

Lignes directrices sur la prévention et le contrôle du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO) dans les établissements de soins actifs

PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Infection Prevention and Control Guidance for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) in Acute Care Settings

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2017

Date de publication : Mars 2016

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction en multiples exemplaires de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

Cat. : HP40-178/2017F-PDF

ISBN : 978-660-08029-1

Pub. : 160387

Table des matières

Liste de révisions majeures.....	1
Aperçu des mesures de prévention et de contrôle des infections.....	2
Mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées	3
1. Contrôles organisationnels.....	3
2. Triage, dépistage et évaluation	4
3. Surveillance de la santé publique et notification	5
4. Épreuves de laboratoire et déclaration de cas.....	5
5. Immunisation	5
6. Hygiène respiratoire	5
7. Hygiène des mains	6
8. Séparation spatiale.....	6
9. Placement et hébergement des patients	6
10. Déplacements et activités des patients	6
11. Équipement de protection individuelle	7
12. Interventions médicales générant des aérosols.....	8
13. Équipement de soins aux patients	9
14. Nettoyage de l'environnement	9
15. Manipulation de la literie, de la vaisselle et des ustensiles	9
16. Gestion des déchets.....	9
17. Arrêt des mesures de précaution additionnelles	9
18. Sensibilisation des travailleurs de la santé, des patients, des membres de la famille et des visiteurs	10
19. Gestion des visiteurs	10
20. Manipulation des dépouilles	11
21. Prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés exposés à un cas d'infection symptomatique par le CoV-SRMO confirmé ou probable.....	11
22. Prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés asymptomatiques ayant obtenu un résultat positif de RT-PCR pour le CoV-SRMO....	14

Bibliographie	16
Annexe A : Évaluation du risque au point de service	18
Annexe B : Interventions médicales générant des aérosols.....	19
Annexe C : Groupe de travail d'experts en prévention et en contrôle des infections	21
Notes de fin.....	23

Mise à jour février 2016

Liste de révisions majeures

- L'utilisation des blouses a été alignée sur les recommandations des Pratiques de base et précautions additionnelles.
- Référence à *l'Avis de biosécurité : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen - Orient (MERS-CoV)*.
- L'ajout d'une nouvelle section sur la prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés exposés à un cas d'infection symptomatique par le CoV-SRMO confirmé.
- L'ajout d'une nouvelle section sur la prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés asymptomatiques ayant obtenu un résultat positif de RT-PCR¹ pour le CoV-SRMO.
- L'ajout d'une nouvelle annexe comprenant une description détaillée des interventions médicales générant des aérosols.
- L'ajout d'une nouvelle annexe comprenant une liste des membres du Groupe de travail d'experts en prévention et en contrôle des infections.

L'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) a élaboré le présent document dans le but de fournir des lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) aux organismes de soins de santé et aux travailleurs de la santé concernant :

- La prise en charge des patients dans les établissements de soins actifs² au Canada qui ont voyagé dans une région touchée³ et/ou ont été en contact avec une personne ayant voyagé dans une région touchée, et ce, dans les 14 jours précédant l'apparition de leurs symptômes.
- La prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés exposés à un cas d'infection symptomatique par le CoV-SRMO confirmé.
- La prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés asymptomatiques ayant obtenu un résultat positif de RT-PCR¹ pour le CoV-SRMO.

Le contenu du présent document repose sur des conseils techniques fournis par des membres du groupe de travail d'experts en prévention et en contrôle des infections de l'Agence. Les lignes directrices, fondées sur des données scientifiques disponibles à jour, peuvent être révisées ou modifiées au fur et à mesure que de nouveaux renseignements sont connus.

Les lignes directrices suivantes devraient être interprétées en conjonction avec les lois, les règlements et les politiques locaux, provinciaux et territoriaux pertinents.

Aperçu des mesures⁴ de prévention et de contrôle des infections

Veillez consulter les mesures de prévention et de contrôle recommandées, sections 1 à 22, pour obtenir plus de détails.

Pratiques de base

- Ces pratiques doivent être appliquées pour tous les patients, en tout temps et dans tous les milieux de soins, y compris la pratique d'une évaluation du risque au point de service (ERPS), de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

Précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes

- Ces précautions devraient être prises de façon empirique pour tous les patients présentant des signes de fièvres ou de maladie respiratoire.
- Mettre des gants avant d'entrer dans la chambre⁵ du patient.
- Porter une blouse à manches longues s'il est possible que les vêtements ou les avant-bras entrent directement en contact avec le patient ou des surfaces ou des objets de l'environnement du patient.
- Porter une protection faciale (masque⁶ et protecteur oculaire, protecteur facial, masque⁶ comportant une visière) dans un rayon de deux mètres du patient.
- Tout l'équipement de protection individuelle (EPI) doit être enfilé avant d'entrer dans la chambre⁵ du patient.
- L'EPI pour les précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact doit être retiré avant de quitter la chambre⁵ du patient.

Précautions contre la transmission par voie aérienne

- Les précautions contre la transmission par voie aérienne doivent être mises en place lorsque des interventions médicales générant des aérosols (IMGA) sont effectuées.

- Dans la mesure du possible, les IMGA doivent être réalisées dans une chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne (CIITA).
- Tous les travailleurs de la santé présents dans une chambre pendant que des IMGA sont pratiquées chez un patient soupçonné d'avoir été infecté par le virus CoV-SRMO ou chez qui cette infection est confirmée doivent porter un appareil de protection respiratoire et de protection faciale et oculaire. L'appareil de protection respiratoire doit être enlevé après avoir quitté la chambre⁵ du patient.
- Mettre en œuvre des stratégies visant à réduire la production d'aérosols pendant une IMGA.

Mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées

1. Contrôles organisationnels

Une des principales fonctions de tous les organismes de soins de santé consiste à diminuer le plus possible l'exposition aux microorganismes et la transmission de ceux-ci dans les établissements de santé. Des politiques, des procédures et des programmes reposant sur les mesures techniques et administratives qui suivent permettent d'y arriver.

a. Mesures techniques

Le plan de l'établissement devrait comprendre :

- des chambres individuelles avec toilettes privées, des lavabos pour les patients et des lavabos désignés pour le lavage des mains du personnel;
- l'installation d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) au point de service;
- de l'EPI accessible et en quantités suffisantes;
- un nombre suffisant de poubelles mains libres pour y jeter des serviettes et des mouchoirs de papier, des masques, des gants, etc.;
- l'installation de lavabos désignés pour le lavage des mains des travailleurs de la santé.

D'autres exemples de mesures techniques peuvent inclure des CIITA et des barrières physiques (p. ex. cloisons au poste de triage en vue de réduire les risques d'exposition aux patients présentant des symptômes d'infection respiratoire).

b. Mesures administratives

Des politiques et des procédures devraient être élaborées et mises en œuvre pour la prévention de la transmission de microorganismes, notamment :

- des programmes sur l'hygiène des mains;
- le nettoyage de l'environnement;
- la mise en œuvre des pratiques de base et des précautions additionnelles;
- la sélection et l'utilisation de l'EPI;
- des mesures d'éducation, de surveillance et de vérification.

En plus des DMBA, les établissements de soins de santé devraient fournir :

- des articles aux fins d'hygiène respiratoire aux patients, visiteurs et familles;
- des instructions sur les façons de jeter les articles utilisés;
- de l'information sur l'importance de prendre des mesures d'hygiène des mains après avoir manipulé ces articles.

2. Triage, dépistage et évaluation

Des affiches offrant des directives aux patients qui présentent des symptômes d'infection aiguë (p. ex. toux, fièvre, vomissements, diarrhée, rhinite, rhinorrhée, éruption cutanée, conjonctivite) doivent être posées dans des salles d'attente réservées.

Une barrière physique (p. ex. cloison en plastique au poste de triage) doit être installée entre les sources infectieuses (p. ex. patients présentant des symptômes d'infection respiratoire) et les personnes à risque d'exposition.

Il faut demander aux patients qui se présentent au poste de triage s'ils ont récemment voyagé dans une région touchée ou s'ils ont eu des contacts avec une personne ayant récemment voyagé dans une région touchée dans les 14 jours précédant l'apparition de leurs symptômes.

Les patients présentant des signes de fièvre ou des symptômes respiratoires qui sont soupçonnés d'être infectés par le virus CoV-SRMO ou chez qui cette infection a été confirmée devraient être examinés rapidement et soumis à des précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes. Veuillez noter que des cas d'infection atypique par le CoV-SRMO sans symptôme respiratoire ont été documentés en présence de comorbidités, notamment des états immunodéprimés.

Les personnes qui les accompagnent doivent être évaluées pour des symptômes d'infection respiratoire aiguë, aiguillées vers une évaluation médicale et prises en charge conformément aux présentes lignes directrices, au besoin.

3. Surveillance de la santé publique et notification

Reportez-vous à la *Définition de cas nationale : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO)* et au *Formulaire de déclaration des cas d'agents pathogènes respiratoires émergents et les infections respiratoires aiguës sévères (IRAS)*.

Les autorités sanitaires des provinces et territoires doivent déclarer les cas de CoV-SRMO confirmés et probables⁷ à l'échelle nationale dans les 24 heures suivant leur notification.

4. Épreuves de laboratoire et déclaration de cas

Toutes les demandes d'épreuves de laboratoires pour le CoV-SRMO doivent être acheminées au laboratoire provincial de santé publique (LPSP) approprié. Les premiers tests de dépistage du CoV-SRMO peuvent être effectués dans certains laboratoires (p. ex. laboratoires de santé publique provinciaux et d'hôpitaux); cependant, les diagnostics doivent être confirmés par le Laboratoire national de microbiologie au Canada pour être jugés décisifs. Ces cas sont jugés probables en attente de la confirmation du Laboratoire national de microbiologie. La pratique courante est que les résultats produits par le Laboratoire national de microbiologie soient déclarés au LPSP qui a soumis l'échantillon.

Pour obtenir plus d'information sur les procédures de biosécurité en laboratoire adéquates pour la manipulation des échantillons renfermant le CoV-SRMO, veuillez consulter *l'Avis de biosécurité : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen - Orient (MERS-CoV)*.

5. Immunisation

Il n'existe actuellement aucun vaccin contre le virus en question.

6. Hygiène respiratoire

Il faut préconiser le respect des règles d'hygiène respiratoire chez les patients et les personnes accompagnatrices qui présentent des signes et des symptômes d'une infection aiguë des voies respiratoires, dès le point de la première rencontre dans tout milieu de soins (p. ex. triage dans

les services d'urgence ou à la réception des unités de soins ambulatoires). Les règles d'hygiène respiratoire comprennent : utiliser un mouchoir ou porter un masque⁶ lorsque l'on a de la toux, des éternuements ou des sécrétions nasales; jeter immédiatement les mouchoirs utilisés dans une poubelle adéquate, puis se laver les mains promptement. Tousser dans sa manche est une solution moins souhaitable et doit être utilisée uniquement lorsqu'aucun mouchoir ou masque⁶ n'est disponible.

7. Hygiène des mains

Les travailleurs de la santé doivent appliquer fréquemment les mesures d'hygiène des mains - plus particulièrement après avoir enlevé leurs gants et leur blouse; avant d'enlever leur masque⁶, protection facial ou appareil de protection respiratoire; après avoir touché du sang, des liquides organiques, y compris des sécrétions respiratoires; et après avoir quitté la chambre d'un patient - et ce, en utilisant de préférence du désinfectant à base d'alcool pour les mains (DMBA) (60-90 %) ou du savon et de l'eau si les mains sont visiblement sales.

8. Séparation spatiale

Les patients présentant des signes et symptômes d'une infection soupçonnée ou confirmée de CoV-SRMO doivent se tenir à au moins deux mètres des autres patients et visiteurs.

9. Placement et hébergement des patients

Les patients soupçonnés d'avoir été infectés par le virus CoV-SRMO ou chez qui cette infection est confirmée devraient être soignés dans une chambre individuelle si possible, dotée de toilettes privées et de lavabos réservés à l'usage des patients. Si le partage d'une chambre est nécessaire, les patients chez qui le virus CoV-SRMO a été **confirmé** devraient être regroupés. Des affiches de prévention et de contrôle des infections indiquant les précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes doivent être installées à l'entrée de la chambre⁵.

10. Déplacements et activités des patients

Il est recommandé de confiner à leur chambre les patients soupçonnés d'être infectés par le virus CoV-SRMO ou chez qui l'infection est confirmée et de leur interdire de participer à des activités de groupe jusqu'à ce que les symptômes aient disparu. De plus, ces patients ne devraient être déplacés ou transportés que pour subir des tests diagnostiques et des traitements essentiels. Si un patient doit sortir de sa chambre, il doit être accompagné d'un travailleur de la santé et il faut lui faire porter un masque⁶; l'informer sur les règles d'hygiène respiratoire; lui indiquer de se laver les mains et l'aider, au besoin; et il lui fournir une couverture et des draps de lit propres.

Les déplacements à l'intérieur d'un établissement ou d'un établissement à un autre doivent être évités sauf en cas d'indication médicale dans l'intérêt du patient puisqu'ils peuvent exposer d'autres travailleurs de la santé et patients à des risques. Les déplacements sont rarement indiqués aux fins de PCI. Si un déplacement est requis sur le plan médical :

- a. Le service de transport et l'unité d'accueil doivent être informés des précautions à prendre contre la transmission par contact et par gouttelettes à l'égard du patient transporté;
- b. Il faut envisager de demander que le patient soit vu rapidement pour réduire le plus possible le temps passé dans les aires d'attente;
- c. Après avoir préparé le patient en vue du déplacement, le personnel chargé du transport doit enlever et jeter l'équipement de protection individuelle et prendre des mesures d'hygiène des mains avant de transporter les patients;
- d. Le personnel chargé du transport devrait porter un EPI propre, au besoin pour aider le patient durant le transport et à destination.

11. Équipement de protection individuelle

Avant et pendant toute interaction avec un patient, les travailleurs de la santé doivent adopter une approche axée sur l'ERPS afin d'évaluer la probabilité d'exposition aux différents microorganismes.

L'EPI contre la transmission par contact et par gouttelettes doit être fourni à l'extérieur de la chambre⁵ du patient et enfilé avant d'entrer dans la chambre⁵ du patient.

Les travailleurs de la santé, les membres de la famille et les visiteurs doivent porter l'EPI suivant :

a. Gants

Il faut mettre des gants avant d'entrer dans la chambre⁵ du patient.

b. Blouses

Il faut porter une blouse à manches longues s'il est possible que les vêtements ou les avant-bras entrent directement en contact avec le patient ou des surfaces ou des objets de l'environnement du patient. Il convient de rappeler que les travailleurs de la santé ont tendance à sous-estimer le degré de contact qu'ils ont avec les surfaces de l'environnement. Ils doivent être particulièrement vigilants dans leurs actions et activités dans l'environnement du patient et utiliser l'EPI approprié afin d'éviter les contacts inattendus avec l'environnement ou le patient.

c. Protection faciale

Il faut porter une protection faciale (masque⁶ et protecteur oculaire, protecteur facial, masque⁶ comportant une visière) dans un rayon de deux mètres d'un patient soupçonné d'être infecté par le CoV-SRMO ou chez qui l'infection est confirmée.

Dans une chambre partagée ou une pièce où sont regroupés des patients infectés par le CoV-SRMO, la même protection faciale peut être portée pour soigner plusieurs patients successifs.

d. Protection respiratoire

Le port d'un appareil de protection respiratoire est recommandé pendant la réalisation d'IMGA sur des patients soupçonnés d'être infectés par le CoV-SRMO ou chez qui l'infection est confirmée.

Tout l'EPI, à l'exception de l'appareil de protection respiratoire, doit être enlevé avant de quitter la chambre⁵ du patient et jeté dans un récipient mains libres. L'appareil de protection respiratoire doit être retiré après avoir quitté la chambre⁵ du patient et jeté dans une poubelle mains libres.

Il faut se laver les mains après avoir retiré les gants et la blouse, avant d'enlever la protection faciale, à la sortie de la chambre⁵ du patient et avant d'enlever l'appareil de protection respiratoire.

12. Interventions médicales générant des aérosols

Des IMGA ne doivent être pratiquées sur des patients soupçonnés d'être infectés par le virus CoV-SRMO ou chez qui l'infection est confirmée que si cela est nécessaire sur le plan médical. Des stratégies pour réduire la production d'aérosols doivent être appliquées. Seuls les travailleurs de la santé essentiels pour l'offre de soutien et de soins au patient doivent être présents pendant une IMGA. Il est recommandé que tous les travailleurs de la santé présents dans la chambre d'un patient soupçonné d'être infecté par le CoV-SRMO ou chez qui l'infection est confirmée portent un appareil de protection respiratoire et un protecteur facial ou oculaire pendant une IMGA.

Dans la mesure du possible, il faut effectuer les IMGA dans des chambres d'isolement pour infections à transmission aérienne. Si ce n'est pas possible, il faut effectuer les IMGA selon un processus et dans un environnement qui réduisent le risque d'exposition des travailleurs de la santé, et faire en sorte que les patients non infectés, les visiteurs et les autres personnes présentes dans les milieux de soins ne soient pas exposés inutilement au virus CoV-SRMO.

13. Équipement de soins aux patients

Tout l'équipement et toutes les fournitures doivent être identifiés et entreposés d'une manière qui empêche leur utilisation par ou pour d'autres patients. L'équipement non critique réutilisable (p. ex. brassard de tensiomètre, stéthoscope, sphygmo-oxymètre et chaise d'aisance), ainsi que les jouets, les jeux électroniques, les effets personnels, etc., doivent être réservés à l'usage du patient, et doivent être nettoyés et désinfectés avant d'être réutilisés pour un autre patient. Les articles qui ne peuvent pas être nettoyés et désinfectés de façon appropriée doivent être jetés après le transfert ou le congé du patient. Les appareils à usage unique doivent être jetés dans une poubelle mains libres après usage.

14. Nettoyage de l'environnement

Les produits de nettoyage de l'environnement enregistrés au Canada avec un numéro d'identification du médicament et étiquetés comme virucides à large spectre conviennent au nettoyage de l'environnement dans le contexte du CoV-SRMO. Il faut nettoyer toutes les surfaces horizontales et les surfaces touchées fréquemment au moins deux fois par jour et lorsqu'elles sont sales. Le nettoyage de l'environnement doit se faire conformément au protocole de nettoyage final de l'établissement de soins de santé, pour ce qui a trait au nettoyage de la chambre⁵ du patient après son congé ou son transfert, ou après l'arrêt des précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact.

15. Manipulation de la literie, de la vaisselle et des ustensiles

Aucune précaution spéciale n'est recommandée; les pratiques de base suffisent.

16. Gestion des déchets

Aucune précaution spéciale n'est recommandée; les pratiques de base suffisent.

17. Arrêt des mesures de précaution additionnelles

L'arrêt des mesures de précaution contre la transmission par contact ou par gouttelettes pour les patients infectés par le CoV-SRMO se fait lorsque le patient ne présente plus de symptômes

ou conformément aux lignes directrices provinciales ou territoriales, ou à la politique de l'organisme.

La durée des mesures de précaution doit être déterminée au cas par cas lorsque les symptômes du patient persistent ou lorsque le patient est immunodéprimé.

Il faut réévaluer la présence d'une maladie sous-jacente chronique ou d'une infection secondaire chez le patient dont les symptômes persistent. Il peut être parfois nécessaire de répéter les analyses microbiologiques.

La décision d'arrêter les mesures de précaution additionnelles doit être prise de concert avec le spécialiste en maladies infectieuses ou le responsable de la prévention et du contrôle des infections ou son délégué.

18. Sensibilisation des travailleurs de la santé, des patients, des membres de la famille et des visiteurs

a. Travailleurs de la santé

Il faut donner à tous les travailleurs de la santé de l'information sur le CoV-SRMO, notamment sur les symptômes; les mesures à prendre pour limiter sa transmission et renforcer les pratiques de base; les mesures de précaution contre la transmission par contact et par gouttelettes, y compris la sélection et le retrait sécuritaire de l'EPI; et les pratiques de travail sécuritaires (p. ex. ne pas manger ni boire dans les aires de soins aux patients). D'autres instructions, y compris par rapport aux stratégies pour réduire la production d'aérosols pendant les IMGAs et à la protection respiratoire, doivent être fournies aux travailleurs de la santé qui prodiguent des soins aux patients.

b. Patients, membres de la famille et visiteurs

Il faut enseigner aux patients, à leur famille et aux visiteurs les précautions à prendre, y compris la durée des précautions, et la prévention de la transmission de l'infection à d'autres personnes, l'utilisation appropriée de l'EPI et l'hygiène des mains.

19. Gestion des visiteurs

Il faut indiquer aux visiteurs de parler avec le personnel infirmier avant d'entrer dans la chambre d'un patient qui fait l'objet de mesures de précaution contre la transmission par contact et par gouttelettes du CoV-SRMO, pour permettre l'évaluation du risque pour la santé du visiteur et de la capacité du visiteur à observer les mesures de précaution.

Il faut garder le nombre de visiteurs au strict nécessaire (p. ex. membres de la famille immédiate ou parent, tuteur ou principal fournisseur de soins). Les visiteurs ne devraient avoir accès qu'à un seul patient qui fait l'objet de mesures de précaution contre la transmission par contact et par gouttelettes. Si un visiteur doit voir plus d'un patient, il faut lui indiquer d'utiliser le même EPI que les travailleurs de la santé et lui expliquer comment prendre des mesures d'hygiène des mains avant de se rendre à la chambre de l'autre patient.

Les personnes présentant des symptômes d'infection aiguë (p. ex. toux, fièvre, vomissements, diarrhée) ne doivent pas visiter des patients, sauf si la visite est essentielle (p. ex. parent, tuteur ou principal pourvoyeur de soins), auquel cas on doit les informer des précautions à prendre pour réduire au minimum le risque de transmission de l'infection et superviser l'application de ces précautions. De plus, il faut demander aux visiteurs de se rendre directement au chevet du patient et de sortir de l'établissement immédiatement après la visite afin de limiter leurs déplacements dans l'établissement.

20. Manipulation des dépouilles

Les pratiques de base doivent être appliquées, ainsi que les mesures de précaution contre la transmission par contact, au besoin, durant la manipulation, la préparation pour une autopsie ou le transport des dépouilles vers des établissements de services mortuaires.

21. Prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés exposés à un cas d'infection symptomatique par le CoV-SRMO confirmé ou probable⁷

Les professionnels de la santé au travail, les médecins traitants et les spécialistes du contrôle des infections de l'organisme doivent travailler en collaboration avec les autorités sanitaires pour la prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés exposés.

a. Définition de l'exposition

Un travailleur de la santé est considéré comme exposé s'il s'est trouvé à moins de deux mètres d'un patient présentant une infection symptomatique par le CoV-SRMO confirmée ou probable⁷ **sans avoir porté l'EPI approprié.**

Un patient est considéré comme exposé s'il a partagé une chambre avec un patient présentant une infection symptomatique par le CoV-SRMO confirmée ou probable⁷.

Un suivi doit être prise en considération pour les patients pouvant avoir été exposés après s'être trouvés à proximité (moins de deux mètres) du patient-cas, et ce, avant d'entamer les précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes (p. ex. au point d'entrée de l'établissement).

b. Évaluation des risques pour confirmer l'exposition

Une évaluation des risques de l'exposition potentielle doit être effectuée par le professionnel de la santé au travail ou le médecin traitant des patients hospitalisés de l'organisme, en collaboration avec le spécialiste du contrôle des infections et les autorités sanitaires.

Les facteurs à prendre en considération dans le cadre de l'évaluation des expositions potentielles comprennent, sans s'y limiter :

- Le type d'exposition;
- La contagiosité de la source de l'exposition;
- La compétence immunitaire de la personne exposée.

c. Suivi des patients hospitalisés exposés

Les membres du programme de prévention et de contrôle des infections doivent conserver une liste de tous les patients hospitalisés exposés. Cette liste doit inclure les dates de la première et la dernière exposition et, le cas échéant, la date d'apparition des signes de fièvre ou des symptômes respiratoires du patient hospitalisé. Si un patient hospitalisé obtient son congé avant l'identification d'incidents d'exposition, les autorités sanitaires doivent être avisées afin de garantir la mise en place des mesures de suivi appropriées.

Les patients hospitalisés exposés doivent subir une évaluation des signes et des symptômes d'infection respiratoire au moins deux fois par jour pendant les 14 jours suivant leur dernière exposition. Si le patient hospitalisé exposé développe des signes et des symptômes d'infection respiratoire (p. ex. température supérieure à 38 degrés Celsius, apparition ou exacerbation de la toux, essoufflement) dans les 14 jours suivant sa dernière exposition, il faut entamer les mesures de PCI pour le CoV-SRMO décrites dans les sections 1 à 20 du présent document.

Si un patient hospitalisé exposé obtient son congé avant la fin de la période de suivi de 14 jours, des arrangements devraient être pris avec les autorités sanitaires afin d'assurer le suivi continu du patient avant son départ de l'établissement.

Veuillez consulter les recommandations de l'Agence publiées dans *Gestion de la santé publique à l'égard de la maladie humaine associée au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient : Directives provisoires concernant le confinement en présence de cas importés de transmission interhumaine limitée soupçonnés ou confirmés au Canada* pour la prise en charge à domicile des cas de CoV-SRMO.

d. Mise en quarantaine des patients hospitalisés exposés

À l'heure actuelle, la mise en quarantaine n'est pas recommandée pour les patients hospitalisés asymptomatiques ayant été exposés au virus.

e. Suivi des travailleurs de la santé exposés

Les services de santé au travail doivent conserver une liste de tous les travailleurs de la santé exposés. Cette liste doit inclure les dates de la première et la dernière exposition et, le cas échéant, la date d'apparition des signes de fièvre ou des symptômes respiratoires du travailleur de la santé. Les travailleurs de la santé exposés doivent évaluer leurs signes et symptômes d'infection respiratoire au moins deux fois par jour et avant le début de leur rotation de travail, et ce, pendant les 14 jours suivant leur dernière exposition.

Un établissement peut décider de conserver une liste distincte de tous les travailleurs de la santé qui prodiguent des soins à un patient ayant une infection par le CoV-SRMO, sans égard à l'EPI utilisé, et leur recommander d'effectuer une auto-évaluation, de s'isoler immédiatement et d'informer leur superviseur et les services de santé au travail de l'organisme de l'apparition de tout signe ou symptôme liée à une infection respiratoire aiguë.

Les services de santé au travail et les autorités sanitaires doivent être en contact quotidien avec les travailleurs de la santé exposés pendant la période de suivi.

f. Restriction de travail et quarantaine

À l'heure actuelle, les restrictions de travail et la mise en quarantaine ne sont pas recommandées systématiquement pour les travailleurs de la santé asymptomatiques ayant été exposés au virus. Toutefois, des mesures supplémentaires peuvent être requises si la transmission est détectée au sein de l'établissement. Si le travailleur de la santé exposé développe des signes et des symptômes d'infection respiratoire (p. ex. température supérieure à 38 degrés Celsius, apparition ou exacerbation de la toux, essoufflement) dans les 14 jours suivant sa dernière exposition, celui-ci doit être relevé de ses fonctions immédiatement, aviser son superviseur et les services de santé au travail de l'organisme et s'isoler à la maison.

Une évaluation de l'aptitude au travail doit être effectuée auprès des travailleurs de la santé qui ont récupéré d'une infection par le CoV-SRMO avant leur retour au travail. Cette évaluation doit être réalisée par un médecin du travail ou un spécialiste des maladies infectieuses en collaboration avec les autorités sanitaires.

Veuillez consulter les recommandations de l'Agence publiées dans *Gestion de la santé publique à l'égard de la maladie humaine associée au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient : Directives provisoires concernant le confinement en présence de cas importés de transmission interhumaine limitée soupçonnés ou confirmés au Canada* pour la prise en charge à domicile des cas de CoV-SRMO.

g. Épreuves de laboratoire et déclaration des personnes exposées asymptomatiques

Des tests de laboratoire menés auprès des travailleurs de la santé, des patients hospitalisés et des autres personnes exposées ne sont pas recommandés. Toutefois, ils peuvent être effectués dans certaines situations (p. ex. recherche) en collaboration avec les laboratoires de santé publique provinciaux, les autorités sanitaires, le médecin traitant du patient hospitalisé et un spécialiste des maladies infectieuses.

Les travailleurs de la santé exposés qui développent des symptômes doivent être aiguillés vers une évaluation médicale.

Les services concernés doivent être avisés si un travailleur de la santé contracte une infection par le CoV-SRMO dans le cadre de ses fonctions, conformément aux lois provinciales ou territoriales.

Veuillez consulter les [*Lignes directrices nationales sur la surveillance des cas d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient \(CoV-SRMO\)*](#) de l'Agence pour obtenir plus d'information sur le dépistage auprès des contacts.

22. Prise en charge des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés asymptomatiques ayant obtenu un résultat positif de RT-PCR¹ pour le CoV-SRMO

Le risque de transmission du CoV-SRMO par les travailleurs de la santé, les patients et les autres contacts ayant obtenu un résultat positif de RT-PCR¹ pour le CoV-SRMO et qui ne présentent pas de symptômes est actuellement inconnu. Le dépistage auprès des travailleurs de la santé et des patients hospitalisés asymptomatiques ayant été exposés au virus n'est pas recommandé à l'heure actuelle. Toutefois, si un dépistage est effectué et le résultat se révèle positif pour le RT-PCR¹, les mesures de PCI suivantes doivent être prises en considération :

a. Travailleurs de la santé

Les travailleurs de la santé doivent être mis en quarantaine à la maison, si possible, et faire l'objet d'un suivi quotidien des signes et symptômes d'une infection par le CoV-SRMO.

Un test de dépistage du CoV-SRMO doit être effectué au moins une fois par semaine. La mise en quarantaine peut être interrompue lorsque deux échantillons provenant des voies respiratoires supérieures recueillis à au moins 24 heures d'intervalle se révèlent négatifs par RT-PCR¹.

Si le travailleur de la santé développe des symptômes d'infection respiratoire (p. ex. température supérieure à 38 degrés Celsius, apparition ou exacerbation de la toux, essoufflement), il est tenu d'aviser les services de santé au travail de l'organisme, qui doivent l'aiguiller vers une évaluation médicale.

Veillez consulter les recommandations de l'Agence publiées dans *Gestion de la santé publique à l'égard de la maladie humaine associée au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient : Directives provisoires concernant le confinement en présence de cas importés de transmission interhumaine limitée soupçonnés ou confirmés au Canada* pour la prise en charge à domicile des cas de CoV-SRMO.

Une évaluation de l'aptitude au travail doit être effectuée auprès des travailleurs de la santé qui ont récupéré d'une infection par le CoV-SRMO avant leur retour au travail. Cette évaluation doit être réalisée par un médecin du travail ou un spécialiste des maladies infectieuses en collaboration avec les autorités sanitaires.

Le cas échéant, les autorités sanitaires doivent également envisager d'effectuer un suivi des symptômes du CoV-SRMO auprès des membres de la famille.

b. Patients hospitalisés

Les pratiques de base doivent être adoptées en tout temps, notamment la pratique d'une ERPS et de l'hygiène des mains et l'utilisation appropriée de l'EPI. Les patients hospitalisés doivent être mis en quarantaine et confinés à leur chambre, sauf en cas d'indication médicale. Ils doivent également subir une évaluation des signes et des symptômes d'une infection par le CoV-SRMO au moins deux fois par jour. Si le patient hospitalisé développe des symptômes d'infection par le CoV-SRMO (p. ex. température supérieure à 38 degrés Celsius, apparition ou exacerbation de la toux, essoufflement), veuillez suivre les recommandations énoncées dans les sections 1 à 20 du présent documenté

Un test de dépistage du CoV-SRMO doit être effectué au moins une fois par semaine. La mise en quarantaine des patients hospitalisés peut être interrompue lorsque deux échantillons provenant des voies respiratoires supérieures recueillis à au moins 24 heures d'intervalle se révèlent négatifs par RT-PCR¹.

Bibliographie

1. Centers for Disease Control and Prevention. Interim *Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients with Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)*. Mise à jour : juin 2015. En anglais seulement.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/infection-prevention-control.html>
2. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. *Coronavirus infections*. Site Web consulté le 21 janvier 2016. En anglais seulement.
<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/coronavirus-infections/Pages/index.aspx>
3. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. *Severe respiratory disease associated with MERS-CoV*, 11 juin 2015. Stockholm : CECM, 2015. En anglais seulement.
http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1316
4. Santé Canada. *Ligne directrice - Désinfectants assimilés aux drogues*, janvier 2014.
http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/guide-ld/desinfect-desinfect/disin_desin-fra.php
5. Santé Canada. *Guide de prévention des infections - La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé*, RMTc 2002; 28S1 : 1-287.
<http://publications.gc.ca/collections/Collection/H12-21-3-28-1F.pdf>
6. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins*. Publication : mars 2013.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/summary-sommaire/hh-hm-fra.php>
7. Agence de la santé publique du Canada. *Définition de cas nationale : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO)*. Mise à jour : 2 juillet 2015.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/case-definition-cas-fra.php>
8. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices nationales sur la surveillance des cas d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO)*. Mise à jour : 2 juillet 2015.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/guidance-directives/mers-cov-srmo-fra.php>
9. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*. Publication : avril 2013.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/summary-sommaire/tihs-tims-fra.php>
10. Agence de la santé publique du Canada. Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé - Annexe F, *Prévention et contrôle de la grippe durant une pandémie pour tous les milieux de soins*. Mise à jour : mai 2011.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php>

11. Organisation mondiale de la Santé. *Prévention et lutte contre les infections lors de la prise en charge de cas probables ou confirmés d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Lignes directrices provisoires, mise à jour : 4 juin 2015.
http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/ipc-mers-cov/fr/
12. Organisation mondiale de la Santé. *Prise en charge des sujets asymptomatiques avec un résultat positif au test RT - PCR de dépistage du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Lignes directrices provisoires, juillet 2015.
http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/management_of_asymptomatic_patients/fr/

Annexe A : Évaluation du risque au point de service

Avant toute interaction avec un patient, les travailleurs de la santé ont la responsabilité professionnelle d'évaluer le risque infectieux posé par un patient, une situation ou une procédure spécifique pour eux-mêmes, leurs patients, collègues et visiteurs. Une telle évaluation est fondée sur le jugement professionnel (c.-à-d. connaissances, compétences, raisonnement et éducation) concernant la situation clinique et sur les dernières informations concernant la façon dont le milieu de soins a conçu et mise en œuvre les mesures techniques et administratives, de même que l'utilisation et la disponibilité de l'EPI.

Une évaluation du risque au point de service (ERPS) est une activité où un travailleur de la santé (dans tout organisme de soins de santé) :

1. Analyse la probabilité d'une exposition à des agents infectieux (p. ex. CoV-SRMO)
 - **pour une interaction particulière;**
 - **avec un patient particulier;**
 - **dans un environnement particulier** (p. ex. chambre individuelle, couloir);
 - **dans les conditions existantes** (p. ex. échanges d'air dans une grande salle d'attente ou dans une chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne).
2. Opte **pour les mesures et l'EPI appropriés** pour réduire le risque d'exposition du patient particulier, des autres patients dans l'environnement, des travailleurs de la santé, des visiteurs, des entrepreneurs, etc.

Annexe B : Interventions médicales générant des aérosols

Les renseignements suivants sont issus des *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*.

Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA) peuvent produire des aérosols en raison de la manipulation artificielle des voies respiratoires. Plusieurs types d'IMGA ont été associés à une augmentation du risque de transmission de la tuberculose ou du SRAS : l'intubation et les interventions connexes (p. ex. la ventilation manuelle, l'aspiration endotrachéale ouverte), la réanimation cardio-respiratoire, la bronchoscopie, l'induction de l'expectoration, la thérapie avec aérosol par nébulisation et la ventilation non invasive en pression positive (pression positive expiratoire continue ou à deux niveaux).

On se demande si d'autres types d'IMGA pourraient entraîner la production d'aérosols par la provocation de la toux et causer la transmission d'une infection. Cependant, aucun article publié ne documente la transmission des infections respiratoires, y compris la tuberculose, SRAS et la grippe, par les moyens suivants : la ventilation par oscillation à haute fréquence, les soins liés à la trachéostomie, la kinésithérapie de drainage, l'écouvillonnage du nasopharynx et les aspirats rhinopharyngés.

Stratégies de réduction du niveau de production d'aérosols pendant les IMGA

Il faudrait appliquer des stratégies visant à réduire le niveau de production d'aérosols lorsque des IMGA sont effectuées sur des patients qui présentent des signes et des symptômes de tuberculose présumée ou confirmée, de SRAS ou d'infection respiratoire par un agent pathogène émergent dont on ne connaît pas encore les caractéristiques de transmission. Il convient également de mettre en œuvre des stratégies de réduction de la production d'aérosols lorsque des interventions médicales générant des aérosols devraient être effectuées sur des patients atteints de fièvre hémorragique virale.

- i. Il faudrait limiter les IMGA à celles qui sont nécessaires du point de vue médical.
- ii. Les IMGA devraient être prévues et planifiées.
- iii. Il faudrait procéder à une sédation adéquate du patient.
- iv. Il faudrait limiter le nombre de membres du personnel présents dans la chambre au nombre nécessaire pour effectuer les IMGA.
- v. Dans la mesure du possible, les IMGA devraient être effectuées dans des chambres d'isolement pour infections à transmission aérienne.

- vi. Une ventilation appropriée (p. ex. niveau de filtration de l'air et direction du flux d'air) devrait être maintenue.
- vii. Il faudrait utiliser des chambres individuelles (éloignées des patients à risque élevé et avec la porte fermée) dans les milieux où aucune chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne n'est disponible.
- viii. Tous les membres du personnel devraient porter des appareils de protection respiratoire pendant l'intervention.
- ix. Dans la mesure du possible, il faudrait utiliser des systèmes clos d'aspiration endotrachéale.

Remarque : Lorsque l'on répond à un code (arrêt cardiaque) sur un patient atteint d'une infection à transmission aérienne qui ne se trouve pas dans une chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne, s'il est impossible de transférer le patient dans une de ces chambres ou dans une chambre individuelle, il faudrait tirer le rideau d'intimité, et tous les membres du personnel présents dans la chambre ou dans la zone d'intimité délimitée par le rideau devraient porter un équipement de protection individuelle approprié. Dans la mesure du possible, les visiteurs et les autres patients devraient sortir de la chambre ou de la zone.

Annexe C : Groupe de travail d'experts en prévention et en contrôle des infections

Dre Lynn Johnston, M.D. M.Sc. FRCPC (coprésidente)
Professeure, Université de Dalhousie
Médecins titulaires, Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
Halifax, Nouvelle-Écosse

Molly Blake, IA, B.Sc.Inf., MHS, GNC(C) CIC
Directrice de programme, Programme de prévention et de contrôle des infections
Office régional de la santé de Winnipeg
Winnipeg, Manitoba

Dre Maureen Cividino, M.D. CCMF FCMF B.Sc.Inf. DOHS CCCMT CIC
Médecin du travail, St Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario
Médecin pour PCI Canada, santé publique de l'Ontario

Nan Cleator, IA, CCHN(c) CVAA(c)
Consultante clinicienne nationale
Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) du Canada

Dre Joanne Embree, B.Sc. M.D. M.Sc. FRCPC
Professeure, Université du Manitoba
Spécialiste en maladies infectieuses infantiles, Office régional de la santé de Winnipeg
Winnipeg, Manitoba

Della Gregoraschuk, B.A., IA, B.Sc.Inf., OHN(C)
Conseillère en santé au travail
Centre de santé et de bien-être
Santé et sécurité au travail, services de santé de l'Alberta

Dre Bonnie Henry, M.D. MSP FRCPC
Professeure adjointe, Université de la Colombie-Britannique
Bureau du médecin-hygiéniste en chef
Ministère de la Santé, Colombie-Britannique
Victoria, Colombie-Britannique

Dr Matthew P. Muller, B.Sc. M.D. Ph.D.

Professeur adjoint, Université de Toronto
Directeur médical adjoint, Prévention et contrôle des infections,
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Patsy Rawding, IA B.Sc.Inf. CIC

Santé au travail, Contrôle des infections et infirmière éducatrice - Shannex
Annapolis Valley, Nouvelle-Écosse

Sandra Savery, IA B.Sc.Inf M.Sc.Adm.

Coordonnatrice en prévention et contrôle des infections
CSSS des Sommets, Sainte-Agathe-des-Monts, Québec

Jane Stafford, IA B.Inf. CIC

Conseillère, Prévention et contrôle des infections soins aigus
Ministère de la Santé, gouvernement du Nouveau-Brunswick

Dr Geoffrey Taylor, M.D. FRCPC FACP

Professeur, Université de l'Alberta
Directeur médical, Prévention et contrôle des infections, University of Alberta
Hospital/Mazankowski Alberta Heart Institute/Stollery Children's Hospital
Edmonton, Alberta

Dre Mary Vearncombe, M.D. FRCPC

Professeure adjointe, Université de Toronto
Directrice médicale
Prévention et contrôle des infections, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Toronto, Ontario

Catherine Walker, IA M.Sc.Inf. CIC CCHC

Directrice de la protection de la santé
Protection de la santé, Elgin St. Thomas Health
St. Thomas, Ontario

Notes de fin

¹ RT-PCR : Transcription inverse suivie de la réaction en chaîne de la polymérase.

² Établissement de soins actifs : Établissement où une gamme de services sont offerts aux patients hospitalisés et où les patients sont plus susceptibles de présenter des infections respiratoires aiguës. Aux fins du présent document, les établissements de soins actifs englobent les services de soins ambulatoires comme les services d'urgence des hôpitaux et les centres indépendants de soins ambulatoires (d'un jour).

³ Régions touchées : les régions touchées sont sujettes à changement. Veuillez consulter le [*Résumé de l'évaluation du risque associé au MERS-CoV pour la santé publique au Canada*](#) pour obtenir l'information la plus récente à ce sujet.

⁴ Les mesures de PCI décrites dans le présent document sont fondées sur les [*Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*](#) et sont considérées comme les recommandations minimales.

⁵ Chambre du patient, cabine ou lit désigné.

⁶ Masque chirurgical ou opératoire.

⁷ Un cas probable est défini comme une personne : 1) présentant un lien épidémiologique par contact étroit avec un cas confirmé en laboratoire satisfaisant aux critères de maladie, mais pour qui l'épreuve diagnostique de laboratoire du CoV-SRMO n'est pas disponible ou négative (si des doutes planent sur la qualité ou sur le moment du prélèvement de l'échantillon) ou 2) satisfaisant aux critères d'exposition et de maladie chez qui un test de dépistage en laboratoire du CoV-SRMO était positif, mais pas confirmé par le Laboratoire national de microbiologie. Consulter la [*Définition de cas nationale : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient*](#) disponible sur le site <http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/case-definition-cas-fra.php>.