques ou autres, il pourrait être décidé de toujours maintenir les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et contact, pour tout cas de SAG ou de grippe confirmé (Cinq, 2012).

Les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact comprennent (annexe 3A) :

- Le port d'un masque à moins de deux mètres du résidant en précautions additionnelles ou dès l'entrée dans la chambre;
- Le port de gants dès l'entrée dans la chambre ou s'il y a un contact direct avec le patient ou son environnement immédiat, possiblement contaminé ou s'il y a risque d'éclaboussures;
- Le port d'une blouse s'il y a risque de contact direct avec le patient ou son environnement possiblement contaminé ou s'il y a risque d'éclaboussures

Le port de la protection oculaire doit se faire dans le cadre des pratiques de base, selon le risque de projections ou d'éclaboussures de sang, de liquides biologiques, de sécrétions ou d'excrétions.

Les précautions contre la transmission par gouttelettes comprennent (annexe 3B) :

- Le port d'un masque à moins de deux mètres du résidant en précautions additionnelles ou dès l'entrée dans la chambre.

Le port des gants, d'une blouse et de la protection oculaire doit se faire dans le cadre des pratiques de base, selon le risque de contact avec le patient ou son environnement contaminé par les gouttelettes.

Le port d'une protection oculaire⁷ n'est pas recommandé en tout temps. L'utilisation d'une telle protection doit être évaluée dans le contexte de l'application des pratiques de base.

La durée d'application des mesures de précautions additionnelles pourrait être modifiée selon la confirmation d'un virus respiratoire autre que celui de l'influenza (annexe 1).

2.4 MESURES SPÉCIFIQUES EN PRÉSENCE D'ACTIVITÉ GRIPPALE DANS LA COMMUNAUTÉ OU EN PRÉSENCE DE CAS SPORADIQUES DE SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE DANS L'ÉTABLISSEMENT

2.4.1 Rappel de la vaccination

En présence d'activité grippale dans la communauté ou en présence de cas sporadiques de syndrome d'allure grippale (SAG)⁸ dans l'établissement, on doit rappeler l'importance de la vaccination contre l'influenza. On doit également offrir de nouveau le vaccin à tous ceux qui ne sont pas encore vaccinés parmi les résidents et les travailleurs de la santé (annexe 4A). La connaissance du statut vaccinal est alors un atout.

2.4.2 Visites aux résidents

Les visiteurs et les bénévoles ayant des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) sont invités à s'abstenir de visiter leurs proches pendant leur période de contagiosité, soit pendant cinq jours après le début des symptômes chez l'adulte et sept jours chez l'enfant. Rappelons que la période de contagiosité peut être prolongée chez les enfants, les personnes âgées ou immunosupprimées.

Si leur visite ne peut être reportée, il faudra aussi rappeler aux visiteurs et aux bénévoles symptomatiques la nécessité de procéder à l'hygiène des mains, de porter un masque en entrant dans le milieu d'hébergement et de restreindre leur visite à la chambre du résident.

Ces mesures devraient être affichées à l'entrée du milieu d'hébergement et s'adresser à l'ensemble des visiteurs (annexe 4B).

⁷ La protection oculaire est utilisée pour protéger les yeux ou tout le visage des éclaboussures potentielles. Le terme « protection oculaire » comprend les lunettes de protection et les écrans faciaux (ASPC, 2012).

⁸ Voir définition section 3.3.

3 SURVEILLANCE

Malgré les mesures de prévention prises, des éclosions de grippe peuvent tout de même survenir. Il est donc important de pouvoir détecter de manière précoce toute éclosion, ce qu'une surveillance adéquate permet de faire.

3.1 OBJECTIF DE LA SURVEILLANCE

La surveillance vise la détection précoce des SAG et des éclosions de grippe dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, afin de mettre en place rapidement des mesures supplémentaires de prévention et de contrôle. Cela permet, durant toute l'année, de limiter la propagation du virus ainsi que les complications chez les résidants.

3.2 PÉRIODE DE SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

La surveillance de la grippe s'effectue tout au long de l'année. En effet, même si la saison grippale survient entre les mois de novembre et de juin, des cas de grippe sporadiques surviennent à l'extérieur de cette période et pourrait causer une éclosion. Les DSP aviseront les établissements de leur région de toute activité précoce ou tardive du virus de l'influenza, selon les modalités régionales habituelles (exemple : Flash grippe).

3.3 ÉLÉMENTS À SURVEILLER

La surveillance consiste à vérifier, chaque jour, l'apparition dans l'établissement de cas de SAG chez les résidants ainsi que chez les travailleurs de la santé. La définition du SAG retenue est la suivante :

<p style="text-align: center;">SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG)</p> <p>APPARITION SOUDAINE DE FIÈVRE* ET DE TOUX, ET D'AU MOINS L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :</p> <ul style="list-style-type: none">• MAL DE GORGE• ARTHRALGIE• MYALGIE• FATIGUE EXTRÊME <p>NOTE : La présentation peut être atypique et la fièvre absente, en particulier chez les personnes âgées. De plus, la toux peut-être tardive.</p>

* La fièvre a été définie comme étant une température buccale de 38°C et plus pour les usagers admis en soins de courte durée (CINQ, 2012). Toutefois, selon l'INESS (2012), la fièvre chez la personne âgée, hébergée en établissement de soins de longue durée, pourrait se définir selon l'une des situations suivantes :

- 1 prise de température supérieure à 37,8°C buccale ;
- > 2 lectures de température supérieure à 37,2°C buccale ou 37,5°C rectale ;
- > 2 lectures de température s'élevant de 1,1°C au-dessus de la température buccale de base.

En période de circulation saisonnière du virus de l'influenza, la triade clinique retenue (apparition soudaine de fièvre, accompagnée de toux) permet de poser un diagnostic dans 60 à 87 % des cas chez l'adulte jeune et en santé (Gubareva, Kaiser & Hayden, 2000; Boivin et al., 2000). Cependant, chez les personnes âgées, en particulier celles vivant en milieu d'hébergement, cette valeur est beaucoup plus faible (Govaert et al., 1998; McGeer et al., 2000).

Ainsi, dans un milieu d'hébergement et de soins de longue durée, si on se trouve en présence de nombreuses infections des voies respiratoires et qu'elles ne correspondent pas à la définition d'un SAG, il faut demeurer vigilant et garder à l'esprit qu'il peut quand même s'agir d'influenza. En cas de suspicion, mieux vaut valider le diagnostic par un test de laboratoire. S'il ne s'agit pas d'influenza, un autre agent infectieux est probablement impliqué et des mesures pourraient être prises pour limiter sa transmission.

Une attention particulière doit être portée aux médicaments que certains résidents prennent de façon systématique et qui ont un effet sur la température (ex. : acétaminophène).

3.4 MÉCANISMES DE SURVEILLANCE

Il est recommandé à chaque établissement de prévoir des mécanismes efficaces de surveillance, adaptés à son milieu, afin de pouvoir mettre rapidement en place les mesures appropriées, d'établir les liens épidémiologiques entre les cas, et de reconnaître rapidement les éclosions. Par exemple, les mesures suivantes pourraient être appliquées :

- Désigner une personne qui sera responsable de la surveillance dans l'établissement. Idéalement, une personne responsable devrait être désignée pour la surveillance chez les résidents et une personne pour celle chez les travailleurs de la santé. Prévoir un mécanisme de communication rapide et efficace entre ces deux personnes.
- Désigner une personne qui sera responsable de la formation dans l'établissement.
- Informer tous les travailleurs de la santé de l'établissement (incluant les médecins) des mécanismes de surveillance et solliciter leur collaboration. Leur donner une formation au besoin.
- Mettre en place un mécanisme efficace de transmission de l'information vers les personnes responsables (pour tous les quarts de travail, incluant ceux de fin de semaine).
- Aviser la personne responsable chaque fois qu'un résident présente des symptômes de SAG (centralisation de l'information);
- Demander aux travailleurs de la santé d'aviser la personne responsable s'ils présentent un SAG (ou s'absentent en raison d'un SAG).

Des grilles de surveillance sur lesquelles seront inscrits tous les cas de SAG et les cas confirmés de grippe parmi les résidents et parmi les travailleurs de la santé (incluant les médecins) sont proposées à l'annexe 5. Ces grilles permettront de colliger tous les renseignements nécessaires pour le contrôle de l'éclosion et pour la coordination des interventions.

3.5 ÉCLOSION

3.5.1 Définition d'une éclosion de grippe

On considère qu'il y a éclosion lorsqu'on constate la survenue, chez les résidants, de **deux cas ou plus de SAG** liés épidémiologiquement, à l'intérieur de dix jours, avec confirmation de la présence du virus influenza d'un même type chez au moins deux cas. Par liés épidémiologiquement, on entend la survenue d'au moins un autre cas en 10 jours dans le même milieu. Ces 10 jours correspondent à la période d'incubation (3 jours), plus la période de contagiosité (5 jours), plus un facteur de sécurité (2 jours).

Précisons qu'en général, le milieu correspond à tout l'édifice. Cependant, dans une grande installation, il pourrait désigner une unité ou un regroupement d'unités selon l'organisation physique des lieux et selon les mouvements du personnel (jour, soir, nuit ou fin de semaine) et des résidants. Le terme **d'unité fonctionnelle** peut alors être utilisé et peut donc inclure plus d'une unité géographique.

Lorsque des cas continuent à apparaître malgré l'application rigoureuse des mesures de prévention, on parle d'éclosion persistante. Une éclosion pourra de plus être qualifiée de majeure selon la gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation, ou du taux d'attaque chez les résidants (CINQ, 2013).

3.5.2 Confirmation d'une éclosion de grippe

Dès la reconnaissance d'un premier cas de SAG, on surveille l'apparition d'un deuxième cas. Le prélèvement chez ce premier cas est à la discrétion du médecin traitant. De plus, il est pertinent de rechercher d'autres cas qui auraient pu survenir sur l'unité ou dans le centre, chez les résidants et les travailleurs de la santé, dans les 10 jours précédant la survenue de ce premier cas.

Lorsqu'un deuxième cas de SAG apparaît en 10 jours dans un même milieu, on procède, sous prescription médicale (ou ordonnance collective), à un prélèvement chez ce deuxième cas (et les suivants) afin de confirmer la présence d'influenza. Si les symptômes du premier cas sont présents depuis moins de 72 heures (idéalement), on procède à un prélèvement chez celui-ci, s'il n'a pas déjà été fait. Deux tests positifs du même type d'influenza (A ou B) sont nécessaires pour confirmer une éclosion de grippe, **et l'un de ces tests doit être un TAAN⁹**.

Dès que l'épisode répond à la définition d'éclosion de grippe, il n'est généralement plus nécessaire d'effectuer d'autres prélèvements. Les cas de SAG subséquents pourront être attribués à l'influenza.

Par contre, si l'éclosion n'est pas confirmée et que d'autres cas de SAG surviennent à l'intérieur de 10 jours après la survenue du dernier cas, on peut continuer à faire des

⁹ TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques (ex. : RT-PCR).

prélèvements, jusqu'à concurrence de cinq prélèvements par épisode¹⁰. Si aucun de ces cinq prélèvements ne s'avère positif pour l'influenza, il est peu probable qu'il s'agisse d'une éclosion de grippe (communication personnelle de Michel Couillard, Laboratoire de santé publique du Québec [LSPQ], automne 2005).

Lorsque des cas surviennent à plus de 10 jours d'intervalle, on peut considérer qu'il s'agit d'un nouvel épisode, et refaire des prélèvements.

La confirmation d'un cas de grippe chez les travailleurs de la santé peut contribuer à documenter la circulation du virus dans l'établissement. Cette confirmation peut servir à établir des liens épidémiologiques entre les résidents, mais ne peut pas servir à confirmer l'éclosion.

La figure 1 résume les diverses étapes menant à la confirmation d'une éclosion de grippe.

3.5.3 Tests de laboratoire

Bien que la culture virale demeure la méthode de référence, d'autres tests de laboratoire utilisant des techniques comme l'immunofluorescence, la RT-PCR ou des essais immuno-enzymatiques rapides sont utilisés de routine pour la détection des virus de l'influenza puisqu'on peut obtenir des résultats rapidement. Rappelons que pour confirmer une éclosion, il est nécessaire que l'un des tests soit un TAAN.

Tableau 3- Caractéristiques des tests de laboratoire disponibles pour la détection du virus influenza.

Technique	Synonymes	Typage (A ou B)	Sous-typage de l'influenza A	Délai d'analyse ^(c)	Spécificité / Sensibilité
Immunofluorescence	IFD, DFA	Oui	Non	Quelques heures	++ / ++
TAAN ^(a)	RT-PCR ^(a)	Oui	Oui ^(b)	4 à 8 h	+++ / +++
Détection d'antigènes	Test rapide	Selon la trousse utilisée	Non	30 min à 2 h	++ / ±
Culture virale		Oui	Non	2 à 10 jours	+++ / ++

^(a) La RT-PCR est le Test d'Amplification d'Acides Nucléiques (TAAN) le plus fréquemment utilisé.

^(b) Le sous-typage requiert habituellement des tests additionnels.

^(c) Temps nécessaire pour compléter une analyse de laboratoire.

Le prélèvement devrait être fait le plus tôt possible après le début des symptômes (< 72 heures). Le nasopharynx est le site de prélèvement à privilégier. Les expectorations et les écouvillonnages de gorge ne sont pas considérés comme des échantillons respiratoires

¹⁰ L'épisode prend fin lorsqu'aucun cas de SAG ne survient 10 jours après la date de début des symptômes du dernier cas de SAG (voir définition de fin d'éclosion à la section 4.5.3).

adéquats pour la majorité des techniques de détection. L'aspiration nasopharyngée et l'écouvillonnage à l'aide d'un écouvillon velouteux (« flocked swab ») sont à privilégier.

Le prélèvement optimal dépend toutefois du test utilisé. Il est de même de la conservation et du transport des échantillons. Il peut être pertinent de préciser ces éléments en communiquant avec le laboratoire local ou régional qui effectuera les analyses. Dans le contexte d'une suspicion d'éclosion de grippe, il est important de s'entendre avec le laboratoire afin d'avoir des résultats sans délai.

Des épreuves de laboratoire pour la détermination de la résistance aux antiviraux sont disponibles au LSPQ et au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg, via le LSPQ. Pour plus d'information, vous pouvez consulter le guide du LSPQ à l'adresse suivante : http://www.inspq.gc.ca/lspq/fichesPDF/guide_services_influenza.pdf

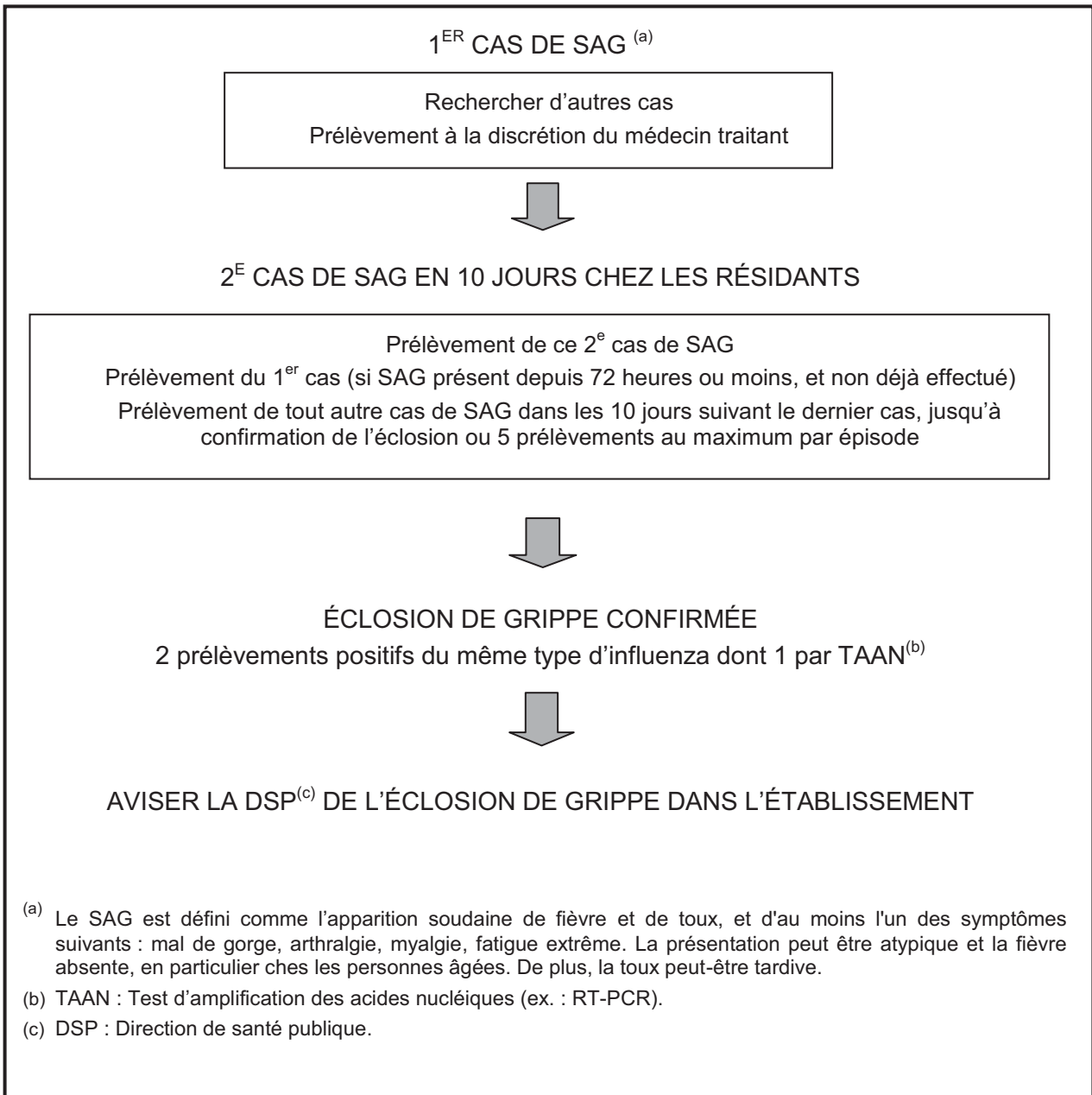
3.5.4 Signalement à la direction de santé publique :

Toutes les éclosions de grippe survenant en milieu d'hébergement et de soins de longue durée doivent être signalées rapidement à la DSP de la région où se situe l'établissement. Il est essentiel de prendre connaissance à l'avance des modalités de déclaration des éclosions émises par la DSP de votre région.

Lors du signalement d'une éclosion confirmée de grippe, les informations transmises par l'établissement doivent être saisies par la DSP dans le registre provincial des éclosions dans les meilleurs délais.

Figure 1- Étapes pour la confirmation d'une éclosion de grippe.

Algorithme résumant les étapes pour la confirmation d'une éclosion de grippe



4 CONTRÔLE D'UNE ÉCLOSION

Lorsqu'une éclosion de grippe est confirmée (voir la section 3.5.1 pour la définition), la mise en place rapide des précautions additionnelles de type gouttelettes et contact pour les cas et les contacts, le rehaussement des pratiques de base et le traitement antiviral précoce des cas sont les mesures de premier niveau à appliquer afin de limiter l'ampleur et la gravité de l'éclosion.

Le taux d'attaque devrait également être calculé dès la mise en place des mesures, puis à chaque jour, afin de déterminer l'ampleur de l'éclosion (CINQ, 2013). En cas d'éclosion majeure, des mesures supplémentaires pourront être ajoutées, tel que décrit dans le document *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins* (CINQ, 2013).

4.1 PRATIQUES DE BASE

Lors d'une éclosion, les pratiques de base doivent être rehaussées en particulier l'hygiène des mains. Le lavage des mains avec de l'eau et du savon ou l'usage d'une solution hydro-alcoolique doit être appliqué de façon rigoureuse avant et après tout contact avec un résidant, au retrait des gants ou lors d'un contact avec l'environnement du résidant, puisqu'il peut être contaminé (IHI, 2011) par ses gouttelettes respiratoires.

Lors d'éclosion de grippe en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, le port de la protection oculaire se fait après une évaluation du risque d'être en contact avec des liquides biologiques. (ASPC, 2012).

4.2 MESURES ADDITIONNELLES : PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR GOUTTELETTES ET CONTACT

Les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact doivent être observées dès qu'un résidant présente des symptômes compatibles avec ceux d'une infection aiguë des voies respiratoires, pour un minimum de 5 jours ou pour la durée des symptômes, selon la plus longue des deux éventualités.

Idéalement, un résidant symptomatique de grippe devrait avoir une chambre privée. S'il n'est pas possible de placer le résidant en chambre privée, une séparation physique (ex : rideau séparateur) devrait être installée, ou sinon il devrait être placé à plus de deux mètres d'un autre résidant (ASPC, 2010). Cette recommandation s'applique également aux contacts qui font l'objet de mesures de précautions additionnelles.

Lors du transport d'un résidant contagieux hors de sa chambre, celui-ci doit porter un masque chirurgical ou un masque de procédure, s'il peut le tolérer (CDC, 2011a; ASPC, 2012). Si le résidant ne peut tolérer le masque, le travailleur qui l'accompagne devrait porter un masque

(ainsi que les autres travailleurs qui auront un contact avec le résidant), et procéder à l'hygiène des mains par la suite.

4.3 AUTRES MESURES DE CONTRÔLE DURANT UNE ÉCLOSION DE GRIPPE

4.3.1 Mesures concernant les résidants

Il est recommandé de :

- Interdire la participation de toute personne symptomatique aux activités de groupe, aux repas en commun et aux sorties à l'extérieur de l'unité, et ce, pendant toute leur période de contagiosité (section 1.2).
- Éviter la circulation des résidants asymptomatiques d'une unité en écloison sur d'autres unités de l'établissement qui ne sont pas en écloison¹¹.
- Si le transfert d'un résidant est requis, aviser le milieu receveur du statut du résidant ou de la présence d'une écloison dans le centre.
- Faire connaître aux résidants les précautions à prendre.
- Placer en précautions additionnelles de type gouttelettes et contact, les compagnons de chambre d'un résidant atteint, jusqu'à 3 jours après leur dernier contact avec le résidant symptomatique.
- Tenter de regrouper les résidants atteints lorsqu'il y a plusieurs cas de grippe (cohorte de cas).
- Évaluer la possibilité de cohorte également les contacts des cas.

Ces mesures s'appliquent jusqu'à la fin de l'écloison (section 4.5.1). Selon l'ampleur de l'écloison dans l'établissement, un arrêt complet des activités de groupe (ex. : buffet, fête, messe, repas en commun, aide au service) pourrait s'avérer nécessaire.

4.3.2 Mesures concernant les visiteurs

Il est recommandé de :

- Faire connaître aux visiteurs les précautions à prendre (voir annexe 4B). On insistera particulièrement sur l'hygiène des mains et lorsque cela est requis, sur le port du masque.
- Si le visiteur donne des soins, il doit se soumettre aux mêmes mesures que le personnel soignant.
- Éviter le plus possible les visites aux résidants atteints ou limiter les visites à leur chambre seulement.
- Un visiteur symptomatique devrait s'abstenir de visiter ses proches durant sa période de contagiosité.

¹¹ La sortie d'un résidant non-malade en dehors du centre où sévit l'écloison, pour aller dans sa famille par exemple, peut être autorisée. Il est essentiel alors d'aviser la famille du risque potentiel que le résidant soit en incubation et qu'il puisse transmettre le virus de l'influenza.

- Dans certaines circonstances, la direction de l'établissement pourrait interdire toutes les visites (sauf pour des raisons humanitaires, comme un résidant en fin de vie).

4.3.3 Mesures concernant les travailleurs de la santé

Il est recommandé de :

- Tenter de cohorter les travailleurs. Autrement dit, faire en sorte que les travailleurs s'occupant des résidants atteints diffèrent de ceux qui s'occupent des résidants non atteints.
- Tenir compte du rôle des travailleurs de la santé dans la transmission du virus de l'influenza aux résidants. « *Si l'on veut protéger les patients vulnérables durant les éclosions de grippe, il faut empêcher les TS atteints de grippe confirmée ou présumée, ainsi que les TS non vaccinés qui ne reçoivent pas de prophylaxie antivirale, d'avoir des contacts directs avec les patients. Les organisations de soins de santé devraient avoir en place des politiques à cet égard.* » (CCNI, 2013). Les établissements qui choisiraient d'appliquer une telle politique devraient informer tous les travailleurs de la santé, dès le début de la campagne de vaccination annuelle contre l'influenza, des conséquences possibles du refus de la vaccination ou de la chimioprophylaxie antivirale, si jamais cette dernière était indiquée.
- En tout temps, les travailleurs de la santé devraient prendre les mesures suivantes :
 - Surveiller l'apparition de symptômes jusqu'à trois jours après leur dernier contact avec une personne atteinte de grippe.
 - Éviter de travailler auprès des résidants si les travailleurs sont symptomatiques (SAG), qu'ils aient été vaccinés ou non.
 - Se rapporter au service de santé et sécurité au travail et à la personne responsable de l'unité de soins ou selon la procédure locale de l'établissement lorsqu'ils présentent un SAG (annexe 6). Au besoin, ils devraient alors se soumettre à une évaluation médicale, selon les modalités locales. Si un diagnostic de grippe est posé, une confirmation pourrait être demandée à un laboratoire. Cette mesure s'avérera particulièrement utile pour évaluer le risque d'éclosion dans le milieu si un travailleur de la santé a travaillé auprès des résidants alors qu'il avait des symptômes ou durant les 24 heures précédant l'apparition de ceux-ci. Ce travailleur pourra être de retour au travail 24 heures après la fin de ses symptômes systémiques, idéalement cinq jours après le début des symptômes (CINQ, 2013), ou encore selon l'évaluation médicale.
- À l'occasion d'une éclosion dans le milieu, les travailleurs asymptomatiques (annexe 6) et :
 - **Vaccinés depuis quatorze jours et plus** : pourront travailler auprès des résidants en isolement de l'unité en éclosion, en respectant en tout temps, les pratiques de base et les précautions additionnelles.
 - **Non vaccinés ou vaccinés depuis moins de quatorze jours** :
 - idéalement, ne devraient pas travailler auprès des résidants en isolement de l'unité en éclosion pendant toute la durée de cette éclosion ou jusqu'à quatorze jours après avoir été vaccinés (selon l'option la plus courte), étant donné le risque de transmission du virus à des personnes vulnérables; il faut rappeler que

- ces travailleurs risquent de transmettre ou de contracter l'influenza, et ce, jusqu'à trois jours après leur dernier contact avec une personne contagieuse;
- en cas de bris de service anticipé, ces travailleurs pourraient continuer à travailler sur l'unité fonctionnelle en éclosion, en portant un masque pour les soins aux patients, symptomatiques ou non.
- **Non vaccinés ou vaccinés depuis moins de quatorze jours et qui prennent une prophylaxie antivirale** : pourront travailler auprès des résidents en isolement de l'unité en éclosion, en respectant en tout temps, les pratiques de base et les précautions additionnelles; ces travailleurs prendront une prophylaxie jusqu'à la fin de l'éclosion ou jusqu'à ce que quatorze jours se soient écoulés après qu'ils auront été vaccinés.
- Éviter les mouvements de travailleurs entre un étage ou un établissement aux prises avec une éclosion et un autre étage ou un autre établissement qui en est exempt, et ce, jusqu'à la fin de l'éclosion, en particulier pendant les trois jours qui suivent leur dernier contact avec une personne contagieuse ou avec l'unité de soins où a eu lieu l'éclosion.
- Cette dernière recommandation s'applique également au personnel venant d'agences privées.

4.3.4 Mesures concernant les nouvelles admissions

Dans la version précédente du guide d'intervention, il était recommandé de reporter les nouvelles admissions jusqu'à la fin de l'éclosion. La notion de fermeture doit toutefois être utilisée avec prudence afin de ne pas compromettre l'accès aux soins. De plus, dans un contexte où le virus circule largement dans la communauté, l'application de cette mesure pourra être modulée selon le risque d'acquérir la grippe (degré de circulation de l'influenza dans les deux milieux). Vous pouvez consulter à l'annexe 8 un tableau illustrant les alternatives possibles lors de transfert de patients entre deux établissements en situation d'éclosion ou non.

À partir de la saison 2013-2014, il existe des critères de fermeture aux admissions élaborés en situation d'éclosion majeure (voir document *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins* (CINQ, 2013), page 7). La décision de fermer une unité aux admissions et de suspendre les transferts doit se prendre par le comité responsable de la gestion de l'éclosion de l'établissement en fonction de ces critères.

4.4 UTILISATION DES ANTIVIRAUX COMME MESURE SPÉCIFIQUE DE CONTRÔLE DANS LE CAS D'UNE ÉCLOSION CONFIRMÉE DE GRIPPE

Il existe deux classes d'antiviraux agissant contre les virus influenza :

- Les inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir), qui agissent contre les virus de type A et B (voir les annexes 9A et 9B).
- Les inhibiteurs M2 (amantadine)¹², qui agissent contre les virus de type A seulement.

¹² Au moment de la rédaction de ce guide, les inhibiteurs M2 ne sont plus recommandés pour le traitement ou la prophylaxie de la grippe, puisque les souches circulantes démontrent une résistance à ces antiviraux. L'apparition d'une nouvelle souche démontrant une sensibilité aux inhibiteurs M2 pourrait en permettre à nouveau l'utilisation.

Au Canada, ces trois antiviraux sont homologués en traitement et en prophylaxie post-exposition. Au moment de la rédaction de ce guide, les inhibiteurs M2 ne sont plus recommandés pour le traitement ou la prophylaxie de la grippe, puisque les souches circulantes démontrent une résistance à ces antiviraux. L'apparition d'une nouvelle souche démontrant une sensibilité aux inhibiteurs M2 pourrait en permettre à nouveau l'utilisation.

Il est important de rappeler que **la vaccination demeure la meilleure protection** contre les virus influenza. L'utilisation des antiviraux en chimioprophylaxie ou en traitement ne doit pas remplacer le vaccin antigrippal annuel chez les personnes pour qui il est recommandé (MSSS, 2013a; CCNI, 2012).

En ce qui concerne les recommandations sur la médication antivirale, les mises à jour annuelles seront diffusées par les directions de santé publique régionales.

4.4.1 Principes généraux d'utilisation des antiviraux

4.4.1.1 Traitement antiviral

La prescription des antiviraux en traitement relève du médecin traitant. Le traitement antiviral empirique et rapide des cas de SAG, initié par le médecin traitant avant la confirmation de la grippe, pourrait contribuer à réduire la durée de la maladie et le risque de survenue de complications, d'hospitalisations et de décès chez les patients vulnérables (CDC, 2012a; CDC, 2013b). L'initiation d'un tel traitement empirique sera conditionnée par la probabilité qu'il s'agisse effectivement d'une infection par un virus influenza (ex. : circulation de l'influenza dans la communauté, présence de cas confirmés sur une autre unité dans le centre, etc.).

4.4.1.2 Chimioprophylaxie antivirale

Lorsqu'une chimioprophylaxie antivirale est initiée, la prescription des antiviraux devrait relever du médecin traitant ou d'un autre médecin désigné à cet effet. Il est de la responsabilité du milieu d'hébergement et de soins de longue durée de s'assurer d'avoir les ressources médicales pour prescrire en temps voulu la médication requise, selon une entente établie avec son ou ses médecins, l'établissement ou son CSSS. Une alternative peut être l'obtention d'une ordonnance collective, ou d'ordonnances individuelles pouvant être laissées dans le dossier de chaque résidant, et activées au besoin selon un protocole local. Il apparaît important de rappeler ici que toute ordonnance (individuelle ou collective), même dans le cas d'une chimioprophylaxie, doit faire l'objet d'un suivi par le prescripteur au besoin (voir section 4.4.3).

En ce qui a trait aux travailleurs de la santé, c'est l'administration du centre qui devrait décider des modalités d'utilisation des antiviraux. La prescription pourrait se faire, entre autres, par :

- Le service de santé et sécurité au travail de l'établissement.
- Une clinique médicale.
- Le CSSS (selon une entente préalable avec l'établissement).
- Le médecin traitant du travailleur.

La direction de santé publique pourra collaborer pour évaluer la situation et donner des orientations pour l'utilisation des antiviraux.

Une faible proportion de souches résistantes à l'oseltamivir a été détectée suite à l'usage de celui-ci en prophylaxie post-exposition lors de la grippe pandémique. Ainsi, au niveau mondial, 225 cas résistants à l'oseltamivir ont été répertoriés par l'OMS (OMS, 2010). Par ailleurs, l'expérience avec le virus de la grippe saisonnière A(H1N1) de 2006 à 2009 (souche présentant une résistance acquise à l'oseltamivir), rappelle que l'on se doit d'être prudent lorsqu'on envisage l'utilisation des antiviraux en prophylaxie à large échelle même lors d'une éclosion confirmée de grippe.

OBTENTION DU CONSENTEMENT

Lorsque les antiviraux sont utilisés à des fins de prophylaxie, il est essentiel d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant. Un consentement obtenu à l'admission du résidant est habituellement valide pour la durée du séjour dans le milieu d'hébergement (Communication verbale du Collège des médecins, 2002 et 2013).

Pour les personnes sous curatelle publique, le curateur consent à ce que les antiviraux actuellement homologués au Canada pour la prophylaxie soient utilisés, à moins d'opposition formellement exprimée par la personne (voir les lettres du Curateur public à l'annexe 11).

4.4.2 Recommandations sur l'utilisation des antiviraux

4.4.2.1 Traitement antiviral

En dehors d'une éclosion, initier rapidement (idéalement dans les 48 heures après le début des symptômes du cas) un traitement antiviral pour tous les cas de grippe confirmée, pour une durée de 5 jours.

Lors de la survenue d'une éclosion, initier rapidement un traitement antiviral pour tous les cas (confirmés ou non) de grippe pour une durée de 5 jours (annexes 9A et 9B). Le traitement antiviral pourrait être envisagé même si le début des symptômes remonte à plus de 48 heures, pour les résidants présentant un haut risque de complication¹³. Il est à noter que les résidants en milieu d'hébergement et de soins de longue durée sont considérés à haut risque de complication, en particulier les hôtes immunosupprimés, ceux dont la maladie est progressive ou ceux nécessitant une hospitalisation (Harper et al., 2009; CDC ,2011a; Aoki et al., 2013; CDC, 2013a).

¹³ Groupes à risque et conditions médicales qui prédisposent à une infection grippale sévère (Aoki et al, 2013) : asthme et autre maladie pulmonaire chronique, maladie cardiovasculaire, cancer, insuffisance rénale chronique, diabète, hémoglobinopathies, immunosuppression (induite par une maladie ou une médication), maladie neurologique et désordres neurodéveloppementaux qui compromettent l'évacuation des sécrétions respiratoires, enfants < 5 ans, adultes ≥ 65 ans, les résidants des milieux d'hébergement et de soins de longue durée de tout âge, femmes enceintes (jusqu'à 4 semaines en post-partum), jeunes < 18 ans sous thérapie avec l'acide acétylsalicylique, obésité morbide, autochtones.

L'isolement de tout cas de SAG en traitement est particulièrement important pour diminuer le risque de transmission d'une souche résistante pouvant émerger durant le traitement (Aoki et al., 2013).

4.4.2.2 Chimio prophylaxie antivirale

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) a publié récemment un document apportant des *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins* (CINQ, 2013). Ce document précise les indications d'utilisation des antiviraux en prophylaxie lors d'une éclosion.

Lors d'une éclosion de grippe confirmée, le CINQ recommande :

- Pour les résidents :
 - aviser les médecins traitants des contacts étroits significatifs pour faire évaluer la nécessité d'offrir une prophylaxie antivirale sur une base individuelle;
 - offrir une prophylaxie antivirale aux nouveaux résidents, selon l'évaluation du risque.
- Pour les travailleurs de la santé :
 - privilégier l'utilisation des antiviraux en traitement plutôt qu'en prophylaxie si indiqués, sauf lorsque le risque pour le travailleur le justifie, selon le médecin traitant.

Lors d'une éclosion de grippe majeure (voir définition à la section 3.5.1), le CINQ recommande :

- Pour les résidents :
 - offrir la prophylaxie antivirale à large échelle pour tous les résidents asymptomatiques visés, vaccinés ou non.
- Pour les travailleurs de la santé :
 - offrir la prophylaxie antivirale à l'ensemble des travailleurs de la santé non protégés (non vaccinés, vaccinés depuis 14 jours ou moins, ou ayant reçu un vaccin dont les souches ne concordent pas avec celles en circulation) visés;
 - il est raisonnable de permettre au travailleur de revenir au travail dès qu'il commence à prendre les antiviraux en prophylaxie, car un taux sérique efficace du métabolite actif est atteint très rapidement après l'ingestion des antiviraux (Massarella *et al.*, 2000).

Lorsqu'une prophylaxie antivirale à large échelle est débutée, elle devrait être maintenue pour 14 jours au minimum, ou jusqu'à 10 jours après le début des symptômes du dernier cas, selon la plus longue des deux éventualités (Harper et al. 2009). Cette durée est déterminée en tenant compte de l'excrétion virale prolongée chez la personne âgée ou immunosupprimée, plus un facteur de sécurité.

Il est à noter qu'aucun groupe d'expert ne recommande d'exclure de la prophylaxie les personnes qui ont fait un SAG (sans confirmation) dans les semaines précédentes.

4.4.3 Suivi de la prescription des antiviraux en chimioprophylaxie

Il faut se rappeler qu'une ordonnance médicale collective doit inclure un suivi, tel qu'il est inscrit au code de déontologie du Collège des médecins du Québec, révisé en 2013. Lors de son adoption, l'établissement doit donc prévoir dans l'ordonnance collective, l'organisation de services encadrant l'évaluation des cas, des résultats de laboratoire ou des effets de la médication chez les résidants et les employés visés, pendant une éclosion d'influenza, afin qu'un ajustement des mesures en place, des tests demandés ou des médicaments offerts soit fait si nécessaire.

4.5 SUIVI DE L'ÉCLOSION

Lors de la confirmation d'une éclosion de grippe, un suivi rehaussé de l'apparition de nouveaux cas de SAG par l'équipe de PCI et le service de santé et sécurité au travail doit être mis en place chez les résidants et chez les travailleurs de la santé de l'établissement. Cette approche permettra d'instaurer rapidement un traitement pour ces nouveaux cas et de mettre en place les mesures de prévention additionnelles autour de ces cas. De plus, cette surveillance rehaussée des SAG permettra de renforcer au besoin le niveau d'intervention, si on identifiait un échec des mesures en place sur l'unité ou encore si on constatait une propagation vers d'autres unités ou installations de l'établissement.

4.5.1 Nouveaux cas de SAG survenant moins de 72 heures après l'instauration des mesures de contrôle incluant ou non la prophylaxie antivirale

En éclosion confirmée, il est attendu que des résidants peuvent développer la grippe dans les premiers jours d'instauration des mesures de contrôle (incluant ou non la prophylaxie antivirale), notamment puisqu'ils pouvaient déjà être en incubation au moment de l'instauration de ces mesures. Dans ce cas, le groupe de travail ne recommande pas d'emblée d'effectuer des tests de détection de l'influenza. Ces résidants seront considérés comme des cas de grippe, à moins que le médecin traitant ne suspecte une autre cause. Ils devront être isolés et un traitement antiviral à doses thérapeutiques devrait être débuté.

De plus, il serait prudent, après la fin de leur traitement de 5 jours, de poursuivre avec une dose prophylactique si l'unité complète est sous prophylaxie, et ce, pour la durée de l'éclosion. Toutefois, si un test d'influenza avait été fait et s'avérait positif pour le même type (A ou B) ou sous-type (H1 ou H3) d'influenza, la poursuite de la prophylaxie ne serait plus nécessaire (à moins qu'il y ait circulation concomitante de plus d'un type de virus influenza).

4.5.2 Nouveaux cas de SAG survenant 72 heures et plus après l'instauration des mesures de contrôle incluant ou non la prophylaxie antivirale

Si de nouveaux cas de SAG surviennent 72 heures et plus après l'instauration des mesures de contrôle, il est nécessaire de réviser les mesures en place afin de s'assurer qu'elles sont respectées et de les augmenter au besoin.

On s'assurera de faire un prélèvement des sécrétions respiratoires chez ces nouveaux cas afin de pouvoir confirmer :

- Le virus influenza A ou B chez les nouveaux cas de SAG ou un autre agent microbien.
- Une résistance aux antiviraux chez tous les cas de grippe confirmés et étant sous prophylaxie depuis plus de 72 heures.

Cette surveillance rehaussée et cette confirmation par laboratoire des nouveaux cas permettront de déterminer s'il s'agit de l'introduction d'un nouveau virus, d'un échec à la prophylaxie ou d'une émergence de résistance chez la souche d'influenza. L'analyse de ces résultats permettra d'ajuster au besoin les mesures de prévention et contrôle en vigueur dans l'établissement, ainsi que la médication antivirale en cours. Si un échec ou une résistance aux antiviraux est suspectée, une réévaluation du dosage de la médication antivirale en cours ou encore du choix de l'antiviral utilisé sera faite, avec l'aide d'un microbiologiste-infectiologue ou du pharmacien de l'établissement.

4.5.2.1 Si le résultat des prélèvements est négatif pour l'influenza :

- Pour les cas de SAG, il serait prudent de compléter le traitement de 5 jours et de poursuivre avec une dose prophylactique pour la durée de l'éclosion, si la chimioprophylaxie est débutée.
- Pour les résidants et les travailleurs de la santé asymptomatiques, si la chimioprophylaxie est débutée, elle demeure inchangée.

4.5.2.2 Si le résultat des prélèvements est positif pour l'influenza :

- Pour les cas (grippe confirmée ou SAG), après la fin du traitement antiviral et de l'arrêt des mesures de précautions additionnelles :
 - s'il s'agit du même type (A ou B) ou sous-type (H1 ou H3) d'influenza qu'en début d'éclosion, il n'est pas nécessaire de poursuivre avec une chimioprophylaxie;
 - s'il s'agit d'un type ou sous-type d'influenza différent qu'en début d'éclosion, il serait prudent de poursuivre avec une dose prophylactique pour la durée de l'éclosion.
- Pour les résidants et les travailleurs de la santé asymptomatiques, la chimioprophylaxie sera réévaluée au besoin.

4.5.3 Fin de l'éclosion de grippe

L'éclosion est considérée terminée lorsque 10 jours se sont écoulés sans aucun nouveau cas de grippe (selon la date de début des symptômes du dernier cas). Un suivi doit être effectué auprès de la direction de santé publique pour l'informer de la fin de l'éclosion. La DSP collige l'information transmise par l'établissement dans le registre provincial des éclosions selon les délais recommandés.

5 MESURES DE PRÉPARATION AUX ÉCLOSIONS

La préparation à la saison de la grippe est la première étape à mettre en œuvre dans les établissements. Il est de la responsabilité du milieu d'hébergement et de soins de longue durée de s'assurer de la prévention, de la surveillance et du contrôle des éclosions de grippe ainsi que de l'élaboration des directives locales selon les ressources disponibles. Les mesures de préparation suggérées aux établissements sont présentées ci-dessous.

5.1 DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE RESPONSABLE

Il est recommandé de :

- Désigner une personne responsable de la mise en œuvre des mesures proposées dans le protocole pour l'établissement (formation, vaccination, surveillance, prévention et contrôle des éclosions).
- Conserver le numéro de téléphone de la DSP de la région.

5.2 VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA DES RÉSIDANTS ET DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Les mesures proposées sont les suivantes :

- Avoir accès à une version à jour du Protocole d'immunisation du Québec (MSSS, 2013a).
- Vacciner chaque année tous les résidants et travailleurs de la santé avec le vaccin trivalent inactivé (CDC, 2011a; CCNI, 2013).
- Offrir le vaccin pendant la campagne annuelle de vaccination à tout nouveau résidant admis et à tout nouveau travailleur de la santé, et ce jusqu'à l'avis du MSSS de la fin de la période de vaccination.
- Établir annuellement la liste du statut vaccinal de tous les résidants sur chacune des unités de soins ou étage (annexe 10A), ainsi que celle des travailleurs de la santé (annexe 10B) et les maintenir à jour. Ces informations seront utiles entre autre lors de l'instauration d'une prophylaxie antivirale.

5.3 PRÉPARATION DE LA SURVEILLANCE

On recommande de former et d'informer tous les travailleurs de la santé sur la surveillance de la grippe, la définition d'un SAG et les mécanismes de transmission de l'information à la personne responsable de la surveillance (annexe 4C).

5.4 PRÉPARATION DES COMMUNICATIONS

Il est recommandé de :

- Préparer les communiqués et prévoir leur mécanisme de diffusion.
- Faire parvenir aux travailleurs de la santé et aux résidants ainsi qu'à leur famille une lettre d'information sur la grippe avant la campagne de vaccination (annexe 4D).

5.5 PRÉPARATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES DE CONTRÔLE

Les mesures suggérées sont les suivantes :

- Assurer la formation des travailleurs de la santé concernant les modes de transmission, les pratiques de base et les précautions additionnelles, l'hygiène et l'étiquette respiratoires, etc.
- Prévoir une procédure permettant rapidement une prise de décision médicale et l'implantation des mesures spécifiques de contrôle.
- Prendre entente avec un laboratoire, préciser les méthodes diagnostiques disponibles et les conditions requises (milieu de transport, technique de prélèvement, etc.) et s'entendre sur les modalités pour l'acheminement des spécimens et la transmission des résultats.
- S'assurer d'avoir accès au TAAN pour permettre de répondre à la définition d'une éclosion.
- Obtenir le consentement libre et éclairé du résidant ou de son représentant pour l'utilisation des antiviraux en cas d'éclosion et le noter à son dossier (lettres du curateur publique, annexe 11). Selon une communication personnelle obtenue du Collège des médecins, ce consentement est valide pour la durée de l'hébergement du résidant et est révoquant en tout temps. Cette modalité devrait s'inscrire dans le protocole d'influenza adopté par l'établissement. Des exemples sont disponibles aux annexes 4E et 4F.
- S'assurer d'avoir au dossier de tous les résidants l'inscription du poids actuel et un dosage datant d'au maximum un an de la créatinine, ce qui permet de prescrire les antiviraux de façon sécuritaire. (Buxton et al., 2001). Cependant, si la condition médicale a changé depuis le dernier dosage de la créatinine, un dosage plus récent pourrait être requis.
- Prévoir une ordonnance collective pour l'utilisation des antiviraux en prophylaxie chez les résidants, lors d'éclosion de grippe.
- Obtenir des ordonnances individuelles, en l'absence d'une ordonnance collective, pour les antiviraux en prophylaxie chez les résidants vaccinés ou non qui consentent à l'usage de cette médication. Laisser l'ordonnance au dossier pour qu'elle soit activée, en temps opportun, par l'autorité médicale désignée dans le centre.
- Prévoir un mécanisme efficace d'approvisionnement afin d'être en mesure d'offrir des antiviraux lorsque nécessaire.

- Prévoir les modalités pour l'évaluation, la prophylaxie et le traitement des travailleurs de la santé de l'établissement lors d'éclosion. Par exemple, une ordonnance collective pourrait être signée au préalable par le chef du CMDP, le directeur des services professionnels ou le médecin responsable du bureau de santé, ou encore, une entente pourrait être conclue avec une clinique médicale désignée ou le médecin d'un autre établissement afin d'assurer le suivi des travailleurs lorsque nécessaire.

5.6 SOUTIEN DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Les directions de santé publique régionales réalisent plusieurs activités qui permettent de soutenir les établissements. Parmi ces activités, notons :

- Fournir aux vaccinateurs les vaccins contre l'influenza.
- Informer les établissements des souches virales circulantes.
- Informer les établissements et les autorités régionales concernées, de l'ampleur de l'activité grippale dans la région.
- Faire la promotion de l'application des mesures de prévention, de surveillance et de contrôle de la grippe saisonnière contenues dans ce document, ainsi que dans des documents complémentaires.
- Conseiller les établissements aux prises avec une éclosion.
- Donner au besoin des orientations sur l'utilisation des antiviraux.

CONCLUSION

Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée disposent de moyens qui permettent de limiter les conséquences sérieuses qui sont encore trop souvent le lot des éclosions de grippe. Il s'agit de mesures simples, comme la vaccination annuelle des résidants et des travailleurs de la santé, la surveillance des cas de SAG ou la prévention de la transmission de l'influenza, qui peuvent être implantées rapidement et de manière harmonieuse. La prévention et le contrôle d'une éclosion de grippe débute donc bien avant l'apparition du premier cas dans un établissement. Le présent document vient aider les milieux à se préparer à la saison grippale, à renforcer la mise en place rapide des mesures nécessaires pour éviter la transmission lors de la survenue d'un cas et à limiter l'ampleur et les conséquences d'une éclosion de grippe.

Des efforts supplémentaires devraient être investis pour améliorer les taux de couverture vaccinale des travailleurs de la santé qui œuvrent en milieu fermé. La vaccination est une mesure simple, efficace, très sécuritaire et largement accessible dans les milieux de soins. Tous les travailleurs de la santé qui décident de ne pas recevoir le vaccin doivent savoir qu'ils pourront contribuer directement à la transmission, à plusieurs des résidants qu'ils soignent, d'un virus potentiellement mortel.

ANNEXE 1

Tableau des caractéristiques des virus respiratoires

ANNEXE 1- TABLEAU COMPARATIF DES CARACTÉRISTIQUES DES VIRUS RESPIRATOIRES

MICRO-ORGANISME	TABLEAU CLINIQUE	MESURES À APPLIQUER	SURVIE DANS L'ENVIRONNEMENT	PÉRIODE D'INCUBATION	PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ	DURÉE DES MESURES DE PRÉCAUTION
Adénovirus (souche respiratoire)	IVRS Pharyngite Pneumonie Bronchiolite Laryngite striduleuse	Gouttelettes, contact direct et indirect	10 jours sur du papier 3-8 semaines sur des substrats naturels	1 à 10 jours	De juste avant les symptômes jusqu'à leur disparition	Pour la durée des symptômes
Coronavirus (autre que SRAS-CoV et MERS CoV)	Rhume	Contact direct et indirect, gouttelettes	3 heures sur surfaces sèches et inertes 6 jours en milieu aqueux	2 à 4 jours	Jusqu'à la disparition des symptômes	Pour la durée des symptômes
Entérovirus	Maladie aiguë fébrile Méningite Pharyngite	Contact direct et indirect	24 heures surfaces inertes Nombreuses semaines dans un environnement humide	3 à 5 jours	Excrétion virale dans les selles dure de 1 à 3 semaines	Pour la durée des symptômes
Influenza	Grippe	Gouttelettes, contact direct et indirect	5 minutes sur la peau 8-12 heures sur papier, literie Quelques heures dans sécrétions séchées 48 heures sur des objets	1 à 4 jours On retient 3 jours pour l'intervention	De 24 heures avant, jusqu'à 5 jours après le début des symptômes (peut atteindre 7 jours chez l'enfant)	Pour la durée des symptômes (minimale 5 jours)
Métapneumovirus humain	IVRS Pneumonie Bronchiolite Pharyngite	Gouttelettes, contact direct et indirect		3 à 5 jours	Excrétion virale dure de 1 à 2 semaines	Pour la durée des symptômes
Virus Parainfluenza Types 1 à 4	IVRS Pneumonie Bronchiolite Laryngite striduleuse	Gouttelettes, contact direct et indirect	4 heures surfaces poreuses 10 heures surfaces non poreuses	2 à 6 jours	1 à 3 semaines	Pour la durée des symptômes
Rhinovirus	Rhume Pneumonie	Contact direct et indirect, gouttelettes	1-3 heures sur les surfaces 24 heures dans le mucus nasal	2 à 3 jours	Jusqu'à la disparition des symptômes	Pour la durée des symptômes
Virus respiratoire syncytial (VRS)	IVRS Pneumonie Bronchiolite	Gouttelettes, contact direct et indirect	30 minutes sur la peau Plusieurs heures sur les surfaces	2 à 8 jours	Peu avant la maladie évolutive et pendant toute la durée de cette dernière	Pour la durée des symptômes

L'information présentée dans ce tableau est adaptée de CINQ (2012) et d'un tableau de la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (CDC, 2011c; CINQ, 2012; ASFC, 2012)

ANNEXE 2

Exemples d'affiches sur les Pratiques de base

ANNEXE 2A- EXEMPLE D’AFFICHE SUR LE LAVAGE DES MAINS

Le lavage des mains, simple et efficace !



1 MOILLER



2 SAVONNER



3 FROTTER DE 15
À 20 SECONDES



4 NETTOYER
LES ONGLES



5 RINCER



6 SÉCHER



7 FERMER AVEC
LE PAPIER

msss.gouv.qc.ca/grippe

Santé
et Services sociaux
Québec 

12-307-0594 © Gouvernement du Québec, 2013

ANNEXE 2B- EXEMPLE D’AFFICHE SUR L’HYGIÈNE DES MAINS AVEC UNE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE

Comment désinfecter vos mains

1 Prenez un peu de produit antiseptique (liquide, gel ou mousse).

2 Frottez le bout des doigts.

3 Frottez l'intérieur des mains et les pouces.

4 Frottez entre les doigts.

5 Frottez l'extérieur des mains.

FROTTEZ LES MAINS JUSQU'À CE QU'ELLES SOIENT SÈCHES, SANS UTILISER DE PAPIER ESSUIE-MAINS.

msss.gouv.qc.ca/grippe

Santé et Services sociaux Québec

© Gouvernement du Québec, 2012

ANNEXE 2C- EXEMPLE D’AFFICHE SUR L’HYGIÈNE ET L’ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE

PROTÉGEZ LA SANTÉ DES AUTRES !

Tousser ou éternuer sans contaminer



1
Couvrez votre bouche et votre nez avec un mouchoir de papier lorsque vous tousssez ou éternuez.



2
Jetez le mouchoir de papier à la poubelle.



3
Si vous n'avez pas de mouchoir de papier, tousssez ou éternuez dans le pli de votre coude ou le haut de votre bras.



4
Lavez-vous les mains souvent. Si vous n'avez pas accès à de l'eau et du savon, utilisez un produit antiseptique.

SI VOUS ÊTES MALADE, ÉVITEZ DE RENDRE VISITE À VOS PROCHES.

msss.gouv.qc.ca/grippe

Santé
et Services sociaux
Québec

12-207 09 94 © Gouvernement du Québec 2012

ANNEXE 2D- EXEMPLE D’AFFICHE SUR LES PRATIQUES DE BASE

HYGIÈNE DES MAINS

4 moments pour l'hygiène des mains

Source : Institut canadien pour la sécurité des patients

HYGIÈNE ET ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE

PRATIQUES DE BASE

Prévention et contrôle des infections

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE

Les gants

La blouse

Le masque

Protection oculaire

GESTION DES VISITEURS

PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

Hygiène et salubrité
■ High touch (HT)
■ Low touch (LT)

Nettoyage et désinfection des équipements de soins

Manipulation de la lingerie

PRATIQUES DE TRAVAIL SÉCURITAIRE

Matériel piquant ou tranchant

Transport des spécimens de laboratoire

Déversement accidentel de liquides biologiques

Gestion des déchets biomédicaux

Manipulation sécuritaire des solutions et médicaments injectables

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

TABLE RÉGIONALE EN PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

AVRIL 2012

Source : Table régionale en prévention des infections de la Capitale-Nationale.

ANNEXE 3

Exemples d'affiches sur les Précautions additionnelles

**ANNEXE 3A- EXEMPLE D’AFFICHE : PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES
CONTRE LA TRANSMISSION PAR GOUTTELETTES ET
CONTACT**

**PRÉCAUTIONS
GOUTTELETTES/CONTACT**

Visiteurs Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE

- Pratiquer l'hygiène des mains
- Revêtir la blouse
- Porter le masque
- Enfiler les gants

À LA SORTIE

- Retirer les gants
- Retirer la blouse
- Retirer le masque
- Pratiquer l'hygiène des mains

Matériel dédié ou désinfecté après usage

041-12

Source : Table régionale en prévention des infections de la Capitale-Nationale.

**ANNEXE 3B- EXEMPLE D’AFFICHE : PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES
CONTRE LA TRANSMISSION PAR GOUTTELETTES**

**PRÉCAUTIONS
GOUTTELETTES**

Visiteurs Se présenter au poste des infirmières avant d'entrer

À L'ENTRÉE

Pratiquer l'hygiène des mains

Porter le masque

À LA SORTIE

Retirer le masque

Pratiquer l'hygiène des mains

Matériel dédié ou désinfecté après usage

041-12

Source : Table régionale en prévention des infections de la Capitale-Nationale.

ANNEXE 4

Modèles de lettres, d'avis et de formulaires

ANNEXE 4A- EXEMPLE DE LETTRE POUR LA RELANCE DE LA VACCINATION AUPRÈS DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

(Relance de vaccination contre la grippe)

Madame,
Monsieur,

Nous constatons actuellement la présence de syndromes d'allure grippale dans la communauté :

(lieu)

Si vous avez reçu le vaccin contre la grippe à l'automne, vous n'avez pas à recevoir d'autre dose de ce vaccin.

Si vous n'avez pas encore reçu le vaccin, nous vous recommandons fortement de vous protéger en vous faisant vacciner contre la grippe dans les plus brefs délais.

Une séance de vaccination aura lieu le(s) _____
(date)

au local _____
lieu de la vaccination

Merci de votre collaboration et de votre diligence.

Service de santé de (établissement)

ANNEXE 4B- EXEMPLE D'AVIS AUX VISITEURS

Il y a maintenant des cas de grippe dans la communauté.

Compte tenu des graves complications (pneumonie pouvant même aller jusqu'au décès) que les résidents peuvent subir s'ils attrapent la grippe, nous demandons votre collaboration dans le but d'éviter la transmission du virus dans l'établissement :

- **Ne pas visiter les résidents si vous présentez un tableau grippal comprenant (un ou plusieurs de ces symptômes) :**
 - toux
 - fièvre
 - difficultés respiratoires
 - courbatures

- **Exceptionnellement, certaines visites seront permises à condition** de respecter les mesures recommandées par le personnel de l'établissement :
 - **Porter un masque avant d'entrer dans la chambre.**
 - **Procéder à l'hygiène des mains :**
 - avant d'entrer dans la chambre
 - après vous être couvert la bouche lors de toux
 - après vous être mouché ou avoir manipulé du matériel pouvant être contaminé par des sécrétions du nez ou de la gorge (ex. : papier mouchoir)
 - après avoir donné des soins d'hygiène au résident
 - en quittant la chambre du résident

ANNEXE 4C- EXEMPLE D'AVIS AUX TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

SVP, NOUS AVISER DÈS QU'UN RÉSIDANT OU VOUS-MÊME
PRÉSENTEZ LES SYMPTÔMES SUIVANTS
POUVANT CORRESPONDRE À UN SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG) :

SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG)
APPARITION SOUDAINE DE FIÈVRE * ET TOUX ET AU MOINS L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS : <ul style="list-style-type: none">• MAL DE GORGE• ARTHRALGIE, MYALGIE OU FATIGUE EXTRÊME

* La fièvre a été définie comme étant une température buccale de 38°C et plus pour les usagers admis en soins de courte durée (CINQ, 2012). Toutefois, selon l'INESS (2012), la fièvre chez la personne âgée, hébergée en établissement de soins de longue durée, pourrait se définir selon l'une des situations suivantes :

- 1 prise de température supérieure à 37,8°C buccale ;
- > 2 lectures de température supérieure à 37,2°C buccale ou 37,5°C rectale ;
- > 2 lectures de température s'élevant de 1,1°C au-dessus de la température buccale de base.

Chez les personnes âgées, la présentation clinique de la grippe est souvent atypique. En effet, celles-ci pourraient ne présenter que de la forte fièvre, de la lassitude et de la confusion, sans les symptômes respiratoires caractéristiques de la grippe. La fièvre peut également être absente.

Il faut garder un haut niveau de suspicion et, en cas de doute, en parler avec la personne responsable _____

Merci de votre collaboration

Pour la notification des cas, vous adresser à : _____

ANNEXE 4D- EXEMPLE DE LETTRE D'INFORMATION AUX RÉSIDANTS ET À LEUR FAMILLE

(À personnaliser dans chaque milieu et à distribuer avant la saison grippale)

Qu'est-ce que la grippe

La grippe est une infection due au virus de l'influenza. Ce virus circule surtout entre le mois de novembre et d'avril. Les symptômes de la grippe sont une fièvre soudaine, une toux sèche, des douleurs musculaires et un malaise généralisé important qui dure plusieurs jours.

Cette maladie peut se compliquer d'une pneumonie et entraîner l'hospitalisation et parfois le décès. Cela est surtout vrai chez les personnes âgées, qui sont souvent affaiblies par d'autres problèmes de santé.

La grippe, c'est donc beaucoup plus sérieux qu'un simple rhume dont on guérit en quelques jours!

Comment prévenir la grippe?

La **vaccination contre la grippe** est le meilleur moyen de se protéger. Elle est offerte à tous les **résidents chaque automne**. Pour éviter de transmettre la grippe aux résidents, on recommande aussi **aux travailleurs de la santé et aux membres de la famille de se faire vacciner**. Vous pouvez communiquer avec le CLSC de votre région ou votre médecin de famille pour plus de renseignements.

L'**hygiène des mains** est un élément de prévention tout aussi important, car la grippe peut se transmettre par l'intermédiaire des mains. Tous (résidents, travailleurs de la santé, famille) doivent donc se laver les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique, et ce, fréquemment (après avoir toussé ou s'être mouché, avant de manger, etc.).

Si **vous présentez des symptômes semblables à ceux de la grippe**, vous devriez **vous abstenir de visiter** vos proches pour toute la durée de votre maladie afin de ne pas la leur transmettre. Cela évitera aussi l'entrée du virus de l'influenza dans l'établissement. Si votre visite s'impose, vous devrez suivre les recommandations de l'établissement et limiter votre visite à la chambre du résident. Vous devrez alors porter un masque et procéder à l'hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre et après avoir toussé ou vous être mouché.

Si un **résident présente des symptômes semblables à ceux de la grippe**, sa participation aux activités de groupe sera restreinte durant la période de sa maladie afin d'éviter la transmission aux autres résidents. Un prélèvement de sécrétions pourra être fait pour vérifier s'il s'agit bien de l'influenza. Un traitement antiviral pourrait lui être offert. De plus, le port du masque et des gants pourrait être exigé de ceux qui entrent dans sa chambre ou se tiennent très près de lui (à moins de deux mètres), en particulier en période d'éclosion.

Que faire en période d'éclosion de grippe?

Dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée comme (nom de l'établissement) : _____, la transmission d'une personne à une autre peut être très rapide. Si une telle éclosion survenait, des précautions additionnelles devraient être appliquées rapidement afin d'éviter la transmission aux résidents non atteints :

- arrêt temporaire des activités sociales;
- limitation des visites;
- port des gants et du masque lors des soins directs aux résidents symptomatiques;
- au besoin, prise d'un médicament antiviral par tous les résidents pour éviter qu'ils attrapent la grippe et pour enrayer la circulation du virus dans l'établissement.

La grippe n'est pas banale...

Nous avons besoin de votre collaboration pour diminuer son impact.

N'hésitez pas à nous poser vos questions à ce sujet.

L'équipe de prévention des infections du (nom de l'établissement) _____

**ANNEXE 4E- EXEMPLE 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : VACCINATION
CONTRE L'INFLUENZA ET LE PNEUMOCOQUE ET PROPHYLAXIE
ANTIVIRALE** (Adapté d'un document de la DSP de Mauricie et Centre du Québec)

Demande de consentement

Pour les résidents aptes au consentement ou ceux sous curatelle privée¹

**Consentement à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque et à la prise
d'une médication antivirale pour la grippe en cas d'éclosion en milieu d'hébergement
et de soins de longue durée.**

Nom, prénom du résident : _____

Cocher si curatelle privée nom du représentant : _____

Demeurant au _____
(nom de l'établissement ou d l'installation)

Vaccination contre l'influenza :

Je consens (ou le représentant consent pour le résident) à recevoir
une vaccination contre l'influenza à chaque année, s'il n'y a pas de
contre-indication, tel que cela m'a été expliqué. oui non

Médication antivirale pour prévenir la grippe :

Je consens (ou le représentant consent pour le résident) à prendre
une médication pour prévenir la grippe si, lors d'une éclosion qui
survient dans l'établissement où le résident demeure, la médication
préventive deviendrait indiquée. Cette médication sera alors
administrée selon le protocole en vigueur dans l'établissement s'il
n'y a pas de contre-indication. oui non

Vaccination contre le pneumocoque :

J'ai déjà reçu cette vaccination antérieurement oui non

Sinon, je consens à recevoir la vaccination contre le pneumocoque
s'il n'y a pas de contre-indication, tel que cela m'a été expliqué. oui non

Signature (résident ou son représentant) Date (a/m/j) : ____/____/____

Témoin Date (a/m/j) : ____/____/____

**Ce consentement est valide pour toute la durée du séjour du résident dans
l'établissement, à moins d'avis contraire de la part du résident ou de son
représentant.**

¹ Pour les résidents sous curatelle publique, l'administration du vaccin ou de la prophylaxie lors d'éclosion est autorisée par le curateur public selon le protocole établi dans l'établissement.

**ANNEXE 4F- EXEMPLE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : VACCINATION
CONTRE L'INFLUENZA ET LE PNEUMOCOQUE ET PROPHYLAXIE
ANTIVIRALE** (Adapté d'un document du CSSS Vaudreuil-Soulanges)

**CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA,
LE PNEUMOCOQUE ET LA PROPHYLAXIE**

**Ce consentement est valide pour toute la durée de votre séjour.
This consent is valid until the end of your stay.**

Oui Non Je consens à recevoir une vaccination contre le virus de l'influenza.
Les réactions possibles au vaccin m'ont été expliquées.

Yes No *I consent to receive the influenza vaccine. Possible reactions to the vaccine
have been explained to me.*

Oui Non Je consens à recevoir une vaccination contre le pneumocoque.
Les réactions possibles au vaccin m'ont été expliquées.

Yes No *I consent to receive the pneumocoque vaccine. Possible reactions to the
vaccine have been explained to me.*

Oui Non Je consens à prendre une médication (antiviraux) pour prévenir le virus de
l'influenza si une éclosion survient dans l'établissement où je réside. La
médication sera offerte selon le protocole en vigueur au
_____ (établissement ou installation).

Yes No *I consent to take medication to prevent influenza if an outbreak should
occur in the institution where I live. The medication will be given according
to the _____ protocol.*

Nom du répondant (le cas échéant) en lettres moulées
User or representative in block letters

Signature de l'utilisateur ou du répondant
User or representative signature

Date

Signature de l'infirmière

Date

CONSENTEMENT VERBAL

Consentement reçu verbalement par :

_____ (Écrire en lettres moulées)

Signature : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____

ANNEXE 5

Grilles de surveillance

ANNEXE 5A- GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE CHEZ LES RÉSIDANTS

NB : Dès qu'un résident répond aux critères de définition d'un SAG instaurer rapidement les mesures de contrôle appropriées et aviser la personne responsable de la surveillance des cas de grippe.

UNITÉ OU ÉTAGE : _____

Période : _____

RÉSIDENT	Vaccination		Début des symptômes	Signes et symptômes			Prélèvement			Antibiotiques ou antiviral	Précautions / gouttelettes / contact	Décès, complications
	Oui (O) / Non (N)	Date (aa/mm/ff)		T°	Toux nouvelle ou exacerbée	Symptômes autres *	Type d'analyse **	Date (aa/mm/ff)	Résultats			
Nom, Prénom			Date (aa/mm/ff)									

* **Symptômes autres :** M = Myalgies ou Arthralgies; C = Céphalées; F = Frissons; G = Mal de gorge; Autres (préciser)

** **Type d'analyse :** C = culture virale; IF = immunofluorescence Ag (EIA) A+B ou Ag (EIA) A seul; PCR = RT-PCR

Grille complétée par : _____ Date : _____

ANNEXE 5B- GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE CHEZ LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

NB : Dès qu'un travailleur de la santé répond aux critères de définition d'un SAG instaurer rapidement les mesures de contrôle appropriées et aviser la personne responsable de la surveillance des cas de grippe.

UNITÉ OU ÉTAGE : _____

Période : _____

TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ	Vaccination		Début des symptômes Date (aa/mm/jj)	Signes et symptômes			Prélèvement			Antibiotiques ou antiviral	Précautions / gouttelettes / contact	Décès, complications
	Oui (O) / Non (N)	Date (aa/mm/jj)		T°	Toux nouvelle ou exacerbée	Symptômes autres*	Type d'analyse **	Date (aa/mm/jj)	Résultats			

* **Symptômes autres :** M = Myalgies ou Arthralgies; C = Céphalées; F = Frissons; G = Mal de gorge; Autres (préciser)

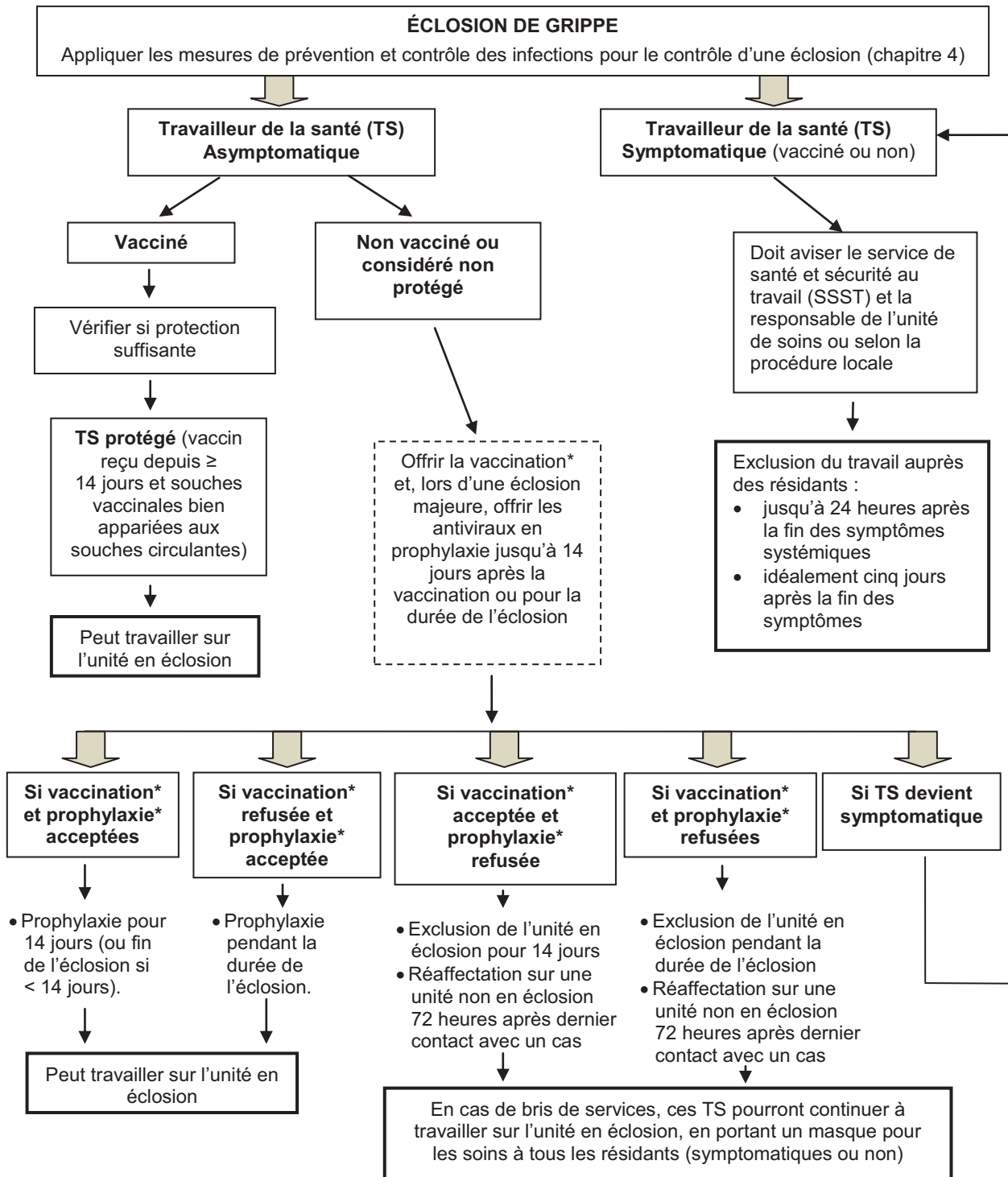
** **Type d'analyse :** C = culture virale; IF = immunofluorescence Ag (EIA) A+B ou Ag (EIA) A seul; PCR = RT-PCR

Grille complétée par : _____ Date : _____

ANNEXE 6

Algorithme pour la prise en charge des travailleurs de la santé

ANNEXE 6- ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ (voir section 4.3.3)



* Il est sous-entendu que la vaccination et la prophylaxie antivirale sont offertes s'il y a indication.

Adapté de *Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* (CINQ, 2012), page 63.

ANNEXE 7

Exemple d'un questionnaire d'aide à l'enquête et à l'intervention pour les intervenants de santé publique

ANNEXE 7- EXEMPLE D'UN QUESTIONNAIRE D'AIDE À L'ENQUÊTE ET À L'INTERVENTION POUR LES INTERVENANTS DE SANTÉ PUBLIQUE (adapté d'un document de la DSP de la Montérégie)

Note : Cette annexe présente un exemple d'un type d'outil pouvant être utilisé par les intervenants des directions de santé publique afin de supporter les équipes locales pour la gestion des éclosions. La liste des activités décrites n'est pas exhaustive et peut être bonifiée selon les besoins des équipes régionales.

OUTIL DE SUPPORT À L'INTERVENTION ÉCLOSION DE SAG OU DE GRIPPE EN MILIEU DE SOINS			
À l'usage du personnel de la DSP			
RECOMMANDATIONS	Recommandé	Déjà fait	Date
ÉCLOSION SUSPECTÉE (EN ATTENTE DE CONFIRMATION)			
Mettre en place les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et contact :			
– pour les résidents symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
– pour les contacts étroits ou les compagnons de chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Restreindre les activités de groupes et les repas en commun des résidents symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Restreindre les visites des résidents symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
ÉCLOSION CONFIRMÉE			
Poursuivre les recommandations mises en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Favoriser la mise en cohorte des résidents symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Restreindre la circulation des résidents asymptomatiques à l'unité ou à l'étage affecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Interrompre les activités de groupe dans l'installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Éviter la mobilité des travailleurs de la santé entre les unités ou les installations de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Informers les visiteurs :			
– des précautions à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
– de la restriction ou de l'interdiction des visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Déterminer si l'éclosion correspond à la définition d'une éclosion majeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Déterminer si les critères de fermeture aux admissions sont présents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Pour les résidents symptomatiques			
Offrir des antiviraux en traitement (idéalement dans les 48 heures après le début des symptômes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Pour les résidents asymptomatiques			
Offrir le vaccin aux résidents non vaccinés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Offrir les antiviraux en prophylaxie (si éclosion majeure confirmée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __
Pour les travailleurs de la santé			
Appliquer les mesures indiquées à l'annexe 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __

ANNEXE 8

Alternatives lors du transfert de résidants entre établissements, en situation d'éclosion

ANNEXE 8- CONDUITE POUR LES TRANSFERTS D'UN HÔPITAL VERS UN MILIEU D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE, SELON LA PRÉSENCE DE GRIPPE ET LA PRISE DE PROPHYLAXIE ANTIVIRALE.

Note : Dans les situations II, III et IV, même si idéalement l'admission n'est pas recommandée, il existe des mesures alternatives à respecter quand l'admission ou le transfert a quand même lieu.

La décision de fermer une unité aux admissions et de suspendre les transferts doit se prendre par le comité responsable de la gestion de l'écllosion dans l'établissement, selon les critères de fermeture aux admissions élaborés en situation d'écllosion majeure, dans le document *Précisions sur la gestion d'une écllosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins*, page 7 (CINQ, 2013).

SITUATION À L'HÔPITAL (sur l'unité d'où provient l'usager)	SITUATION AU MILIEU D'HÉBERGEMENT (sur l'unité où serait admis l'usager)	CONDUITE AU MILIEU D'HÉBERGEMENT ¹	
		ÉCLOSION DE GRIPPE : PAS DE PROPHYLAXIE À LARGE ÉCHELLE AU NIVEAU DE L'UNITÉ FONCTIONNELLE ²	ÉCLOSION MAJEURE DE GRIPPE : PROPHYLAXIE EN COURS À LARGE ÉCHELLE AU NIVEAU DE L'UNITÉ FONCTIONNELLE ²
I. Écllosion Même type d'influenza A ou B dans les 2 milieux	Écllosion	Résidant symptomatique :	Résidant symptomatique :
		Résidant asymptomatique :	Résidant asymptomatique :
II. Écllosion Type d'influenza A ou B différents dans les 2 milieux	Écllosion	Résidant symptomatique :	Résidant asymptomatique :
		Résidant asymptomatique :	Résidant asymptomatique :

SITUATION À L'HÔPITAL (sur l'unité d'où provient l'usager)	SITUATION AU MILIEU D'HÉBERGEMENT (sur l'unité où serait admis l'usager)	CONDUITE AU MILIEU D'HÉBERGEMENT ¹	
		ÉCLOSION DE GRIPPE : PAS DE PROPHYLAXIE À LARGE ÉCHELLE AU NIVEAU DE L'UNITÉ FONCTIONNELLE ²	ÉCLOSION MAJEURE DE GRIPPE : PROPHYLAXIE EN COURS À LARGE ÉCHELLE AU NIVEAU DE L'UNITÉ FONCTIONNELLE ²
<p>III. Établissement non en éclosion</p>	<p>Établissement en éclosion</p>	<p>Résident symptomatique (ex : cas de SAG unique avec ou sans diagnostic) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si même type d'influenza : traitement antiviral à continuer et isolement durant la période de contagiosité ³ • Si types d'influenza différents ou inconnus : <ul style="list-style-type: none"> – si admission ou transfert, débiter un traitement antiviral avant l'arrivée dans le milieu d'hébergement, et mettre en place les mesures de prévention des infections appropriées 	<p>Résident symptomatique (ex : cas de SAG unique avec ou sans diagnostic) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si même type d'influenza : traitement antiviral à continuer et isolement durant la période de contagiosité ³ • Si types d'influenza différents ou inconnus : <ul style="list-style-type: none"> – si admission ou transfert, débiter un traitement antiviral avant l'arrivée dans le milieu d'hébergement, et mettre en place les mesures de prévention des infections appropriées – traitement suivi de chimioprophylaxie selon la conduite en cours dans le milieu d'hébergement
<p>IV. Établissement en éclosion</p>	<p>Établissement non en éclosion</p>	<p>Résident asymptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si admission ou transfert, prioriser les résidents vaccinés depuis plus de 14 jours • Même conduite que celle en cours pour les résidents du milieu d'hébergement pour les mesures de protection. • Résident avisé du risque potentiel et des mesures à respecter 	<p>Résident asymptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si admission ou transfert, prioriser les résidents vaccinés depuis plus de 14 jours • Admission ou transfert possible <u>après</u> le début d'une chimioprophylaxie • Chimioprophylaxie poursuivie selon la conduite en cours dans le milieu d'hébergement • Résident avisé du risque potentiel et des mesures à respecter

¹ La vaccination demeurant le meilleur moyen de protection contre la grippe, il peut être pertinent de l'offrir aux personnes non vaccinées nécessitant un transfert.

² L'unité fonctionnelle comprend l'ensemble des résidents et des travailleurs de la santé qui sont en contact le jour, le soir la nuit ou la fin de semaine, et peut donc inclure plus d'une unité géographique.

3. **Période de contagiosité** : Minimalement jusqu'à 5 jours après le début des symptômes. Peut se prolonger jusqu'à la fin des symptômes. En cas d'éclosion majeure, adopter une durée d'isolement de 7 jours après le début des symptômes (CINQ, 2013).
4. **Période d'incubation** : Jusqu'à 3 jours (72 heures) suivant l'admission.

ANNEXE 9

Antiviraux

ANNEXE 9A- OSELTAMIVIR (TAMIFLU)

NB : Pour plus d'information veuillez consulter la monographie du produit ou le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS).

INDICATIONS

- Traitement et prophylaxie de la grippe (Influenza A ou B).

PRÉSENTATION

- Gélules de 30, 45 et 75 mg.
- Poudre pour suspension buvable de 6 mg/ml et de 12 mg/ml après reconstitution. (Le sorbitol est contenu dans la suspension buvable seulement).

Pour les adultes qui ne peuvent avaler les gélules : si la suspension buvable n'est pas disponible, on peut mélanger la poudre contenue dans les gélules avec des liquides sucrés (ex. : sirop au chocolat).

CONTRE-INDICATION

- Allergie à une des composantes du produit.

PRÉCAUTIONS

- **Intolérance héréditaire au fructose** : l'oseltamivir en suspension buvable devrait être évitée chez ces personnes en raison du sorbitol contenu dans la poudre.
- **Insuffisance rénale** : la posologie de l'oseltamivir doit être ajustée selon la clairance de la créatinine.
- **Insuffisance hépatique sévère** : l'innocuité et l'efficacité de l'oseltamivir n'ont pas fait l'objet d'études chez les insuffisants hépatiques sévères. Pour ceux ayant une insuffisance hépatique légère à modérée, aucun ajustement posologique n'est nécessaire.
- **Vaccin vivant atténué contre l'influenza (VVAI)** : les personnes recevant une prophylaxie antivirale ne devraient pas recevoir le VVAI (ex. : Flumist), car les antiviraux peuvent diminuer l'efficacité du vaccin. De même, les personnes ayant reçu un VVAI ne devraient pas recevoir d'antiviraux en traitement ni en prophylaxie jusqu'à 14 jours après la vaccination (CDC, 2011a)

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- **Enfants** : l'oseltamivir n'est pas homologué au Canada pour les enfants ≤ 1 an.
- **Femmes enceintes** : Selon la monographie du produit, l'oseltamivir ne doit être utilisé durant la grossesse que si les bienfaits escomptés justifient les risques encourus par le fœtus.

Cependant, l'AMMI recommande l'utilisation de l'oseltamivir en traitement de l'influenza chez la femme enceinte, peu importe le stade de la grossesse. Certaines autorités recommandent l'oseltamivir de préférence au zanamivir en raison de son absorption

systémique. L'oseltamivir se rendrait mieux au tractus respiratoire, en particulier dans les stades plus avancés de la grossesse alors que l'excursion diaphragmatique, limitée par l'utérus gravide, peut empêcher une bonne distribution du zanamivir inhalé (Aoki et al., 2013).

- **Allaitement** : l'administration de l'oseltamivir peut être envisagée lorsque les bienfaits potentiels pour la mère qui allaite l'emportent sur le risque potentiel pour le nourrisson. L'oseltamivir et son métabolite actif seraient excrétés dans le lait maternel mais à des doses sous-thérapeutiques pour le nourrisson.
- **Personnes âgées** : l'innocuité de l'oseltamivir en prophylaxie a été démontrée chez les résidents âgés vivants en milieu d'hébergement.

EFFETS SECONDAIRES

- **Nausées** (8 à 10%) ou **vomissements** (2 à 8%) selon que l'oseltamivir ait été utilisé en prophylaxie ou en traitement. Ces manifestations sont transitoires et surviennent surtout après la 1^{ère} dose. La prise d'oseltamivir avec des aliments peut augmenter la tolérance chez certains patients.
- Autres manifestations ayant une incidence $\geq 1\%$: douleur abdominale et céphalée.

POSOLOGIE RECOMMANDÉE POUR LES ADULTES (Aoki et al., 2013; Hoffman-Laroche, 2012)

Clairance de la créatinine	Traitement (durée : 5 jours)	Prophylaxie ** (durées minimale : 14 jours)
> 60 ml/min	75 mg bid	75 mg die
> 30-60ml/min	75 mg die ou 30 mg bid	75 mg aux 2 jours ou 30 mg die
> 10-30 ml/min	30 mg die	30 mg aux 2 jours
< 10 ml/min	75 mg (dose unique)	Aucune donnée
Hémodialyse ***	30 mg après chaque séance de dialyse	30 mg après 1 dialyse sur 2
Dialyse péritonéale ***	30 mg (dose unique) avant le début de la dialyse	30 mg aux 7 jours

* Aucun ajustement posologique n'est requis chez les adultes obèses.

** Pour la prophylaxie, la dose initiale pourrait être de 75 mg, puis réajustée par la suite en fonction de la clairance de la créatinine. L'objectif est d'obtenir rapidement une dose thérapeutique chez les personnes avec une insuffisance rénale sévère.

*** Voir les recommandations de l'AMMI (Aoki et al, 2013) pour plus de précisions sur les posologies recommandées pour les personnes en dialyse. Une consultation en néphrologie peut également être indiquée.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

- Aucune connue.

PARTICULARITÉS RELATIVES À LA POSOLOGIE

1. **Délai** : les antiviraux doivent être débutés dans les 48 heures (idéalement dans les 12 heures) suivant le début des symptômes.
Lorsque débutés <48 heures, la durée des symptômes diminue de 1 jour et lorsque débutés <6 heures, la durée des symptômes diminuerait de 3.1 jours (Harper et al., 2009). Le traitement antiviral précoce réduirait les risques de complications et de décès ainsi que la durée d'une hospitalisation (CDC, 2012a).
Chez les adultes en santé, il y aurait peu de bénéfice à débiter un traitement antiviral >48 heures après le début des symptômes. Par contre, plusieurs études suggèrent que l'amorce des antiviraux >48 heures serait bénéfique pour les patients hospitalisés, les personnes ayant une atteinte sévère ou des complications liées à l'influenza ainsi que pour celles qui font partie des groupes à risque (âge >65 ans, résidents en milieu d'hébergement,...) (Aoki et al., 2013; CDC, 2013a; Harper et al., 2009).
2. **Durée** : le traitement recommandé est de 5 jours mais il pourrait être continué plus longtemps (ad 10 jours) (Aoki et al., 2013) si les patients demeurent sévèrement malades après 5 jours (CDC, 2011a).
3. **Dose** : en traitement, une posologie de 150 mg bid x 5 jours n'est pas plus efficace que 75 mg bid.
4. **Dose oubliée** : prendre la dose d'oseltamivir le plus tôt possible puis continuer selon l'horaire prescrit. Il est recommandé de ne pas doubler la dose.

PRESCRIPTION DES ANTIVIRAUX (Info lettre 166)

Dans un centre d'hébergement hors établissement, le médecin prescripteur pourra utiliser :

- Le code **AI139** pour le **traitement** des personnes qui y vivent.
- Le code **AI140** seulement pour la **prophylaxie** des personnes qui y vivent.

ANNEXE 9B- ZANAMIVIR (RELENZA)

NB : Pour plus d'information veuillez consulter la monographie du produit ou le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS).

INDICATIONS

Traitement et prophylaxie de la grippe (Influenza A ou B) chez les adultes et les enfants de 7 ans et plus.

(Selon la monographie du produit, le Relenza ne s'est pas avéré efficace pour la prophylaxie de l'influenza dans un contexte de résidence pour personnes âgées).

PRÉSENTATION

Le zanamivir se présente sous la forme d'une poudre à inhaler. La poudre est dispensée par un appareil de type Diskhaler, et chaque coquille (donc chaque inhalation) libère 5 mg.

CONTRE-INDICATION

Allergie à une des composantes du produit, y compris le lactose.

PRÉCAUTIONS

Le Relenza n'est pas recommandé pour les patients présentant une maladie respiratoire chronique sévère ou un asthme sévère en raison du risque de bronchospasme grave.

Mise en garde importante : le traitement par RELENZA doit être interrompu chez tout patient qui présente un *bronchospasme* ou une *diminution de la fonction respiratoire* lors d'utilisation du produit. **Tous les patients doivent être informés du risque de bronchospasme associé à RELENZA.**

Il faut s'assurer que le patient maîtrise bien la technique d'inhalation du zanamivir. Selon une étude rapportée par McGeer et al. (2000), jusqu'à 20% des résidents en soins prolongés avaient certaines difficultés avec la technique d'inhalation du médicament.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

Femmes enceintes : Le zanamivir ne doit pas être employé chez les femmes enceintes, tout particulièrement au cours du premier trimestre de la grossesse, sauf si les bienfaits du traitement l'emportent sur les risques éventuels pour le fœtus.

Allaitement : On ignore si le zanamivir passe dans le lait humain.

Pédiatrie : L'innocuité et l'efficacité du zanamivir n'ont pas été établis chez les enfants de moins de 7 ans.

Gériatrie (≥ 65 ans) : L'innocuité ne semble pas varier avec le vieillissement.

EFFETS SECONDAIRES

- **Système respiratoire** : bronchospasme ou diminution de la fonction respiratoire.
- **Système cutané** : éruptions cutanées sévères, y compris érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson et épidermolyse bulleuse toxique ont été signalés.
- **Système immunitaire** : des réactions de type allergique, y compris l'œdème oropharyngé et facial, le laryngospasme, la dyspnée, l'urticaire, des éruptions cutanées graves et l'anaphylaxie ont été signalés.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :

La probabilité d'interactions médicamenteuses cliniquement significatives est faible.

POSOLOGIE RECOMMANDÉE :

Traitement : 10 mg (2inh de 5 mg) deux fois par jour.

Le premier jour du traitement, on recommande de prendre une deuxième dose dans la mesure du possible, pourvu qu'au moins deux heures se soient écoulées depuis la première dose. Les jours suivants, on doit tenter d'espacer les doses d'environ 12 heures.

Les patients qui doivent utiliser un bronchodilatateur en inhalation en même temps que le zanamivir doivent d'abord prendre le bronchodilatateur, puis le zanamivir.

OUBLI D'UNE DOSE :

Prendre le zanamivir dès que l'oubli est constaté, sauf si la prochaine dose doit être prise dans les deux heures qui suivent.

PRESCRIPTION DES ANTIVIRAUX (Info lettre 166)

Dans un centre d'hébergement hors établissement, le médecin prescripteur pourra utiliser :

- Le code **AI139** pour le **traitement** des personnes qui y vivent.
- Le code **AI140** seulement pour la **prophylaxie** des personnes qui y vivent.

ANNEXE 10

Statut vaccinal

ANNEXE 11

Lettres du curateur public

ANNEXE 11A- LETTRE DU CURATEUR PUBLIC À MARC DIONNE



Le
Curateur public
du Québec

Le 19 décembre 1997

Docteur Marc Dionne
Coordonnateur de l'équipe maladies infectieuses
Centre de Santé publique de Québec
2 400, rue d'Estimauville
Beauport (Québec)
G1E 7G9

**OBJET: CONSENTEMENT - Administration d'amantadine à des
personnes sous curatelle publique en cas d'épidémie de
grippe en centre d'hébergement et de soins de longue
durée (CHSLD)**

Docteur,

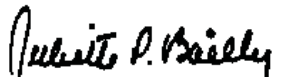
La présente fait suite à votre télécopie reçue à l'Unité des consentements ce jour, relativement à l'objet mentionné en rubrique.

Nous désirons vous informer que nous consentons à l'administration d'amantadine en cas d'épidémie de grippe en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes que nous représentons.

Il est entendu que ce médicament sera alors administré sur prescription médicale et selon un protocole établi.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos sentiments distingués.

La Curatrice publique,


JULIETTE P. BAILLY

JPB/at

c.c.: Docteurs Pierre Durand et André Bernard
Centre hospitalier Saint-Augustin

ANNEXE 11B- LETTRE DU CURATEUR PUBLIC À ALAIN POIRIER

Curateur public
Québec



Direction générale de la protection

Le 15 février 2006


Monsieur Alain Poirier
Directeur national de santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 12^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Directeur,

J'ai pris connaissance de la lettre que vous m'adressiez le 31 janvier dernier relativement à l'obtention du consentement du Curateur public pour administrer un médicament.

Suite à votre recommandation concernant l'administration d'un inhibiteur de la neuraminidase, en traitement ou en prévention en cas d'éclosions d'influenza aux personnes vivant en milieu d'hébergement de soins de longue durée, le Curateur public donne son consentement pour l'administration de ce médicament aux personnes qu'il représente, sur prescription médicale et selon un protocole établi.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Roger Giroux
RG/dsp

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC, 2010a), *Lignes directrices : mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs et les établissements de soins de longue durée – grippe saisonnière*, 2010

<http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/ac-sa-fra.php>

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC, 2010b), *Guide de prévention de la pneumonie associée aux soins de santé*, 2010

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC), *Prévention et contrôle des maladies infectieuses – Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*, ASPC, 2012, 229 pages

AOKI, F.Y., UD ALLEN, HG STIVER, and GA EVANS, *The use of antiviral drugs for influenza : Guidance for practitioners*, Can J Infect Dis Med Microbiol vol 24 Suppl C Autumn 2013 (AMMI Canada Guidelines)

http://www.ammi.ca/media/48038/14791_aoki_final.pdf.pdf

BÉLIVEAU, C., et al., *Diagnostic des infections causées par les virus influenza A et B : guide pratique*, 1999.

BENNETT, J.V. and P.S. BRACHMAN, *Hospital Infections*, Boston, Little, Brown and Company, 1992.

BOVIN, G. et al, *Predicting Influenza Infections during Epidemics with Use of a Clinical Case definition*, Clinical Infectious Diseases, vol. 31, no. 5, 2000, p. 1166-1169.

BRANKSTON, G., L. GITTERMAN, Z. HIRJI, C. LEMIEUX, and M. GARDAM, *Transmission of influenza A in human beings*, Lancet Infect Dis, 2007, 7, p.257-265.

BUXTON, J.A., et al, *Previous creatinine levels safety predict amantadine dose for influenza A outbreak control*, Canadian Journal of Infectious Diseases, 2001, vol.12, no.5, p.285-288.

CHIN, J., *Control of Communicable Diseases Manual*, 17th edition, Washington, American Public Health Association, 2000, 170 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), *Prevention and Control of Influenza : Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), vol. 50, no. RR-4, 2001, p. 1-41.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2005a), *Guideline Excerpt – Healthcare-Associated Influenza (Flu) Guidelines*, 2005.

www.cdc.gov/ncidod/dhqp/id_influenza_pneuExcerpt.html

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2005b), *Guidelines and Recommendations – Infection Control Guidance for the Prevention and Control of Influenza in Acute-Care-Facilities*, 2005.

www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcarefacilities.htm

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2005c), *Guidelines and Recommendations – Updated Infection Control Measures for the Prevention and Control of Influenza in Health-Care Facilities*, 2005

www.dsf.health.state.pa.us/health/lib/health/provider_bulletin_4.doc

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2011a), *Interim guidance for influenza outbreak management in long-term care facilities*, Mise à jour 19 décembre 2011.

<http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/ltc-facility-guidance.htm>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2011b), *Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza*, *MMWR Weekly*, 21 janvier 2011/60 (RR01);1-24.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6001a1.htm>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2011c), *Differential Diagnosis Spreadsheets – Demographic and Epidemiologic Data Antiviral*, Mise à jour 29 décembre 2011

<http://emergency.cdc.gov/urdo/differential.asp>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2012a), *Influenza antiviral medications; Summary for clinicians*, Mise à jour 22 décembre 2012.

<http://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2012b). *Respiratory Hygiene/Cough Etiquette in Healthcare Settings*. Mise à jour 27 Février 2012.

<http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2013a), *Influenza update for geriatricians and other clinicians caring for people 65 and older*. Mise à jour 24 janvier 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2013b), *Prevention strategies for seasonal influenza in healthcare settings*, Mise à jour 9 janvier 2013.

<http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcaresettings.htm>

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI), *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2013-2014*, Relevé des maladies transmissibles du Canada (RMTC), volume 39, DCC-4, octobre 2013, 42 p.

[HTTP://WWW.PHAC-ASPC.GC.CA/PUBLICAT/CCDR-RMTC/13VOL39/ACS-DCC-4/ASSETS/PDF/13VOL39-ACS-DCC4-FRA.PDF](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-4/assets/pdf/13vol39-acs-dcc4-fra.pdf)

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ, 2009a), *Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI), de l'influenza aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 22 mai 2009, 67 p.

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/948_AvisInfluenzaAH5N1GrippeAH1N1.pdf

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ, 2009b), *Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 2009.

<http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales>

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ), *Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Direction des risques biologiques et de la santé au travail, janvier 2012, 83 p.

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ), *Précisions sur la gestion d'une écloison majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieu de soins*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Direction des risques biologiques et de la santé au travail, octobre 2013, 16 p.

DUBÉ, E. et al, *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe A(H1N1), la grippe saisonnière et le pneumocoque*, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 123 p.
www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1309_EnqueteVaccinGrippeAH1N1SaisonPneumocoque.pdf

FRANK, A.L. et al, *Patterns of Shedding of Myxoviruses and Paramyxoviruses in Children*, The Journal of Infectious Diseases, vol. 144, 1981, p. 433-441

GORONZY, J.J., et al., *Value of immunological markers in predicting responsiveness to influenza vaccination in elderly individuals*, Journal of Virology, vol. 75, no. 24, 2001, p. 12182-12187.

GOVAERT, T.M., et al., *The predictive value of influenza symptomatology in elderly people*, Family practice, vol. 15, no. 1, 1998, p. 16-22.

GUBAREVA, L.V., L. KAISER ET F.G.HAYDEN, *Influenza virus neuraminidase inhibitors*, The Lancet, vol. 355, no. 9206, 2000, p. 827-835.

HARPER, S.A., et al., *Seasonal Influenza in Adults and Children – Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management : Clinical Practice Guidelines of the Infectious Diseases Society of America*, IDSA, Clinical Infectious Diseases, 2009, 48, p.1003-1032.

http://www.idsociety.org/uploadedFiles/IDSA/Guidelines-Patient_Care/PDF_Library/Infuenza.pdf

HEENAN BLAIKIE, *Une infirmière ayant refusé un vaccin antigrippal peut être retirée du travail sans salaire pendant une période d'écloison*, Droit de la santé, Bulletin vol. VI, no. 1, septembre 2009, p. 13

HEYMANN, D.L., *Control of Communicable Diseases Manual*, 19^e édition, Washington (D.C.), American Public Health Association, 2008, 746 p.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, *Monographie Tamiflu*. Date de révision : 12 juin 2012.
<http://www.rochecanada.com/fmfiles/re7246001/Research/ClinicalTrialsForms/Products/ConsumerInformation/MonographsandPublicAdvisories/Tamiflu/tamifluJune12CIF.pdf>

HOTA, S. et A MCGEER, *Antivirals and the control of influenza outbreaks*. Clin Infect Dis., 2007, 45 (10).

INSTITUT FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI), *How-to Guide : Improving Hand hygiene*, 07/08/2011, site internet.

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideImprovingHandHygiene.aspx>

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS), *Utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées hébergées en établissement de soins de longue durée*, juin 2012, 4p.

MANDELL, G.L., J.E. BENNETT et R. DOLIN (sous la dir. de), *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, vol. 2, 7^e édition, Philadelphie (Pennsylvanie), Churchill Livingstone Elsevier, 2010, p. 2232.

MASSARELLA, J.W. *et al*, *The Pharmacokinetics and Tolerability of the Oral Neuraminidase inhibitor Oseltamivir (Ro 64-0796/GS4104) in Healthy Adult and Elderly Volunteers*, The journal of clinical Pharmacology, vol. 40, no. 8, p. 836-843.

MCGEER, A., *et al*, *Use of antiviral prophylaxis in influenza outbreaks in long term care facilities*, Canadian journal of Infectious Diseases, vol. 11, no. 4, 2000, p. 187-192.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Programme national de santé publique, 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, mise à jour 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS, 2013a), *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 486 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS, 2013b), *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs - Recommandations*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 44 p.

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c7b6706e0c5aea0e985257b740071b286?OpenDocument>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS, 2013c), *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p. 351-359, mise à jour septembre 2013.

NICHOLSON, K.G., R.G. WEBSTER ET A.J. HAY, *Textbook of Influenza*, Oxford (Grande-Bretagne), Blakwell Science, 1998, 57 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ), *Protéger la population par la vaccination : Une contribution essentielle de l'infirmière, prise de position*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007, 16 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Relevé épidémiologique hebdomadaire – Le point sur le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 résistant à l'oseltamivir : janvier 2010*, No. 6, 5 février 2010, 85^e année, p. 37-48.

<http://www.who.int/wer>

QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} février 2013 [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html], Consulté le 14 février 2013.

ROY, C.J., and D.K. MILTON, *Airborne transmission of communicable infection – the Elusive Pathway*, N Engl J Med, 22 avril 2004, 350(17), p. 1710-1712.

STEVENSON, C.G. et al, *Prevention of influenza and pneumococcal pneumonia in Canadian long-term care facilities : How are we doing?*, Canadian Medical Association Journal, vol. 164, no. 10, 2001, p. 1413-1419.

TABLE RÉGIONALE EN PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DE LA CAPITALE-NATIONALE (TRPIN-CN), *Guide de prévention et de contrôle des infections, « Pratiques de base et Précautions additionnelles »*, avril 2012, 142 p.

TELLIER, R., *Review of aerosol transmission of influenza A virus*, Emerg Infect Dis, 2006, 12(11), p.1657-1662.

WENZEL, R.P., *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, Baltimore, Williams et Wilkins, 1993.