Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Novembre 2018

Ontario

Table des matières

Table des matières 2

Préambule 4

Définition du terme « personnel » pour les établissements autres que les foyers de soins de longue durée 4

Avis de non-responsabilité 5

Sigles 5

1 Introduction 6

1.1 Objet du présent document 7

1.2 Le rôle des BSP locaux 9

2 Éclosions d'infections respiratoires : prévention, préparation et surveillance 10

2.1 Prévention et préparation 10

2.2 Surveillance 17

3 Détection et gestion des éclosions 25

4 Mesures de lutte contre les éclosions d'infections respiratoires 36

4.1 Mesures de PLI générales 37

4.2 Mesures de PLI destinées aux résidents 43

4.3 Mesures de PLI destinées au personnel, aux étudiants et aux bénévoles 50

4.4 Mesures de PLI destinées aux visiteurs et aux personnes soignantes payées par le bénéficiaire 51

4.5 Nettoyage de l'environnement et désinfection 53

5 Utilisation d'antiviraux antigrippaux à l'intention des résidents et du personnel 54

5.1 Recommandations relatives aux médicaments antiviraux 55

5.2 Les antiviraux dans le cadre d'un plan de préparation aux éclosions de grippe 56

5.3 Médicaments antiviraux administrés à titre préventif (prophylaxie) 58

5.4 Médicaments antiviraux prescrits à titre de traitement 60

5.5 Lorsque l'utilisation d'antiviraux ne permet pas de maîtriser l'éclosion 63

5.6 Procédures de remboursement des médicaments antiviraux en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) 63

Glossaire 67

Bibliographie 71

Annexe 1 – Périodes d'incubation des infections respiratoires virales aiguës 75

Annexe 2 – Comment exécuter un écouvillonnage du nasopharynx 77

Annexe 3 – Exemple de formulaire de liste relatif à une éclosion de maladie respiratoire 78

Annexe 4 – Liste de vérification relative à une enquête sur une éclosion respiratoire 79

Annexe 5 – Exemple de formulaire de consentement – Vaccination antipneumococcique 80

Annexe 6 – Exemple de formulaire de consentement – Vaccination antigrippale 81

Annexe 7 – Exemple de lettre aux médecins à l'égard de la prophylaxie antivirale pour le personnel des FSLD 82

Annexe 8 – Exemple de contenu d'une politique d'exclusion du foyer 83

Annexe 9 – Avis de transfert pendant une éclosion 84

Annexe 10 – Exemple d'algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'éclosion 85

Annexe 11 – Exemple de langage pour le retour dans un foyer de soins de longue durée pendant une éclosion 87

Annexe 12 – Ressources et liens utiles 88

Préambule

Les documents de référence sont des documents qui portent sur un programme ou un sujet particulier et qui fournissent des renseignements et énoncent des pratiques exemplaires en lien avec la mise en œuvre des protocoles et des lignes directrices des Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation (Normes). Les documents de référence ne sont pas de nature exécutoire : ils visent à aider les professionnels employés par les conseils de santé locaux à mettre en œuvre les exigences énoncées dans les normes, les protocoles et les lignes directrices. Plus précisément, le présent document a été préparé pour appuyer la gestion des éclosions dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite et fournit des lignes directrices sur les mesures de lutte contre les infections.

Cette version 2018 des *Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée* a été possible grâce à la précieuse contribution de Santé publique Ontario et des bureaux de santé publique ainsi que d'autres intervenants comme le ministère du Travail. Veuillez noter qu'il s'agit d'une version révisée du document; toute politique ou procédure ou tout document à l'appui fondé sur les versions antérieures du présent document doit être mis à jour en conséquence.

Définition du terme « personnel » pour les établissements autres que les foyers de soins de longue durée

La définition du terme « personnel » utilisée dans le présent document est tirée du paragraphe 2(1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et du paragraphe 2(1) de la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*. Ces lois ne s'appliquent respectivement qu'aux foyers de soins de longue durée et aux maisons de retraite.

Pour ce qui est des établissements autres que les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite, on leur recommande d'adopter une définition plus large du terme « personnel » afin d'accroître les possibilités de prévention et de protection. La définition du terme « personnel » recommandée est tirée du document intitulé Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, publié par le CCPMI en novembre 2012.[25] Le terme « personnel » y est défini comme suit :

> « Toute personne qui exerce des activités dans des établissements où des soins de santé sont prodigués, y compris, mais sans s'y limiter, les fournisseurs de soins de santé », où le terme « fournisseur de soins de santé » est défini ainsi : « Toute personne offrant des soins à un client/patient/résident. Il peut s'agir notamment de travailleurs affectés au service des urgences, de médecins, de dentistes, d'infirmières, d'inhalothérapeutes et d'autres professionnels de la santé, de

préposés aux services de soutien à la personne, d'enseignants cliniques, d'étudiants et de travailleurs de la santé à domicile. Dans certains établissements de soins non actifs, des bénévoles peuvent prodiguer des soins et seraient alors considérés comme des fournisseurs de soins de santé. »

Cette utilisation inclusive du terme « personnel » correspond également à la définition utilisée dans les protocoles de surveillance des maladies transmissibles de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (accessibles à l'adresse suivante : https://www.oha.com/labour-relations-and-human-resources/health-and-safety/communicable-diseases-surveillance-protocols), qui s'appliquent à « toute personne qui exerce des activités dans l'hôpital ».

Avis de non-responsabilité

Le présent document est un document de référence qui ne saurait constituer un avis juridique. Il ne tient pas compte de tous les aspects des lois applicables, y compris les règlements pris en application des lois applicables et les ordonnances rendues en vertu de celles-ci. Il doit être lu conjointement avec toutes les lois applicables, y compris, sans toutefois s'y limiter, la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, ainsi que les règlements pris en application de ces lois et les ordonnances rendues en vertu de celles-ci. En cas de divergence, les dispositions des lois, règlements et (ou) ordonnances ont préséance.

Sigles

DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool
IRA	Infection respiratoire aiguë
DSISP	Directeur des soins infirmiers et des soins personnels
SE	Services de l'environnement
REHSS	Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé
TS	Travailleur de la santé
HM	Hygiène des mains
LPPS	*Loi sur la protection et la promotion de la santé*
PPI	Professionnel en prévention des infections
PLI	Prévention et lutte contre les infections
SIISP	Système intégré d'information sur la santé publique
FSLD	Foyer de soins de longue durée
LFSLD	*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
LSST	*Loi sur la santé et la sécurité au travail*

EGE	Équipe de gestion des épidémies
Règle de l'Ont. 79/10 **O. Reg. 79/10**	Règlement de l'Ontario 79/10 (pris en application de la LFSLD)
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BSP	Bureau de santé publique
SPO	Santé publique Ontario
Laboratoire de SPO	Laboratoire de Santé publique Ontario
MPI	Matériel de protection individuelle
CPATP	Centre provincial d'autorisation du transfert des patients
MS	Mandataire spécial
VTI	Vaccin trivalent inactivé antigrippal

1 Introduction

Les éclosions d'infections respiratoires surviennent dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) tout au long de l'année, mais elles sont plus courantes de l'automne jusqu'au début du printemps. Elles peuvent entraîner une morbidité et une mortalité élevées, sans compter les perturbations et les coûts engendrés pour les FSLD. Les infections des voies respiratoires constituent des infections fréquemment diagnostiquées chez les résidents des FSLD. En Ontario, selon les données fournies par le laboratoire de Santé Publique Ontario (laboratoire de SPO), les virus respiratoires qui causent le plus d'éclosions d'infections respiratoires sont la grippe de types A et B, l'entéro-rhinovirus, le coronavirus, le RSV, le parainfluenza et le métapneumovirus.[1] À l'occasion, on décèle non seulement un mais au moins deux agents infectieux dans le cadre d'une éclosion.

Les résidents des FSLD sont prédisposés aux infections respiratoires aiguës (IRA), notamment en raison de leur âge avancé, d'une maladie chronique qui affaiblit leur système immunitaire ou d'une maladie pulmonaire ou neurologique chronique qui les empêche d'expectorer les sécrétions qui obstruent les poumons et les voies respiratoires. Cependant, les résidents courent également un risque parce que de nombreux agents pathogènes viraux et bactériens se transmettent facilement dans un environnement institutionnel.

La détection précoce ainsi que la mise en œuvre en temps opportun de mesures de lutte contre les éclosions et leur respect rigoureux peuvent effectivement réduire au minimum la transmission d'une infection, permettant ainsi de prévenir une éclosion ou de la maîtriser plus rapidement.

1.1 Objet du présent document

Le présent document remplace la version de mars 2018 des *Recommandations pour la lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée* (auparavant le *Guide relatif à la lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée*) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

L'objet du présent document est d'aider les FSLD et les bureaux de santé publique (BSP) à assurer la prévention, la détection et la gestion des éclosions d'infections respiratoires résultant de la transmission de pathogènes viraux. Dans le cadre du présent document, le terme « BSP » désigne l'organisation, y compris le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné et le personnel.

Les recommandations figurant dans le présent document sont fondées sur les données probantes et les pratiques exemplaires disponibles au moment de sa rédaction.

Il importe également de noter que les recommandations énoncées dans le présent document visent à protéger la santé des populations de résidents/patients, comme l'exige la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS).[2] Les recommandations sont formulées dans l'intérêt des populations de résidents à risque. Les titulaires de permis de FSLD sont également tenus de respecter pleinement et de promouvoir les droits individuels des résidents énoncés dans la déclaration des droits des résidents à l'article 3 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).[3] Le FSLD et le BSP doivent collaborer pour veiller au plein respect et à la promotion des droits qui sont conférés aux résidents en vertu de la LFSLD, tout en mettant en œuvre des mesures de lutte contre les éclosions qui permettent d'assurer la protection des populations de résidents et qui sont adéquates et adaptées au profil de risque des épidémies. Le présent document présentera des stratégies visant à régler ces questions.

Les lecteurs du présent document doivent également s'assurer de respecter toute autre loi ou tout autre règlement s'appliquant à leur lieu de travail qui pourrait ne pas être abordé dans ces recommandations.

Les recommandations énoncées dans le présent document ont été expressément formulées afin d'être mises en œuvre dans les FSLD. Toutefois, les recommandations relatives à la lutte contre les éclosions peuvent, en principe, être mises en œuvre dans d'autres établissements, y compris les établissements de soins continus complexes ou des maisons de retraite, entre autres. Une attention particulière devrait être accordée aux principes directeurs de prévention et de lutte contre les infections (PLI) et à leur adaptation aux particularités de chaque établissement. La gestion des éclosions dans un FSLD peut être différente de ce qu'elle est dans d'autres établissements, comme les établissements de soins actifs, mais les principes demeurent les mêmes.

Bien que les renseignements contenus dans le présent document puissent s'appliquer aux éclosions d'infections respiratoires dans les maisons de retraite, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) ne réglemente pas les maisons de

retraite, car ces dernières ne sont pas expressément énumérées à titre d'exemple d'« établissement » aux fins de l'article 21(1) de la LPPS.2 Toutefois, les conseils de santé considèrent souvent que les maisons de retraite sont couvertes par la définition d'« établissement », car elles font, selon eux, partie de la catégorie « tout établissement analogue » présentée à l'article 21(1) de la LPPS.[2] Ils jugent donc qu'il s'agit d'une interprétation juste de la définition. Les lieux correspondant à la définition d'une « maison de retraite » contenue dans la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite* doivent rencontrer, au moins une fois par an, le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné afin de déterminer la manière d'atténuer les éclosions, d'élaborer leur protocole de surveillance et de signaler les éclosions conformément aux règlements de la Loi (Règl. de l'Ont. 166/11, article 27).[4]

Le présent document abordera spécifiquement la gestion des éclosions de grippe. Il importe de noter que, bien que la majorité des mesures de prévention et de lutte contre les infections qui sont recommandées pour gérer les éclosions de grippe soient les mêmes pour toutes les éclosions d'infections respiratoires causées par la propagation due à une exposition aux gouttelettes, le recours à la vaccination et aux antiviraux constitue un volet important de la gestion des éclosions de grippe.

1.1.1 Circonstances spéciales

Durant une éclosion causée par des pathogènes nouveaux et émergents (p. ex., nCoV-EMC, grippe aviaire de type A [H7N9]), les FSLD devraient suivre les recommandations expressément formulées pour ce pathogène émergent. La Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé (DGSUSS) du MSSLD rendra ces renseignements accessibles en ligne à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/default.aspx

Durant une éclosion de grippe, les recommandations en matière de gestion et de lutte peuvent être modifiées et les FSLD doivent utiliser les documents d'orientation traitant spécifiquement de la gestion des épidémies. La DGSUSS du MSSLD rendra ces renseignements accessibles en ligne à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/pan_flu/default.aspx.

1.1.2 Portée

Les éclosions causées par des organismes transmis par d'autres mécanismes, p. ex., en suspension dans l'air, nécessitent l'adoption d'autres mesures de lutte contre les éclosions et dépassent donc la portée du présent document. En outre, la gestion des éclosions causées par des pathogènes bactériens (p. ex., la *Legionella* et la tuberculose) et des agents pathogènes des voies respiratoires d'origine fongique (p. ex., l'*Aspergillus*) dépassent la portée du présent document.

Le présent document peut être utilisé conjointement avec les documents suivants :

- le *Protocole de prévention et de surveillance de la grippe pour les foyers de soins de longue durée* publié en septembre 2014 (il s'agit d'un protocole de surveillance en vertu du paragraphe 229(7) du Règl. de l'Ont. 79/10 pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*;[5]

- les documents de pratiques exemplaires du CCPMI (consulter l'annexe 12 – Ressources et liens utiles).

1.2 Le rôle des BSP locaux

Les BSP exercent leurs activités en vertu de la LPPS et conformément aux Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation (y compris les protocoles) de 2018 (NSPO, 2018).[6]

Pour obtenir les exigences relatives aux conseils de santé, consulter le Protocole concernant les maladies infectieuses des Normes de santé publique de l'Ontario publié en 2018 (ou la version en vigueur).[6]

Le présent document donnera un aperçu complet des exigences auxquelles les BSP doivent se conformer en ce qui concerne les mesures suivantes :

- aider le personnel des FSLD à comprendre les paramètres d'établissement d'un programme de surveillance permettant de détecter les maladies respiratoires et d'en assurer la surveillance. Cette mesure permettra la détection précoce des éclosions;
- fournir des directives et des recommandations au personnel des FSLD et des BSP en vue d'enquêter sur les éclosions d'infections respiratoires et de les gérer, y compris :
    - déterminer les symptômes afin d'établir une définition de cas pour l'éclosion en cause;
    - consulter rapidement les BSP en cas de soupçon d'éclosion;
    - mettre en place une équipe de gestion des éclosions (ÉGÉ);
    - faire en sorte que les membres de l'ÉGÉ comprennent leurs rôles et responsabilités;
    - exposer les grandes lignes des mesures de lutte contre les éclosions;
    - faire en sorte que le personnel fasse rapidement les prélèvements appropriés afin de confirmer le diagnostic;
    - mettre à jour les renseignements concernant les modifications apportées aux procédures, aux lignes directrices pour les laboratoires, etc.;
    - aborder tout particulièrement l'utilisation des médicaments antiviraux pour prévenir et traiter la grippe;
    - au besoin, aider les FSLD à mener les consultations sur les admissions et les réadmissions durant les éclosions.

Conformément aux exigences relatives aux conseils de santé, les BSP s'engagent à soutenir tous les FSLD comme suit :

- promouvoir la vaccination du personnel des FLSD contre la grippe chaque année;
- fournir au personnel une formation annuelle en cours d'emploi sur les maladies infectieuses;
- collaborer à l'élaboration de politiques de lutte contre les infections et d'un plan d'urgence en cas d'éclosion;

- entreprendre une consultation continue sur les programmes de surveillance des maladies transmissibles, qui comprend la collecte et l'analyse des données sur les infections ainsi que la gestion adéquate de ces dernières;
- participer à l'enquête sur l'éclosion ainsi qu'à sa confirmation et sa gestion dès le signalement d'une éclosion présumée ou confirmée d'infection respiratoire;
- fournir des trousses de prélèvement et le transport de celles-ci vers le laboratoire;
- au besoin, communiquer les noms des FSLD aux prises avec une éclosion aux agences de dotation en personnel infirmier.

2 Éclosions d'infections respiratoires : prévention, préparation et surveillance

La présente section aborde tout particulièrement les pratiques visant à prévenir les éclosions ainsi que celles qui permettent de s'assurer que les FSLD sont prêts à les gérer. Elle comprend des recommandations précises dans les domaines de la vaccination, de la sensibilisation, de l'élaboration de politiques et de méthodes et de l'élaboration de mesures de surveillance.

2.1 Prévention et préparation

2.1.1 Vaccination

Les efforts efficaces de PLI pour prévenir les infections respiratoires comprennent de nombreuses stratégies, la principale étant la vaccination antigrippale saisonnière des résidents et du personnel. Le MSSLD appuie la vaccination annuelle contre la grippe en tant que principale stratégie de réduction au minimum des répercussions de la grippe sur les résidents des FSLD en Ontario.[5]

La vaccination des résidents des FSLD contre la grippe et le pneumocoque, associée aux pratiques appropriées de PLI, réduit les répercussions de ces maladies pouvant être prévenues par la vaccination.

Les résidents qui donnent leur consentement éclairé (s'ils sont incapables de le faire, celui-ci est donné par leur mandataire spécial) devraient recevoir la vaccination antigrippale annuelle, à moins d'une contre-indication. Le *Guide canadien d'immunisation* indique qu'une dose du vaccin antipneumococcique polysaccharide est recommandée pour tous les adultes âgés de 65 ans et plus et pour ceux âgés de moins de 65 ans résidant dans des FSLD ou souffrant d'affections les exposant à des risques accrus de pneumococcie.[7] Les personnes ayant des antécédents de vaccination antipneumococcique inconnus devraient recevoir le vaccin.[7]

Les FSLD doivent mettre en place un programme d'immunisation des résidents et du personnel qui devrait comprendre une politique relative à la grippe et à la pneumococcie. Les FSLD doivent :

- offrir aux résidents des immunisations contre la grippe, les pneumocoques, le tétanos et la diphtérie (tel qu'il est énoncé au paragraphe 229(10) du Règl. de l'Ont. 79/10) conformément aux calendriers de vaccination financée par les pouvoirs publics affichés sur le site Web du MSSLD;[8]
- promouvoir et mettre en place des cliniques accessibles de vaccination contre la grippe;
- s'assurer que leurs politiques de vaccination sont mises à jour et clairement communiquées chaque année;
- s'assurer que l'ensemble des membres du personnel reçoit chaque année les renseignements concernant le vaccin contre la grippe et les politiques de vaccination et d'exclusion du foyer;
- tenir à jour un dossier de vaccination contre la grippe pour l'ensemble du personnel;
- communiquer ses politiques de vaccination et d'exclusion à tous les organismes externes qui fournissent du personnel au FSLD;
- élaborer un plan de dotation en personnel en cas d'urgence en fonction des taux de vaccination au sein de son propre foyer.

Vaccination antigrippale

« La vaccination antigrippale procure des bienfaits tant aux travailleurs de la santé (TS) qu'aux patients dont ils s'occupent. Le CCNI considère que l'administration du vaccin antigrippal aux TS constitue un élément essentiel des normes de conduite pour la protection de leurs patients. »[9] Pour connaître les recommandations relatives à l'immunisation, veuillez vous reporter à la déclaration du CCNI sur la vaccination antigrippale pour la saison en cours.

« Les TS devraient considérer que la vaccination antigrippale annuelle fait partie de leur responsabilité de prodiguer des soins de la plus haute qualité. En l'absence de contre-indication, les TS qui refusent de se faire vacciner contre la grippe manquent à leur obligation de diligence envers leurs patients. »[9]

Les politiques de vaccination des FSLD doivent définir les exigences concernant la vaccination antigrippale des résidents, du personnel[*], des bénévoles, des étudiants, des personnes soignantes payées par le bénéficiaire et des visiteurs qui exercent des activités dans le foyer.

Chaque foyer doit disposer de politiques et méthodes relatives à la vaccination annuelle du personnel ainsi qu'à la vaccination antigrippale et antipneumococcique des résidents.[5]

[*] Consulter la section 2.1.2 pour un supplément d'information concernant la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST) et les règlements connexes visant les établissements d'hébergement et de soins de santé.[11,12]

Contre-indications médicales à la vaccination contre la grippe

Pour connaître les contre-indications médicales, veuillez vous reporter à la déclaration actuelle du CCPMI sur la vaccination antigrippale ainsi qu'à la monographie de chaque vaccin.[9]

Rôle du FSLD à l'égard du statut d'immunisation des visiteurs

Les visiteurs, y compris les membres de la famille ou les mandataires spéciaux (MS) et les amis venant au foyer, devraient être encouragés à recevoir le vaccin annuel contre la grippe.[10] Cependant, il n'incombe pas au foyer de vérifier le statut d'immunisation des visiteurs et des membres de la famille ou des MS, à part fournir des renseignements sur l'importance et le rôle de la vaccination et les endroits où ils peuvent se faire vacciner.

Vaccination antigrippale du personnel

Il est recommandé d'offrir à tous les membres du personnel une clinique de vaccination sur les lieux de travail afin d'assurer un accès optimal aux services de vaccination.[10] Le personnel peut, bien entendu, recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière auprès de son fournisseur de soins habituel ou d'une autre source dans la collectivité. Tous les membres du personnel qui reçoivent un vaccin contre la grippe auprès d'une autre source que le FSLD doivent fournir une preuve de cette vaccination. Si ces documents ne sont pas disponibles, le FSLD devrait considérer le membre du personnel comme étant non vacciné et lui offrir la vaccination antigrippale.

Seuls les documents suivants devraient être acceptés comme preuve de vaccination antigrippale :[5]

- un dossier d'immunisation personnel (p. ex., la fiche d'immunisation jaune de l'Ontario) documentant l'administration du vaccin antigrippal de la saison en cours;
- un dossier d'immunisation d'un fournisseur de soins de santé (p. ex., pharmacien, médecin ou clinique de vaccination du bureau de santé publique) documentant l'administration du vaccin antigrippal de la saison en cours.

Remarque : En ce qui concerne les personnes qui travaillent dans plusieurs FSLD ou établissements de soins de santé, il est prudent de conserver la preuve de vaccination obtenue auprès d'autres FSLD ou établissements.

Politique d'exclusion du personnel

L'adoption d'une politique d'exclusion du personnel constitue une mesure de protection pour les résidents et les patients. Les employeurs peuvent renvoyer des employés à la maison, ou appliquer d'autres pratiques prévues dans la politique du FSLD, en cas d'éclosion de grippe si le travailleur n'a pas reçu le vaccin antigrippal et ne prend pas de médicaments antiviraux. À l'heure actuelle, il s'agit d'une pratique courante dans les FSLD de l'Ontario et d'une importante stratégie de réduction de l'incidence de la grippe sur les résidents et le personnel des FSLD.

Les FSLD doivent mettre en place une politique d'exclusion applicable aux membres du personnel ainsi qu'aux étudiants, aux personnes soignantes payées par le bénéficiaire

et aux bénévoles qui choisissent de ne pas recevoir le vaccin et (ou) de ne pas prendre de médicaments antiviraux durant une éclosion. Les membres du personnel atteints d'une maladie compatible avec la grippe et ceux qui n'ont pas été vaccinés et qui ne reçoivent pas de prophylaxie antivirale devraient s'abstenir de travailler.[9] Cette mesure est raisonnable pour protéger les patients/résidents vulnérables durant une éclosion. (Voir l'annexe 8 pour obtenir des suggestions concernant le contenu des politiques d'exclusion.)

Vaccination antigrippale des résidents

Afin d'assurer une protection tout au long de la saison grippale, il est conseillé de recevoir le vaccin antigrippal dès qu'il est disponible, à moins d'un avis contraire de votre BSP local. Si un résident est admis après la mise en œuvre du programme de vaccination automnal du FSLD, mais avant la fin de la saison grippale, il faut lui offrir la vaccination, à moins qu'il n'ait déjà reçu le vaccin antigrippal de la saison en cours.[5]

Avant son admission ou au moment de celle-ci, le statut d'immunisation et l'état de santé de chaque résident doivent faire l'objet d'une évaluation. Si le statut de vaccination antigrippale d'un résident n'est pas disponible ou s'il est inconnu, on doit considérer ce résident comme étant non vacciné et lui administrer le vaccin.[5] Un résident ou son mandataire spécial (MS) peut refuser tout traitement/médicament. Le refus (et la raison du refus) devrait être consigné dans le dossier de santé du résident.

Le dossier de vaccination du résident, notamment son statut de vaccination antigrippale, doit être conservé à un endroit facilement accessible dans son dossier de santé. En cas de transfert vers un autre FSLD ou un établissement de soins actifs ou de soins chroniques, il faut communiquer l'état de vaccination à jour du résident à l'établissement de soins de santé d'accueil.

Consentement à la vaccination et aux médicaments antiviraux

Il faut obtenir le consentement éclairé du résident (ou du MS, si le résident est incapable à l'égard du traitement) concernant les vaccins antigrippal et antipneumococcique, ainsi que les médicaments antiviraux pour la prophylaxie antigrippale en cas d'éclosion de grippe. Consulter la section pour obtenir des renseignements sur l'utilisation des antiviraux et la planification connexe.

Vaccination antipneumococcique

Il existe un important chevauchement concernant les indications des vaccins antigrippaux et des vaccins contre les pneumocoques. Par conséquent, le programme de vaccination annuel contre la grippe des FSLD est une excellente occasion de vacciner les résidents qui sont admissibles au vaccin antipneumococcique conformément au calendrier fourni dans le Guide canadien d'immunisation.[7]

Le vaccin antipneumococcique peut être administré en concomitance avec le vaccin antigrippal, mais à un autre point d'injection, à l'aide d'une aiguille et d'une seringue distinctes. Pour obtenir de plus amples renseignements et des recommandations

relativement à la vaccination antipneumococcique, veuillez consulter le Guide canadien d'immunisation.[7]

2.1.2Sensibilisation

La sensibilisation continue du personnel, des bénévoles, des résidents, des familles des résidents et des visiteurs à l'égard de la prévention des infections et des éclosions ainsi que des stratégies connexes fait partie de tout programme sérieux de PLI.

La LSST et le règlement régissant les établissements d'hébergement et de soins de santé (RÉHSS) (Règlement de l'Ontario 67/93) exigent un examen annuel des mesures et des procédures en matière de santé et de sécurité des travailleurs et peuvent comprendre la prévention et la lutte contre les infections, l'immunisation et d'autres sujets connexes. En vertu du RÉHSS, l'employeur élabore, établit et met en œuvre des mesures et des procédures visant à protéger la santé et la sécurité des travailleurs, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou le délégué à la santé et à la sécurité, s'il y en a un, et en tenant compte de ses recommandations, lesquelles peuvent comprendre des mesures et des procédures relatives à la prévention des infections, l'immunisation et la vaccination contre les maladies infectieuses. L'article 9 du RÉHSS exige que les mesures et les procédures soient consignées par écrit, examinées au moins une fois par an et révisées à la lumière des connaissances et des pratiques les plus récentes. De plus, le paragraphe 9(4) du règlement exige que l'employeur, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou le délégué à la santé et à la sécurité, s'il y en a un, et en tenant compte de ses recommandations, élabore, établisse et fournisse aux travailleurs un programme de formation sur les mesures et les procédures d'hygiène et de sécurité qui se rapportent à leur travail. En outre, l'alinéa 25 (2) a) de la LSST exige que l'employeur fournisse au travailleur les renseignements, les directives et la surveillance nécessaires à la protection de sa santé et de sa sécurité.[11,12]

Formation du personnel et des bénévoles

Au moment de l'embauche / du placement, durant l'orientation du personnel / des bénévoles et, au besoin, chaque année par la suite, il faut donner des renseignements sur la grippe ainsi que sur les politiques liée à la grippe.

Encadré 1 : Formation de l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles

Formation de l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles
Dans le cadre des programmes de formation / d'orientation offerts à l'ensemble des membres du personnel et des bénévoles (le cas échéant), il faut fournir des renseignements sur les éléments suivants et les passer en revue : • l'efficacité, les avantages et les risques de la vaccination antigrippale; • les virus respiratoires (y compris celui de la grippe), leur taux de morbidité, leur taux de mortalité et leur transmission; • la prévention de la grippe et les exigences relatives à la vaccination

antigrippale annuelle;
- les mécanismes de réduction de la transmission de la maladie, par exemple l'étiquette respiratoire et l'hygiène des mains;
- les politiques de gestion de l'éclosion d'infection respiratoire et d'exclusion du foyer :
  - les politiques liées aux recommandations relatives aux maladies touchant le personnel et les visiteurs (les personnes présentant des symptômes d'infection respiratoire ne devraient pas travailler dans le foyer ni le visiter);
  - les politiques de vaccination antigrippale et d'exclusion s'appliquant au personnel;
  - les politiques et des recommandations en matière de vaccination antigrippale s'appliquant aux membres de la famille et aux visiteurs (c.-à-d. que les personnes présentant des symptômes de maladie respiratoire ne devraient pas visiter le FSLD).
- les compétences de base et les ressources relatives à la PLI :
  - les pratiques de base et les précautions supplémentaires, notamment l'utilisation de matériel de protection individuelle (MPI), les exigences en matière de nettoyage et de désinfection et le nettoyage de l'environnement, conformément aux documents du CCPMI;
  - le programme Lavez-vous les mains, notamment les quatre moments de l'hygiène des mains;
  - la chaîne de transmission : modes de transmission de l'infection.

Sensibilisation des résidents, des familles des résidents, des personnes soignantes payées par le bénéficiaire et des visiteurs

Voici les thèmes qu'il faut inclure dans les programmes de sensibilisation à l'intention de l'ensemble des résidents, des familles des résidents, des personnes soignantes payées par le bénéficiaire et des visiteurs :

1. un examen des politiques et des recommandations en matière de vaccination antigrippale qui s'appliquent aux familles des résidents, aux personnes soignantes payées par le bénéficiaire et aux visiteurs (c.-à-d. que les personnes présentant des symptômes de maladie respiratoire ne devraient pas visiter le FSLD);
2. l'étiquette respiratoire :
   a. On conseille à toutes les personnes d'adopter une bonne étiquette respiratoire lorsqu'elles toussent ou éternuent :
      i. détourner la tête des autres;
      ii. se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou éternuer dans sa manche;
      iii. mettre immédiatement les mouchoirs à la poubelle après l'utilisation;
      iv. se nettoyer les mains immédiatement après avoir mis les mouchoirs au rebut.

Il s'agit d'exigences minimales en matière de sensibilisation; le FSLD peut fournir davantage de renseignements, à sa discrétion.

2.1.3 Élaboration de politiques et de méthodes

Chaque foyer doit avoir un ensemble complet de politiques et de méthodes liées aux éclosions d'infections respiratoires. Cet ensemble comprend des politiques et des méthodes relatives à la surveillance des maladies respiratoires, à la sensibilisation du personnel et des résidents, à l'utilisation d'antiviraux pour les résidents et le personnel, aux exigences de vaccination et aux politiques d'exclusion liées, entre autres, à la gestion des éclosions.[5]

Le FSLD peut chercher à sensibiliser son personnel conjointement avec le BSP local ainsi qu'avec son comité de prévention et de lutte contre les infections.

Les politiques et les méthodes doivent aborder les éléments ci-dessous.

- Sensibilisation et politiques et méthodes connexes :
  - examen annuel de la politique de prévention et de lutte contre les infections;
  - examen annuel des politiques et des méthodes concernant la prévention des éclosions et la lutte contre celles-ci.
- Politiques et méthodes relatives aux éclosions :
  - procédures relatives à la surveillance, à la détection précoce d'une transmission possible d'infections et à la gestion d'une éclosion, y compris la composition et le mandat de l'ÉGÉ;
  - procédures et critères relatifs à la consultation avec le BSP au sujet des admissions et des réadmissions durant les éclosions.
- Politiques et méthodes relatives à la vaccination :
  - vaccination annuelle du personnel;
  - vaccination antigrippale et antipneumococcique des résidents;
  - déclaration annuelle de la vaccination du personnel et des résidents au médecin hygiéniste local;
- Politique et méthode sur l'exclusion :
  - politiques d'exclusion du personnel, notamment le refus de la vaccination et de médicaments antiviraux en cas d'éclosion de grippe;
  - politiques d'exclusion du personnel en ce qui concerne les éclosions d'autres virus respiratoires (p. ex., lorsque le personnel a contracté une IRA).
- Plans de dotation et politiques et méthodes connexes :
  - plan de dotation en personnel en cas d'urgence tenant compte des divers niveaux de disponibilité du personnel durant les éclosions en raison d'une maladie, des refus de vaccination ou de l'incapacité d'être vacciné, des refus de prendre des agents antiviraux ou des contre-indications à ceux-ci;
  - plan de dotation en personnel définissant le nombre adéquat de membres du personnel par patient : à mesure que la charge de travail augmente

pendant une éclosion, les plans de dotation en personnel doivent prévoir la prestation continue de soins et la mise en œuvre complète des mesures de lutte contre les infections.

- Politiques et méthodes relatives à l'utilisation d'antiviraux :
  - politique sur l'utilisation d'antiviraux, notamment l'utilisation appropriée, l'obtention du consentement éclairé des résidents ou de leurs mandataires spéciaux, l'obtention d'une directive médicale signée par le directeur médical relativement à la prophylaxie antivirale, les processus de paiement et de remboursement, ainsi que les indications relatives à l'oseltamivir (Tamiflu[MC]) et au zanamivir (Relenza[MC]);
  - politique sur l'utilisation d'antiviraux par le personnel.
- Prélèvement d'échantillons, analyses de laboratoire et politiques et méthodes connexes :
  - processus visant à accéder rapidement aux trousses de prélèvement et aux résultats des analyses de laboratoire en cas d'éclosion soupçonnée;
  - politique exigeant la disponibilité de personnel ayant des compétences en matière de technique appropriée de collecte de prélèvements rhinopharyngés;
  - politique sur l'obtention d'une directive médicale pour le prélèvement d'échantillons, y compris les prélèvements rhinopharyngés.
- Politiques et méthodes relatives à la communication :
  - politique relative aux exigences et aux processus de communication entre le foyer, le BSP local, le laboratoire et d'autres organismes de réglementation (p. ex., MTR, CSPAAT, CMSST, syndicat), le cas échéant, et s'assurer que le personnel de tous les quarts de travail est au courant de ces lignes de communication;
  - politique relative au maintien de communications efficaces avec les résidents, les familles des résidents, le personnel et les médias.

2.2 Surveillance

2.2.1 Définition et objectif

La surveillance est un élément essentiel de tout programme efficace de prévention et de lutte contre les infections. Les FSLD sont tenus de mettre en place un programme de surveillance continue afin de détecter la présence d'infections chez les résidents.[3] Un bon système de surveillance des infections respiratoires fournit les moyens d'établir le taux endémique, ou de base, d'infection respiratoire dans un établissement de soins de santé. De plus, la surveillance peut faciliter la détection des éclosions d'infections respiratoires dans les FSLD en permettant de déceler les écarts importants par rapport aux taux de base.[13] En vertu du paragraphe 229 (7) du Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, les titulaires de permis des FSLD sont tenus de mettre en œuvre le protocole du CCPMI intitulé « Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux

soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé » que le directeur leur donne en vertu de la loi.

Définition

La surveillance est définie comme étant « la collecte, l'analyse, l'interprétation et l'évaluation systématiques et constantes de données sur la santé étroitement intégrées qui sont diffusées en temps opportun à ceux qui en ont besoin ».[13] Les systèmes de surveillance comptent deux volets principaux : la surveillance est un élément structuré et permanent d'un programme visant à améliorer un domaine particulier de la santé de la population et les systèmes de surveillance vont au-delà de la collecte d'information; les connaissances acquises par la surveillance doivent rejoindre les mécanismes qui peuvent l'utiliser pour affecter les ressources là où il existe un besoin d'améliorer la santé.[13]

Objectif de la surveillance

Un objectif important de la surveillance est d'assurer le dépistage précoce des symptômes chez les résidents et le personnel qui précèdent une éclosion éventuelle ou les premiers stades d'une éclosion afin que des mesures de PLI puissent être mises en œuvre le plus tôt possible.

Exigences concernant le personnel

En vertu du paragraphe 229 (3) du Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, un PPI désigné ayant reçu la formation nécessaire est chargé de coordonner le programme de prévention et de lutte contre les infections, qui comprend des activités de surveillance et de gestion des éclosions. En l'absence d'un tel spécialiste, une personne compétente (voir glossaire) doit être désignée pour exercer ces fonctions, y compris durant les fins de semaine et les congés. De plus, le personnel à tous les échelons de l'organisme doit suivre une formation pour surveiller les signes et les symptômes de maladie respiratoire aiguë chez les résidents et le personnel et doit connaître la personne à joindre pour lui fournir ces renseignements.

2.2.2 Groupes cibles pour la surveillance

La surveillance devrait s'appliquer aux résidents et au personnel. Bien que des questions de ressources puissent avoir une incidence sur la capacité des FSLD à assurer une surveillance du personnel à longueur d'année, cela demeure un élément essentiel du programme de prévention et de lutte contre les infections.

Surveillance des résidents

Il faut effectuer une surveillance constante au sein des foyers afin d'établir des niveaux d'infection de référence tout au long de l'année. On reconnaît les éclosions soupçonnées lorsque les taux d'infection dépassent le taux de référence. On s'attend à ce que les FSLD s'assurent qu'ils ont la capacité de reconnaître les hausses du taux d'infection au-dessus du taux de référence révélateur des éclosions les fins de semaine et les jours fériés, et d'y réagir. Il faudrait assurer la surveillance ciblée des symptômes

respiratoires durant la saison de la grippe (habituellement de novembre à avril) et quand une affection pseudo-grippale a été signalée dans la collectivité locale, qui peut commencer dès septembre pour certains virus respiratoires communs, comme les rhinovirus. Tous les membres du personnel doivent connaître les symptômes des maladies respiratoires, les critères relatifs à une éclosion soupçonnée et la marche à suivre pour faire un signalement au PPI.

Les FSLD sont tenus de mettre en place des programmes de surveillance continue afin de détecter la présence d'infections. Les principaux éléments de ces programmes sont les suivants :

- une sensibilité suffisante pour permettre de relever les événements sentinelles et les tendances;
- une analyse des données de surveillance par le PPI afin de déclencher des mesures de réduction ou d'élimination de la transmission de la maladie et d'influencer les politiques et les pratiques;
- le partage des données de surveillance avec le personnel administratif, l'équipe de prévention et de lutte contre les infections et le BSP au besoin.

Surveillance du personnel

Il faut surveiller les IRA chez le personnel tout au long de l'année. Tous les membres du personnel doivent connaître les premiers signes et symptômes d'une IRA. Conformément à la LSST et à ses règlements d'application, voici les mesures à prendre pour communiquer les maladies touchant le personnel.

Signalement à la personne désignée / au PPI responsable de la prévention et de la lutte contre les infections du FSLD

On doit demander aux membres du personnel malades de signaler toute infection respiratoire à leur directeur ou à la personne désignée responsable de la santé des employés / de la santé et de la sécurité au travail.[10] Le directeur ou la personne désignée responsable de la santé des employés / de la santé et de la sécurité au travail doit rapidement informer le PPI des cas ou des grappes d'employés salariés ou contractuels souffrant d'une IRA qui sont absents du travail.[10] Cette information doit être divulguée sans mentionner de noms afin de protéger le droit à la vie privée des employés, mais doit comprendre l'emplacement où le cas est survenu.

Si le personnel clinique est informé de tout cas ou grappe d'infection respiratoire chez les résidents et (ou) le personnel ou si la surveillance quotidienne des IRA rapporte de tels cas, le PPI ou la personne désignée du FSLD doit en être avisé sans délai.[10] Si le personnel responsable de la santé et de la sécurité au travail est informé d'un cas ou d'une grappe d'infection respiratoire chez le personnel, il doit en aviser le PPI ou la personne désignée.[10]

Signalement au service de santé et sécurité au travail

Si des membres du personnel manifestent des symptômes d'infection respiratoire, ils doivent le signaler au service de santé et sécurité au travail ou à la personne déléguée.

Si le personnel responsable de la prévention et de la lutte contre les infections est informé d'un cas ou d'une grappe d'infection respiratoire chez les membres du personnel, il en informera le service de santé et sécurité au travail.[10]

Signalement au ministère du Travail

Conformément au paragraphe 52(2) de la LSST, un employeur doit remettre un avis écrit aux entités mentionnées ci-dessous dans un délai de 4 jours après avoir été informé qu'un travailleur souffre d'une maladie professionnelle, dont une infection acquise en milieu de travail, ou a présenté une demande d'indemnisation à la CSPAAT relativement à une maladie professionnelle.

- Le ministère du Travail
- Le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail (ou le délégué à la santé et à la sécurité)
- Le syndicat, le cas échéant.[11,12]

Des renseignements supplémentaires sont fournis dans la *Guidance Note on Occupational Injury and Illness Reporting Requirements* (en anglais seulement) du Comité des soins de santé créé par l'article 21.[14]

Signalement à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

Tout cas d'infection acquise en milieu de travail doit être signalé à la CSPAAT dans les 72 heures suivant la réception par le FSLD de la notification de ladite maladie.[11]

Surveillance des personnes autres que les membres du personnel (comprend les bénévoles, les personnes soignantes payées par le bénéficiaire et les visiteurs)

- Tous les bénévoles, les personnes soignantes payées par le bénéficiaire et les visiteurs qui exercent des activités dans le foyer doivent procéder à un auto-dépistage et s'abstenir d'entrer dans le foyer si elles présentent des symptômes respiratoires (c.-à-d. apparition d'une toux, d'essoufflement ou de fièvre).
- Les outils et les politiques de dépistage doivent être affichés et respectés par toutes les personnes entrant dans le FSLD.

2.2.3 Méthodes de collecte des données aux fins de surveillance

La surveillance quotidienne constitue la façon la plus efficace de détecter les infections respiratoires. Il existe deux méthodes de surveillance quotidienne : la méthode passive et la méthode active.

Surveillance passive

La surveillance passive comprend la détection des infections par le personnel dont la responsabilité première est la prestation de soins aux résidents, dans le cadre des soins quotidiens courants ou de leurs activités habituelles. Il faut inscrire sur le formulaire de surveillance quotidienne les noms des résidents qui présentent des symptômes respiratoires et autres (consulter l'annexe 3 – Exemple de formulaire de

liste relatif à une éclosion de maladie respiratoire). Ce formulaire doit être facile à remplir et indiquer l'identité et l'emplacement du résident, la date d'apparition, une liste de contrôle des signes et symptômes pertinents, dont la fièvre, ainsi que les épreuves diagnostiques et leurs résultats, le cas échéant. Il faut faire parvenir chaque jour le formulaire dûment rempli au PPI. Toute éclosion soupçonnée doit être signalée immédiatement au PPI (voir l'étape 3 de la section Détection et gestion des éclosions). Il importe de maintenir un indice de suspicion élevé concernant les infections respiratoires, particulièrement durant la saison de la grippe.

Surveillance active

La surveillance active comprend la recherche active et régulière d'infections par des personnes ayant reçu une formation sur la surveillance, habituellement les PPI.[10] Plusieurs stratégies peuvent convenir, notamment les suivantes :

- effectuer des rondes dans les unités;
- examiner les rapports des unités, qui peuvent comprendre des signalements de température élevée;
- examiner les registres de communication des médecins et du personnel;
- examiner les notes de suivi des soins infirmiers et médicaux contenues dans les dossiers des résidents;
- examiner les registres d'administration d'antibiotiques de la pharmacie;
- examiner les rapports de laboratoire;
- demander un rapport verbal des observations cliniques du personnel de chaque unité.

Toutes les sources de renseignements disponibles au sein du foyer peuvent contribuer aux activités de surveillance. Chaque foyer doit choisir une méthode qui lui conviendra.

Analyse

Le PPI ou une personne désignée examine les données de surveillance du personnel et des résidents et consulte son BSP local afin de déterminer si les conclusions sont conformes aux critères permettant d'établir la présence d'une infection pour chaque résident et membre du personnel et s'il existe une éclosion soupçonnée.

Pour obtenir de plus amples renseignements relatifs aux programmes de surveillance, dont des outils et des modèles, consultez le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé*, juillet 2014.[13]

Déclaration

Exigences relatives à la déclaration des éclosions par les FSLD

Dès qu'elles sont détectées, les éclosions confirmées et soupçonnées de maladies importantes sur le plan de la santé publique doivent être signalées au médecin hygiéniste local ou à son remplaçant par le FSLD et les personnes tenues de le faire aux termes de la LPPS.[2] Les FSLD sont également chargés d'informer immédiatement le directeur nommé en vertu de la LFSLD en cas d'apparition d'une maladie importante

sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la LPPS (Règlement de l'Ontario 79/10, disposition 5 du par. 107 [1]); en dehors des heures de bureau, ils doivent le faire en ayant recours à la méthode d'entrée en contact en cas d'urgence en vigueur au ministère, conformément au paragraphe 107(2).[15]

De plus, comme l'indique la section 2.2.2 du présent document (surveillance du personnel), en vertu de la LSST, si l'employeur apprend qu'un ancien employé ou un employé actuel a contracté une maladie professionnelle ou a présenté une demande d'indemnisation pour une maladie professionnelle à la CSPAAT, l'employeur doit, dans un délai de quatre jours, donner un avis à cet effet à un directeur du ministère du Travail, au comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou au délégué à la santé et à la sécurité et au syndicat, le cas échéant. Cet avis doit être écrit et contenir les renseignements prescrits au paragraphe 5(5) du REHSS. Les maladies professionnelles englobent les infections acquises en milieu de travail. Il n'est pas obligatoire d'attendre que le laboratoire confirme l'infection avant de signaler une maladie professionnelle.[11]

Exigences relatives à la déclaration d'éclosions à l'intention des BSP

Les BSP locaux sont tenus de déclarer uniquement les éclosions, comme le précise la définition de cas provinciale.[16] Le rapport préliminaire des éclosions doit être soumis à l'aide du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) ou de toute autre méthode indiquée par le MSSLD dans un délai d'un (1) jour ouvrable suivant la réception de l'avis initial conformément à l'iPHIS Bulletin numéro 17: « Timely entry of cases ».[17] Le rapport final sur les éclosions doit être soumis dans les 15 jours ouvrables suivant la fin de l'épidémie.

Les données minimales devant être déclarées pour chaque cas et éclosion sont indiquées dans les documents suivants :

- le Règlement de l'Ontario 569 (Rapports) pris en application de la LPPS;
- les guides d'utilisation propres à chaque maladie publiés par SPO;
- les bulletins et les directives de SPO et du MSSLD.

2.2.4 Tableau clinique : Infections des voies respiratoires

Le tableau clinique de la grippe dans une population âgée complètement vaccinée peut différer du tableau clinique habituel de la grippe. Parce que la grippe, lorsqu'elle touche les personnes âgées, cause souvent de la fatigue (malaise), des douleurs musculaires (myalgie), une perte d'appétit, des maux de tête et des frissons, l'intégration de ces symptômes à la définition de cas, le cas échéant, peut être utile. Chez les personnes âgées, les symptômes typiques de la grippe peuvent ne pas être apparents (p. ex. il peut ne pas y avoir de fièvre), mais peuvent se manifester sous forme d'exacerbations de maladies sous-jacentes, comme une insuffisance cardiaque congestive.[18]

Consultez les encadrés 2, 3 et 4, qui présentent les symptômes respiratoires aigus semblables pour différents virus associés à des éclosions d'infections respiratoires.

Encadré 2 : Maladie des voies respiratoires supérieures (comprend le rhume courant et les pharyngites)[16]

Maladie des voies respiratoires supérieures (comprend le rhume courant et les pharyngites)
Les signes et les symptômes peuvent comprendre les suivants : • écoulement nasal ou éternuements; • congestion nasale; • mal de gorge ou enrouement ou difficulté à avaler; • toux sèche; • glandes enflées ou sensibles dans le cou (lymphadénopathie cervicale); • le résident peut faire de la fièvre ou avoir une température anormale, mais cela n'est pas un critère obligatoire; • fatigue (malaise); • courbatures (myalgie); • perte d'appétit; • maux de tête; • frissons.

Encadré 3 : Infections des voies respiratoires inférieures (bronchite, trachéobronchite)

Infections des voies respiratoires inférieures (bronchite, trachéobronchite)

Le résident doit présenter au moins trois des signes et symptômes suivants :
• toux récente ou plus forte;
• expectoration récente ou plus forte;
• température anormale, ou une température de 35,5 °C ou moins ou de 37,5 °C ou plus;
• douleur thoracique pleurétique;
• nouvelles découvertes médicales au moment de l'examen (râles discontinus, râles continus, sifflements, souffle tubaire);
• l'un des symptômes suivants afin d'indiquer un changement d'état ou une difficulté respiratoire :
  ○ essoufflement récent ou plus grave;
  ○ fréquence respiratoire de plus de 25/minute;
• aggravation de l'état fonctionnel ou mental (détérioration de la capacité du résident à exécuter des activités quotidiennes ou baisse de son niveau de conscience).

Encadré 4 : Pneumonie (p. ex., causée par la bactérie *Streptococcus Pneumonia*)

Pneumonie (p. ex., causée par la bactérie *Streptococcus Pneumonia*)
Tous les critères suivants doivent être observés : • diagnostic de pneumonie, de pneumonie probable ou de présence d'infiltrat à la suite d'une radiographie de la poitrine; • le résident doit présenter au moins deux des signes et symptômes décrits dans la section sur les infections des voies respiratoires inférieures; • les autres causes de symptômes non liées à des infections, particulièrement l'insuffisance cardiaque congestive, doivent être exclues.

Si l'on soupçonne un regroupement de cas de pneumonie ou d'infection des voies respiratoires inférieures, il faut prendre des mesures afin de déterminer un agent responsable commun (écouvillonnages du nasopharynx pour l'analyse des virus respiratoires, radiographie thoracique, prélèvements d'urine pour la détection des antigènes de *Legionella* ou prélèvement dans les voies respiratoires pour la réaction en chaîne de la polymérase [PCR] de *Legionella*, frottis et culture de crachat, etc.). Une analyse complète de la gestion des cas ou des éclosions de *Legionella* dépasse la portée du présent document. Pour certaines éclosions, il ne sera pas possible de déterminer un agent responsable; on doit les gérer comme des éclosions d'infections respiratoires en fonction de la gravité de la maladie.

Définitions des cas d'éclosion

Divers virus respiratoires peuvent causer des symptômes respiratoires aigus semblables; cependant, la période d'incubation et la période contagieuse potentielle varient d'un virus à l'autre (voir l'annexe 1). Chaque éclosion possèdera des caractéristiques qui lui sont propres. Il faut élaborer une définition de cas pour chaque éclosion et la modifier au besoin afin de s'assurer que la définition inclut la majorité des cas (MSSLD, Protocole concernant les maladies infectieuses, Annexe B – Définitions de cas provinciales des maladies importantes sur le plan de la santé publique, *Respiratory Infection Outbreaks in Institutions and Public Hospitals, 2018*).[16]

Les définitions des cas d'éclosion diffèrent des définitions provinciales du MSSLD aux fins de la surveillance des éclosions, qui prévoient une norme pour déterminer le moment où les éclosions doivent être déclarées à l'échelle provinciale (p. ex. les éclosions confirmées doivent être déclarées au MSSLD).

Pour connaître les définitions du MSSLD aux fins de la surveillance des éclosions d'infections respiratoires en établissement et dans les hôpitaux publics, consultez le document *Appendix B, Respiratory Infection Outbreaks in Institutions and Public Hospitals, 2018* (en anglais seulement). Les définitions de cas font l'objet d'un examen périodique prévu par le ministère.

3 Détection et gestion des éclosions

La détection précoce de cas révélant des éclosions soupçonnées et la prise de mesures rapides sont essentielles à une gestion efficace. Un prélèvement d'échantillons, une communication et une mise en œuvre de mesures de lutte en temps opportun peuvent avoir une incidence importante pendant l'évolution de l'éclosion qui profitera aux résidents et au personnel.

Les étapes décrites ci-dessous relèvent de la responsabilité du FSLD, sauf indication contraire. Les rôles et les responsabilités du BSP (médecin hygiéniste ou mandataire désigné) devraient être clarifiés pendant la première réunion de l'ÉGÉ, à laquelle le représentant des services de santé publique est toujours invité.

Les étapes suivantes ne devraient pas être prises comme une démarche normative à la gestion des éclosions; bon nombre de ces étapes peuvent être réalisées en même temps. Tout a été mis en œuvre pour faire en sorte que les étapes correspondent au déroulement d'une éclosion, mais les FSLD devront faire preuve de jugement à propos des mesures particulières à prendre à chaque étape de l'éclosion et pourront demander des conseils au BSP.

Étape 1 – Évaluation de l'éclosion soupçonnée ou confirmée, établissement d'une définition de cas d'éclosion préliminaire et préparation d'une liste de cas

Lorsque deux cas de maladie aiguë des voies respiratoires surviennent en moins de 48 heures au sein d'un service, une éclosion devrait être soupçonnée et des analyses devraient être effectuées afin de déterminer l'organisme causal.[16] Remarque : les prélèvements soumis avec un numéro d'éclosion sont analysés en priorité et passent par un algorithme d'analyse élargi qui comprend un dépistage rapide de la grippe. Veuillez consulter le Labstract actuel. Pour faire en sorte que des prélèvements non associés à une éclosion soient analysés en priorité, voir l'étape 3.

Lorsque le FSLD soupçonne ou déclare une éclosion, il devrait établir une définition de cas préliminaire. Cela contribue à orienter l'identification des personnes potentiellement associées à l'éclosion soupçonnée ou confirmée. La définition devrait inclure les signes et les symptômes cliniques, le moment d'apparition de la maladie et le lieu où se trouve le résident / l'employé dans le foyer.[16]

Voici un exemple de définition de cas : un résident ou un employé d'un des services du foyer présentant l'un des deux symptômes suivants depuis (date) : toux, fièvre, maux de tête, frissons, léthargie ou douleurs musculaires. La définition peut être modifiée au besoin pour faire en sorte qu'elle englobe la majorité des cas et s'assurer qu'elle inclut les cas liés à l'éclosion (c.-à-d. en excluant les cas où l'apparition/acquisition provenait de l'extérieur du service/FSLD touché).

Commencez à dresser la liste des résidents qui présentent des symptômes d'affections respiratoires en fonction des renseignements recueillis dans le cadre du programme de surveillance du FSLD. (Consultez l'annexe 3 pour obtenir un exemple de liste.) La liste favorise une évaluation rapide de l'ampleur et de la nature de l'éclosion soupçonnée.

Elle peut être élargie afin d'inclure des données pertinentes autres que celles recommandées dans le présent document à mesure que l'enquête progresse. Les résidents et les employés sont inclus dans la liste lorsqu'ils présentent des symptômes correspondant à la définition de cas d'éclosion; la confirmation par des résultats de laboratoire n'est pas nécessaire pour inclure des personnes sur la liste.

Il convient de dresser une liste distincte des membres du personnel présentant des signes et des symptômes qui correspondent à une maladie respiratoire.

Confirmez la population à risque du foyer. Consignez notamment les éléments suivants :

- le nombre total de résidents, d'employés, y compris les employés occasionnels et le personnel qui ne dispense pas de soins, ainsi que les bénévoles du foyer;
- si l'éclosion se limite à un ou des services/étages particuliers, l'ÉGÉ doit déterminer le nombre de résidents et d'employés à risque dans le service / à l'étage touché par l'éclosion.

Dans le cas de grands FSLD, il peut être utile de dresser une liste distincte pour chaque service touché par l'éclosion.

Les renseignements suivants devraient être inclus sur la liste pour tous les résidents/employés dont l'état correspond aux critères de la définition de cas d'éclosion :

Encadré 5 : Liste : Surveillance des résidents et du personnel

Liste : Surveillance des résidents et du personnel
Surveillance des résidents • Nom du résident • Âge • Emplacement dans le foyer (service, chambre, numéro de lit) • Date d'apparition des symptômes • Signes et symptômes correspondant à la définition de cas • Traitement administré (antibiotiques ou médicaments antiviraux) et date de début du traitement • Tests de diagnostic (radiographies) • Prélèvements, avec la date et les résultats s'ils sont connus (p. ex., écouvillonnage du nasopharynx). • Antécédents de vaccination antigrippale • Si le résident a été hospitalisé, date et lieu de l'hospitalisation • Si le résident est décédé, date et cause du décès • Si le résident était en isolement, date du début de l'isolement • Date de la guérison • Date de commencement de la prophylaxie antivirale (le cas échéant) • Complications (p. ex., pneumonie)

Surveillance du personnel

- Renseignements personnels de l'employé
- Tâches au foyer, y compris les services où il ou elle est affecté(e)
- Date d'apparition des symptômes
- Signes et symptômes correspondant à la définition de cas
- Médicaments antiviraux administrés à titre de traitement
- Antécédents de vaccination antigrippale
- Tout test de diagnostic, y compris les résultats, le cas échéant
- Dernier jour de travail de l'employé malade
- Date de rétablissement
- Date de retour au travail

Étape 2 – Mise en œuvre des mesures générales de PLI

Il faut mettre en œuvre les mesures de PLI dès qu'une éclosion est soupçonnée. Tous les employés doivent être avisés rapidement de l'éclosion et des fournitures (p. ex., désinfectant pour les mains à base d'alcool, MPI, y compris des blouses, des dispositifs de protection du visage, des gants, des masques chirurgicaux, etc.) devraient être mises à leur disposition, au besoin. En plus des pratiques de base, tous les résidents présentant des symptômes d'IRA devraient faire l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes et les contacts dès que possible après la détection des symptômes. Les résidents asymptomatiques devraient être soignés conformément aux pratiques de base et être surveillés de près pour voir s'il y a des changements sur le plan des symptômes.[10] Se reporter à la section 4.0 pour connaître les mesures de prévention et de lutte contre les éclosions d'infections respiratoires.

Étape 3 – Déclaration d'une éclosion dans votre FSLD et déclaration de l'éclosion soupçonnée ou confirmée au médecin hygiéniste local de votre BSP ou à son mandataire désigné

- Informez le médecin hygiéniste local ou son mandataire désigné.
- Le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné et la personne responsable du FSLD doivent déterminer s'il convient de déclarer une éclosion à l'échelle de l'établissement ou pour un ou plusieurs services/étages en particulier si les cas sont confirmés dans un seul ou plusieurs services et peuvent y être confinés.
- **La confirmation d'un organisme par le laboratoire n'est pas requise pour déclarer une éclosion.** Une fois qu'une éclosion est confirmée et déclarée au FSLD, le foyer devrait commencer à former l'ÉGÉ qui doit comprendre un nombre approprié de représentants du FSLD (voir l'étape 4 ci-dessous) et du BSP.
- Avisez le MSSLD à l'aide du Système de rapport d'incidents critiques et (ou) en communiquant avec le bureau régional de services (conformément à l'article 107 du Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*).

De plus, le personnel du FSLD devrait :

- fournit au médecin hygiéniste ou à son mandataire désigné une liste mise à jour quotidiennement. Il ne faut pas attendre d'avoir terminé de dresser la liste avant d'avertir le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné;
- donner au médecin hygiéniste ou à son mandataire désigné le nom du principal PPI ou de la personne responsable de la PCI qui s'occupe de l'enquête sur l'éclosion ainsi que ses coordonnées. Le FSLD doit confier à un employé la responsabilité de la gestion de l'éclosion en tout temps, y compris durant les fins de semaine, les jours fériés et les vacances. Le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné doit recevoir les noms des personnes-ressources et les numéros appropriés;
- signaler les mesures initiales de lutte contre les éclosions qui ont été mises en œuvre;
- obtenir un numéro d'éclosion à 11 chiffres auprès de l'enquêteur du BSP de la région affecté à l'éclosion.
    - Les BSP sont chargés d'informer le laboratoire de SPO de la tenue de l'enquête et de lui fournir les détails de l'éclosion soupçonnée.
    - Le BSP doit remplir le rapport d'avis d'éclosion et le télécopier à son laboratoire de SPO local.[19] S'il existe des préoccupations particulières comme la gravité de la maladie, le nombre de personnes atteintes dans l'établissement / la collectivité, la présence éventuelle d'un agent infectieux inhabituel ou d'autres considérations particulières ayant trait aux épreuves, le BSP devrait appeler le laboratoire de SPO pour lui en faire part. Il n'est pas nécessaire d'en aviser le laboratoire de SPO en dehors des heures de bureau, y compris durant la fin de semaine et les congés fériés; le BSP peut le faire le jour ouvrable suivant, à moins que des prélèvements aient été soumis pour être analysés en dehors des heures de bureau.
    - Les FSLD devraient discuter avec le BSP de la manière dont les échantillons seront prélevés, conservés et remis au laboratoire, en utilisant comme référence les directives sur le prélèvement d'échantillons du laboratoire de SPO dans la fiche de renseignements d'analyse et les bulletins Labstracts appropriés sur le site Web de SPO.[20,21,22] De cette manière, les FSLD seront certains d'utiliser les directives les plus récentes, les bons formulaires de réquisition du laboratoire et les trousses de prélèvement appropriées.
- Confirmez le nombre d'échantillons de laboratoire (maximum de quatre [4]) à prélever au cours de l'enquête préliminaire sur l'éclosion.
- Si vous souhaitez que des analyses supplémentaires soient effectuées, communiquez avec le Service à la clientèle du laboratoire de PSO au 416-235-6556/1-877-604-4567. Cela permet le traitement approprié des situations spéciales. Des analyses supplémentaires peuvent être envisagées s'il y a des changements dans la gravité, si de nouveaux cas sont observés dans une population assujettie à des mesures de prophylaxie durant une éclosion de

grippe confirmée, si on soupçonne un agent non viral, si de nouveaux cas sont signalés à d'autres endroits d'un établissement, si des cas subsistent après une longue période, si de nouveaux cas sont observés après une longue période ou pour d'autres raisons. Les analyses peuvent porter sur des prélèvements supplémentaires ou des agents supplémentaires.

- Indiquez clairement quels résidents doivent passer un test et quels résidents ne doivent pas en passer. Pour optimiser la sensibilité des analyses des virus respiratoires, les écouvillonnages du nasopharynx doivent se faire uniquement sur les résidents présentant depuis peu des symptômes aigus (apparus dans les 48 dernières heures); toutefois, la remise d'échantillons peut être envisagée chez les patients qui présentent des symptômes depuis une plus longue période. Des échantillons devraient être prélevés chez les résidents qui présentent des symptômes d'IRA typiques et atypiques parce que les résidents plus âgés pourraient ne pas présenter les symptômes typiques, mais être quand même atteints d'une IRA. Envisagez également d'effectuer des prélèvements nasopharyngiens chez les employés malades et établissez un processus pour transmettre les résultats au médecin du personnel.
- Tous les contenants d'échantillons (flacons, tubes, etc.) doivent porter le nom et la date de naissance du patient. Il faut aussi en vérifier la date d'expiration.
- Dans la mesure du possible, le BSP devrait indiquer ses coordonnées comme adresse de retour sur le formulaire de réquisition du laboratoire et inclure un numéro de téléphone et le nom d'une personne-ressource (s'il est différent, le nom de l'enquêteur peut également être inscrit).
- Le formulaire de réquisition du laboratoire doit également comprendre le nom et l'adresse du FSLD touché, le numéro de l'enquête sur l'éclosion, le nom du client, le numéro de la carte Santé, la date de naissance, la date de prélèvement de l'échantillon et les renseignements nécessaires pour la demande d'analyse conformément aux directives de prélèvement d'échantillons pertinentes (voir ci-dessus).
- L'analyse des prélèvements associés à une éclosion a priorité sur celle des prélèvements relatifs aux enquêtes ou des prélèvements en établissement qui ne sont pas associés à une éclosion. Si vous souhaitez qu'un prélèvement non associé à une éclosion soit analysé en priorité, communiquez avec le Service à la clientèle du laboratoire de SPO au 416 235-6556/1 877 604-4567 afin de prendre les dispositions nécessaires.
- Le laboratoire de SPO n'analysera pas les échantillons dont les étiquettes sont incomplètes ou à propos desquels il manque des renseignements, ceux dont les contenants fuient ou ceux qui ont été prélevés à l'aide de mauvaises trousses ou de trousses périmées.
- Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au registre des analyses du laboratoire de SPO ou appeler le Service à la clientèle du laboratoire de SPO au 416 235-6556/1 877 604-4567.[20,22]

Révisez la définition de cas préliminaire relative à l'éclosion suspecte et apportez les modifications nécessaires aux signes et symptômes cliniques, au calendrier d'apparition de la maladie, au lieu touché dans le foyer, etc.

Le médecin hygiéniste (ou son mandataire désigné), le directeur médical du FSLD ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels (DSISP) du FSLD peut déclarer une éclosion à tout moment.

Étape 4 – Information des personnes compétentes associées au foyer concernant l'éclosion et création de l'ÉGÉ

En plus d'avertir le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné, le PPI du FSLD, qui a déclaré l'éclosion et qui doit être un membre de l'ÉGÉ, devrait envisager d'aviser les personnes suivantes, au besoin, afin d'obtenir leur collaboration pour maîtriser l'éclosion. Ces personnes peuvent ou non faire partie de l'ÉGÉ.

- Directeur médical
- Directeur des soins infirmiers et des soins personnels (DSISP)
- Administrateur
- Titulaire de permis et (ou) conseil d'administration
- Président du comité de prévention et de lutte contre les infections
- Infirmière du service de santé des employés
- Directeur des services alimentaires
- Directeur des services bénévoles
- Directeur de l'entretien
- Directeur ou chef des services d'ergothérapie / de physiothérapie du foyer
- Représentants des résidents
- Pharmacien
- Membres du personnel
- Bénévoles de la collectivité (membres de la famille, mandataires spéciaux et personnes soignantes)
- Médecins traitants
- Représentant du personnel infirmier du service touché ou autres membres du personnel pertinents
- Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)
- Membres du personnel du BSP
- Représentant du MSSLD (à l'aide du Système de rapport d'incidents critiques)

Étape 5 – Convocation d'une première réunion de l'ÉGÉ

À cette étape, le FSLD devrait créer une ÉGÉ et tenir une réunion de l'ÉGÉ.

L'ÉGÉ dirige et supervise la gestion de tous les aspects d'une éclosion. Elle devrait comprendre des représentants qui ont un pouvoir décisionnel au sein du foyer, ainsi qu'un représentant du BSP. Les représentants de la santé publique siégeant aux comités de PLI établiront des liens de communication bilatéraux efficaces entre le BSP et le foyer, en ce qui a trait à tous les aspects de leur programme de PLI.

L'ÉGÉ peut comprendre toutes les personnes nommées dans la liste de notification ci-dessus, mais doit inclure le PPI du FSLD.

Les rôles et les responsabilités qui suivent devraient à tout le moins être attribués aux membres de l'ÉGÉ :

- Président
  - Coordonne les réunions sur la lutte contre les éclosions.
  - Fixe le moment et l'ordre du jour des réunions.
  - Délègue les tâches.
- Coordonnateur des mesures de lutte contre l'éclosion (il s'agit souvent du PPI)
  - Assure la mise en œuvre de toutes les décisions de l'ÉGÉ.
  - Coordonne toutes les activités requises pour enquêter sur l'éclosion et la gérer.
- Secrétaire (soutien administratif)
  - Fixe le moment et le lieu des réunions et informe les membres du comité de tout changement.
  - Rédige le procès-verbal des réunions et le distribue.
- Porte-parole
  - Seules la ou les personnes désignées par l'ÉGÉ comme porte-parole doivent donner des renseignements aux médias. Il peut s'agir d'un représentant du FSLD, du BSP ou de chaque organisme.

L'ÉGÉ devrait exécuter les tâches suivantes :

Examiner les renseignements présentés dans la liste afin de confirmer qu'il y a bel et bien une éclosion et veiller à ce que tous les membres de l'équipe aient la même compréhension de la situation.

- Élaborer une définition de cas de travail pour l'éclosion. Une définition de cas établit les critères qui seront utilisés tout au long de l'éclosion afin de considérer un résident ou un membre du personnel comme un cas lié à l'éclosion. La définition de cas élaborée pour les résidents peut différer de celle élaborée pour le personnel. On considérera comme des cas les résidents/employés qui satisfont aux critères de cette définition de cas, sans égard aux résultats des analyses de laboratoire, à moins qu'un autre diagnostic soit confirmé ou que la définition du cas soit changée pour y inclure le diagnostic du laboratoire.
- Examiner les mesures de lutte contre les éclosions nécessaires à la prévention de l'éclosion. Voir la section 4.0 du présent document pour connaître les mesures de prévention et de lutte contre les éclosions d'infections respiratoires. Confirmer que le PPI du foyer ou son mandataire désigné est responsable de la mise en place et de l'application des mesures de lutte convenues.
- Déterminer les exigences relatives aux panneaux d'information sur l'éclosion et prendre des mesures pour s'assurer qu'ils sont placés aux endroits appropriés.
- En cas d'éclosion de grippe, confirmer l'utilisation de médicaments antiviraux pour le traitement des cas et (ou) la prophylaxie des résidents en bonne santé et du personnel non vacciné. Dans le cas d'un décalage dans l'année du vaccin, le

médecin hygiéniste en chef ou son mandataire désigné pourra donner des directives pour gérer la situation. Les BSP peuvent consulter SPO pour obtenir du soutien scientifique et technique en lien avec les éléments probants indiquant un décalage.

- En cas d'éclosion de grippe, confirmer la mise en œuvre de la politique d'exclusion, examiner et mettre en œuvre le plan de dotation en personnel en cas d'urgence. Déterminer si d'autres cliniques de vaccination contre la grippe sont requises pour le personnel non vacciné et, le cas échéant, prendre des mesures pour qu'elles soient mises en œuvre.
- Pour les éclosions non attribuables à la grippe dues à un autre ou à aucun virus respiratoire confirmé par le laboratoire, déterminer les principales mesures de prévention / lutte à mettre en œuvre et les règles de décision pour mettre fin à l'éclosion, y compris des règles de décision pour les cas où plusieurs pathogènes sont impliqués.
- Confirmer le processus et la logistique concernant le prélèvement et la présentation d'échantillons aux fins d'analyses de laboratoire.
- Indiquer toute autre personne ou tout autre établissement devant être informé de l'éclosion et les aviser :
    - les médecins des résidents;
    - les autres fournisseurs de soins de santé (p. ex., les physiothérapeutes);
    - les hôpitaux de soins actifs (professionnel en PLI, le service d'admission et le service des urgences);
    - les familles de résidents malades ou celles de tous les résidents du foyer;
    - les RLISS/autres FSLD;
    - les agences de dotation en personnel;
    - les services d'urgence, y compris le service de répartition;
    - le Centre provincial d'autorisation du transfert des patients (CPATP);
    - le directeur du ministère du Travail, le comité mixte de santé et de sécurité au travail et (ou) le syndicat, s'il y a des maladies professionnelles.

Remarque 1

Remarque
De plus, les BSP devraient aviser, selon le cas : • les médecins de la collectivité; • les BSP environnants; • les SMU; • les autres FSLD et établissements dans la collectivité. Le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné peut divulguer aux médias, ou à d'autres personnes ou organismes, autant de renseignements (y compris le nom du foyer) que nécessaire pour diminuer le risque de transmission de la maladie à la collectivité et aux autres foyers situés sur le territoire de compétence du BSP.

- Préparer un plan de communication, y compris un communiqué de presse au besoin.

- Préparer des communications internes à l'intention des résidents, des membres de leur famille, des groupes d'employés et des bénévoles. Déterminer si des séances de formation sont requises pour le personnel et, le cas échéant, confirmer la personne qui les donnera.
- Confirmer qui sera la personne responsable de la surveillance continue de l'éclosion parmi les résidents et les membres du personnel.
- Le BSP est responsable d'informer le PPI du foyer. Examiner le processus de discussion des résultats de laboratoire et des mesures de PLI avec le BSP et le PPI du foyer ou son mandataire désigné.
- Confirmer le moment où les communications quotidiennes se feront entre le foyer et le BSP et la façon dont elles se feront. Faire en sorte que le bureau de santé et le FSLD aient accès aux coordonnées des personnes-ressources en tout temps.
- Décider la fréquence des réunions de l'ÉGÉ et organiser la ou les prochaines réunions.

Étape 6 – Communication des résultats des examens de laboratoire

Le laboratoire de SPO communiquera par téléphone tous les résultats des épreuves de dépistage rapide de la grippe. Si ces résultats sont tous négatifs, le laboratoire de SPO communiquera directement au BSP le premier résultat positif des analyses subséquentes (p. ex. PCR, culture), en plus d'aviser le médecin qui a présenté la demande. Une fois qu'un résultat de dépistage positif de la grippe aura été communiqué par téléphone, tous les autres résultats seront télécopiés seulement. Si le premier résultat est un virus qui n'est pas celui de la grippe, le résultat sera seulement télécopié. Le BSP est responsable d'informer le PPI du foyer. À ce moment, des directives seront données concernant toute mesure de lutte, de traitement ou de prophylaxie à mettre en œuvre.

Le laboratoire de SPO enverra une copie papier de tous les résultats (négatifs et positifs) au BSP et au médecin qui a présenté la demande indiqué sur la fiche de renseignements. Le BSP enverra des exemplaires des résultats de laboratoire au FSLD afin qu'il les conserve dans ses dossiers.

Étape 7 – Surveillance régulière de l'éclosion

La surveillance de l'éclosion devrait comprendre :

- une surveillance continue afin de détecter les nouveaux cas;
- la surveillance de l'état des résidents et des membres du personnel malades;
- la mise à jour des listes;
- la surveillance continue des précautions et des mesures de lutte;
- une surveillance continue afin d'assurer une dotation adéquate pour appuyer les mesures de prévention et de lutte contre les éclosions.
- signalement de tout changement important relatif à la nature de l'éclosion (p. ex., hospitalisations, décès ou changement du tableau clinique).

Le PPI du FSLD ou son mandataire désigné doit mettre à jour la liste en y intégrant de nouveaux renseignements et la transmettra à la personne-ressource du BSP chaque jour ou comme il aura préalablement été convenu. L'examen des renseignements mis à jour doit porter sur les questions liées à la transmission continue et à l'efficacité des mesures de lutte et de la prophylaxie.

Un examen des données peut donner des indications sur les changements apportés aux mesures de lutte contre les éclosions. Certaines mesures de lutte peuvent être levées à mesure que l'éclosion est maîtrisée ou, par contre, d'autres peuvent être ajoutées si l'éclosion n'est pas maîtrisée avec succès. Si de nouveaux cas continuent d'être relevés pendant une éclosion, il faut envisager l'échec de la prophylaxie ou l'apparition d'un nouvel organisme infectieux; il faudrait peut-être effectuer d'autres tests de laboratoire.

Encadré 6 : Liste mise à jour : Surveillance des résidents et du personnel

Liste mise à jour : Surveillance des résidents et du personnel
Surveillance des résidents • Nouveaux cas, y compris tous les renseignements pertinents (voir l'étape 1, Renseignements sur les résidents à consigner sur la liste) • Noms et date de guérison des résidents guéris • État des résidents malades et déclaration des problèmes les touchant (p. ex., aggravation des symptômes ou complications) • Description de toute réaction indésirable à un antiviral administré en prophylaxie ou date d'arrêt de l'administration d'un tel antiviral, selon ce qui s'applique au résident • Transferts vers un hôpital de soins actifs ou retours depuis un tel hôpital • Cas de pneumonie (confirmés par une radiographie du thorax, répondant à la définition de cas et liés à l'éclosion) • Décès (parmi les cas où on juge qu'ils découlent de l'infection à l'organisme causal et qui répondaient à la définition de cas) **Surveillance du personnel** • Nouveaux cas chez les employés, y compris tous les renseignements pertinents (voir l'étape 1, Renseignements sur les employés à consigner sur la liste) • Initiales des membres du personnel guéris • Dates du dernier jour de travail et du retour au travail, déterminées en collaboration avec le BSP

Étape 8 – Déclaration de la fin de l'éclosion

Le médecin hygiéniste ou la personne désignée, en collaboration avec l'ÉGÉ, doit déterminer le moment où il convient de déclarer qu'une éclosion est terminée, en tenant compte de l'agent étiologique et de l'épidémiologie de l'éclosion.

Il convient de noter que c'est le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné qui a, en définitive, le pouvoir de déterminer la fin d'une éclosion.

Il arrive dans les grands FSLD que quelques cas sporadiques de grippe ou d'infection respiratoire se manifestent en dehors de l'éclosion (p. ex. dans le cas d'un nouvel employé, d'un employé qui a travaillé dans un autre milieu où il peut avoir été contaminé, etc.) comme on peut s'y attendre pendant la saison de la grippe lorsque des maladies pseudo-grippales sont présentes dans la collectivité. L'ÉGÉ doit faire la différence entre ces cas sporadiques et les cas associés à une éclosion au moment de déterminer le dernier cas de résident et d'employé touché en lien avec une éclosion.

Pour déclarer qu'une éclosion est terminée, le FSLD ne doit pas avoir eu de nouveaux cas d'infections chez les résidents ou les employés correspondant à la définition de cas pendant la période de temps établie par l'ÉGÉ, c'est-à-dire les règles de décision prédéterminées que l'ÉGÉ a décidé d'appliquer pour déclarer la fin d'une éclosion. Ces règles de décision sont habituellement fondées sur la période de transmissibilité à laquelle s'ajoute la période d'incubation.

À titre d'exemple, il est possible de déclarer qu'une éclosion virale d'infections respiratoires est terminée lorsqu'aucun nouveau cas n'a été signalé dans les huit jours suivant l'apparition des symptômes chez le dernier résident touché ou dans les trois jours suivant la dernière journée de travail d'un employé malade, selon la période la plus longue. Cette « règle des huit jours » découle de la période de transmissibilité (5 jours) et de la période d'incubation (3 jours) de la grippe et s'applique généralement à un bon nombre d'autres virus respiratoires associés aussi aux éclosions d'infections respiratoires. Si les symptômes présentés par le dernier cas, s'il s'agit d'un résident, disparaissent en moins de cinq jours, ou s'il s'agit d'un employé qui n'était pas au travail (en vertu de la politique d'exclusion) durant la période de transmissibilité, le temps nécessaire jusqu'à ce que l'éclosion puisse être déclarée terminée peut être réduit en conséquence. Veuillez consulter l'annexe 1 pour obtenir de plus amples renseignements sur les périodes d'incubation des autres virus respiratoires.

Ces règles de décision, selon l'organisme (s'il est connu), peuvent se traduire par des délais très longs et perturbateurs pour les résidents d'un FSLD. **En pratique, le délai de déclaration de la fin d'une éclosion dépend des éléments suivants :**

- l'organisme causal, s'il est connu (contribue au calcul de la période de transmissibilité et d'incubation);
- l'épidémiologie de l'éclosion : l'agressivité de la transmission, la gravité de la maladie, le profil de mortalité, le nombre d'hospitalisations, etc.;
- si le dernier cas était un résident ou un employé.

Une fois l'éclosion déclarée terminée, il faut informer toutes les personnes averties de l'éclosion au début de l'enquête que celle-ci est terminée. Veuillez consulter les étapes 5 et 6 pour obtenir la liste des personnes à informer de la fin de l'éclosion.

Pour les nouveaux virus, dont la période d'infectiosité n'est pas connue, le BSP devrait consulter SPO ou obtenir des directives spéciales de la DGSUSS sur la gestion des

nouveaux virus. Le présent document n'abordera pas davantage la question des nouveaux virus.

Étape 9 – Rédaction du dossier d'enquête sur l'éclosion

Il faut vérifier le dossier d'enquête sur l'éclosion afin de s'assurer qu'il contient ce qui suit :

- des copies des résultats d'analyses de laboratoire et d'autres analyses;
- des copies de tous les procès-verbaux et des autres communications;
- tout autre document relatif à l'enquête et à la gestion de l'éclosion;
- un rapport sommaire.

Le FSLD et le BSP doivent préparer conjointement le rapport final sur une éclosion respiratoire en établissement. Le personnel du FSLD responsable de la PLI doit verser au dossier les copies de tous les documents liés à l'éclosion.

Cela pourrait donner l'occasion de passer en revue le déroulement de l'éclosion avec tous les membres de l'ÉGÉ présents. À ce stade, l'ÉGÉ pourrait prendre des décisions concernant les besoins en matière de surveillance continue après avoir déclaré l'éclosion terminée.

De plus, après la fin de l'éclosion, le FSLD devrait organiser une rencontre avec le BSP afin d'examiner l'évolution et la gestion de l'éclosion. Cette rencontre a pour but d'établir les éléments qui ont été bien gérés et ceux qui pourraient être mieux gérés au cours des futures éclosions. Un exemplaire de ce rapport devrait être remis au comité de lutte contre les infections et un exemplaire devrait être conservé par l'administration du FSLD. Comme toujours, le personnel d'un bureau régional de la PLI de Santé publique Ontario (SPO) est également disponible pour discuter avec le personnel des soins de longue durée des améliorations à apporter au programme de PLI.

4 Mesures de lutte contre les éclosions d'infections respiratoires

La surveillance quotidienne permettra d'identifier les personnes symptomatiques et de détecter rapidement les modes de propagation qui pourraient indiquer le début d'éclosions d'infections respiratoires. La déclaration rapide d'une éclosion accélérera la mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre les éclosions qui pourraient contribuer à la maîtriser plus rapidement.

La présente section porte sur les mesures de lutte contre les infections respiratoires, à l'exclusion de l'utilisation des médicaments antiviraux. Pour connaître les recommandations relatives au traitement antiviral et à la prophylaxie pendant une éclosion de grippe, veuillez consulter la section 5.

4.1 Mesures de PLI générales

4.1.1 Contexte

Il est reconnu que les virus respiratoires, comme la grippe, le virus respiratoire syncytial (RSV), le parainfluenza, le rhinovirus, l'adénovirus et autres, se transmettent principalement par de grosses gouttelettes de salive. Certains organismes peuvent survivre 24 heures après être tombés sur des surfaces dures. Des mesures de lutte générale, notamment le nettoyage de l'environnement, le port de MPI approprié et l'hygiène des mains, bloqueront ce mode de transmission de la maladie.[23]

Les recommandations suivantes concernant l'hygiène des mains et l'utilisation du MPI sont tirées des documents du CCPMI :

- Pratiques exemplaires d'hygiène des mains, avril 2014;[24]
- Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, novembre 2012;[25]
- Annexe B, Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires, mars 2013;[10]
- Annexe D – Lavez-vous les mains, Pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour tous les lieux de soin, avril 2014;[24]
- Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections, mai 2018.[26]

Pour en faciliter la consultation, des extraits des documents connexes du CCPMI sont inclus ici en faisant référence à la source. Les versions les plus récentes des documents du CCPMI sont accessibles à l'adresse http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx

4.1.2 Hygiène des mains

« Les mains des fournisseurs de soins représentent le vecteur le plus courant de micro-organismes entre [résidents], des [résidents] au matériel et à l'environnement, puis de l'environnement aux [résidents]. Pendant qu'il prodigue des soins, le fournisseur de soins touche à maintes reprises des surfaces et des substances, notamment des objets, la peau intacte ou non intacte du [résident], des muqueuses, des aliments, des déchets, des liquides organiques et son propre corps. Le nombre total d'expositions des mains dans un [FSLD] pourrait atteindre plusieurs dizaines de milliers par jour. Comme chaque contact entre la main et une surface occasionne un échange réciproque de micro-organismes, la flore bactérienne transitoire des mains change continuellement. C'est ainsi qu'en quelques heures, des micro-organismes peuvent se répandre dans l'ensemble d'un environnement de soins »[24]

Dans les FSLD, les maisons de retraite ou d'autres établissements de résidence commune, les infections nosocomiales ont une incidence importante sur la santé et la qualité de vie des résidents. Dans les FSLD et autres établissements de soins de santé, l'observation des recommandations relatives à l'hygiène des mains représente le

meilleur moyen de prévenir la transmission de micro-organismes et de contribuer directement à la sécurité des résidents.[25] Le paragraphe 229(9) du Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* exige que le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques de PLI couramment admises, un programme d'hygiène des mains comprenant l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service.

Désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA)

Les désinfectants pour les mains contenant 70 % d'alcool sont la méthode d'hygiène privilégiée lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées. En cas de souillure visible, il faut se laver les mains avec du savon et de l'eau courante. En l'absence de savon et d'eau courante, il faut d'abord se nettoyer les mains à l'aide d'un essuie-doigts humide pour éliminer toute saleté visible, laisser les mains sécher et utiliser ensuite un DMBA.[24]

Les quatre moments de l'hygiène des mains :[24]

1. Avant le contact initial avec le résident ou son environnement
2. Avant de pratiquer une intervention effractive/aseptique
3. Après un contact comportant un risque d'exposition à des liquides organiques et de contact avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions et les excrétions
4. Après être entré en contact avec l'environnement d'un résident

Encadré 7 : Hygiène des mains du personnel

Hygiène des mains du personnel
En plus des quatre moments de l'hygiène des mains, les bonnes pratiques d'hygiène des mains du personnel incluent notamment les suivantes : • Se laver les mains après tout contact avec des articles que l'on sait ou considère possiblement contaminés par du sang et d'autres liquides organiques, par des sécrétions et des excrétions, y compris les sécrétions respiratoires (p. ex., tubulure à oxygène, masques, mouchoirs et autres articles manipulés par le résident). • Se laver les mains immédiatement après avoir retiré des gants et d'autre MPI. • Se laver les mains entre certaines interventions sur un même résident où il est probable de se souiller les mains afin d'éviter la contamination croisée des différentes régions du corps. • Se laver les mains avant de préparer, de manipuler, de servir ou de manger de la nourriture et avant de nourrir un résident.

Dans la mesure du possible, les travailleurs de la santé ne devraient pas laver leurs mains dans la salle de toilette d'un résident. Si un travailleur de la santé utilise la salle de toilette d'un résident, il faut s'efforcer d'éviter la contamination des mains par l'environnement, p. ex., les robinets. Dans ce cas, il est recommandé d'utiliser un DMBA après s'être lavé les mains.

Encadré 8 : Hygiène des mains des résidents

Hygiène des mains des résidents
En plus des quatre moments de l'hygiène des mains, les bonnes pratiques d'hygiène des mains des résidents doivent être respectées en tout temps, particulièrement durant la saison de la grippe, et incluent notamment les pratiques suivantes : • Les résidents devraient obtenir des directives sur la bonne hygiène des mains et être aidés, au besoin. • Il faut prendre soin de l'hygiène des mains des résidents en tout temps, particulièrement durant la saison de la grippe. • Les mains des résidents devraient être lavées après qu'ils sont allés aux toilettes et lavées ou désinfectées fréquemment avant et après les repas. • Les résidents devraient se laver les mains avant et après les activités communes. • Les résidents devraient se laver les mains lorsqu'ils quittent leur chambre et quand ils y retournent.

4.1.3 Matériel de protection individuelle

Le MPI est utilisé seul ou en combinaison afin de prévenir l'exposition en plaçant un obstacle entre la source infectieuse et les muqueuses, les voies respiratoires, la peau et les vêtements de la personne qui risque d'être infectée. La sélection du MPI est fondée sur la nature de l'interaction avec le résident, ou encore sur le ou les modes probables de transmission d'agents infectieux. La sélection du MPI approprié est fondée sur l'évaluation des risques (p. ex., interaction, état du résident) qui dicte ce qui doit être porté pour rompre la chaîne de transmission.[25]

La sélection des mesures doit se fonder sur la hiérarchie des mesures de lutte. Le MPI se classe au dernier rang de cette hiérarchie. Le MPI est la dernière ligne de défense pour les travailleurs contre les risques associés aux agents infectieux qui ne peuvent être éliminés ou maîtrisés autrement.

Les FSLD doivent s'assurer que le personnel dispose d'un accès rapide et facile au MPI nécessaire et que celui-ci est disponible en quantité suffisante. De plus, les FSLD devraient offrir une formation sur le choix et l'utilisation appropriés du MPI à tous les fournisseurs de soins de santé et autres membres du personnel susceptibles d'être exposés à du sang et à d'autres liquides organiques.[25]

Les FSLD devraient également tenir compte de l'exigence énoncée à cet égard à l'article 10 du Règlement de l'Ontario 67/93 sur les établissements d'hébergement et de soins de santé qui prévoit que :

1) Le travailleur que son employeur ou le présent règlement oblige à porter ou à utiliser un vêtement, un dispositif ou un appareil de protection reçoit une formation sur son entretien, son utilisation et ses limites, avant de le porter ou de l'utiliser pour la première fois, et à intervalles réguliers par la suite, et il participe à cette formation.

2) L'équipement de protection individuelle à fournir, porter ou utiliser réunit les conditions suivantes :
   a) il est convenablement utilisé et entretenu;
   b) il est de taille appropriée;
   c) il est inspecté pour déceler tout signe de dommage ou de détérioration;
   d) il est rangé dans un endroit pratique, propre et hygiénique quand il n'est pas utilisé.

Gants

Lorsqu'un résident fait l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes et les contacts, des gants sont utilisés pour prodiguer des soins directs. De plus, il faut porter des gants lorsqu'on prévoit un contact des mains avec des muqueuses, de la peau endommagée, des tissus, du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excrétions, du matériel ou des surfaces contaminés par ces derniers.[25]

L'utilisation de gants de façon arbitraire ou inappropriée a été reliée à la transmission de micro-organismes. Les gants sont propres à une tâche et à usage unique.[25]

Encadré 9 : Utilisation appropriée des gants[25]

Utilisation appropriée des gants
Utilisation appropriée des gants : • Porter la bonne taille de gants. • Toujours porter des gants immédiatement avant de s'adonner à l'activité à laquelle ils sont destinés. • Se nettoyer les mains avant de mettre des gants pour pratiquer une intervention de nettoyage ou d'antisepsie. • Enlever avec soin et jeter immédiatement les gants après avoir terminé l'activité pour laquelle ils ont été utilisés. • Se laver les mains immédiatement après avoir enlevé les gants. • Remplacer ou enlever les gants lorsqu'on passe d'une zone contaminée à une zone propre du même résident. • Remplacer ou enlever les gants après avoir touché une zone contaminée et avant de toucher une zone intacte ou l'environnement. • Ne pas laver les gants ni les réutiliser. • Ne pas utiliser la même paire de gants pour prodiguer des soins à plus d'un résident. • Il n'est pas recommandé de porter deux paires de gants.
Autres considérations : • Les gants devraient servir de mesure supplémentaire, non de substitut à l'hygiène des mains. • Il est recommandé de porter des gants au moment de prodiguer des soins nécessitant un contact direct avec un résident malade. • Enfiler les gants avant d'entrer dans la chambre d'un résident ou dans l'espace qui lui est réservé et les retirer avant d'en ressortir.

- Les gants sont propres à une tâche et à usage unique. Changer les gants entre les interventions salissantes et propres pratiquées sur un même résident (p. ex., après l'aspiration ouverte d'une trachéotomie et le reste des soins).
- Le port de gants qui serrent le poignet est privilégié lorsqu'on porte une blouse parce que ces gants couvrent la manche de la blouse et offrent une meilleure protection pour les bras, les poignets et les mains.

Masques

Un fournisseur de soins de santé utilise un masque (en plus de la protection oculaire) pour protéger les muqueuses du nez et de la bouche dans le cadre d'interventions ou d'activités liées aux soins qui risquent d'occasionner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions ou qui sont pratiquées dans un rayon de deux mètres d'un résident qui tousse.[25]

Encadré 10 : Utilisation appropriée du masque[25]

Utilisation appropriée du masque

Utilisation appropriée du masque :

- Choisir un masque qui correspond à l'activité à pratiquer.
- Le masque doit couvrir le nez et la bouche sans risque de tomber.
- Changer le masque s'il devient mouillé.
- Ne pas toucher le masque pendant qu'on le porte.
- Retirer correctement le masque immédiatement après avoir accompli la tâche et le jeter dans une poubelle appropriée.
- Ne pas accrocher le masque dans le cou ni l'y laisser pendre.
- Se nettoyer les mains après avoir retiré le masque.
- Ne pas réutiliser des masques jetables.
- Ne pas plier le masque ni le mettre dans sa poche en vue d'une utilisation future.

Autres considérations :

- Il est recommandé de porter un masque au moment de prodiguer des soins nécessitant un contact direct avec un résident malade ou dans un rayon de deux mètres d'un résident qui tousse.
- Pour prodiguer des soins à un résident souffrant d'une maladie respiratoire, mettre un masque chirurgical sur le résident, s'il le tolère, lorsqu'il quitte sa chambre (p. ex., en cas de transfert à l'hôpital). En l'absence de masque ou s'ils ne sont pas tolérés, on encouragera les résidents à employer d'autres méthodes pour se couvrir la bouche et le nez lorsqu'ils éternuent ou toussent (avec un mouchoir en papier par exemple).
- Il faut changer le masque s'il devient mouillé ou contaminé par des sécrétions.
- Le personnel portant un masque doit le retirer avec des mains propres avant de soigner un autre résident et avant de quitter l'environnement qui lui est

réservé.
- Manipuler les masques uniquement à l'aide des cordons ou des attaches, pour éviter l'auto-contamination.
- Remplacer les masques conformément aux recommandations du fabricant.
- Les mesures d'hygiène des mains devraient être respectées avant et après avoir retiré le masque.

Protection oculaire

Un fournisseur de soins de santé utilise une protection oculaire (en plus du masque) pour protéger les membranes des yeux dans le cadre d'interventions ou d'activités liées aux soins qui risquent d'occasionner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions ou qui sont pratiquées dans un rayon de deux mètres d'un résident qui tousse.[25]

Encadré 11 : Utilisation appropriée de la protection oculaire[25]

Utilisation appropriée de la protection oculaire
Utilisation appropriée de la protection oculaire : • Il faut enlever la protection oculaire immédiatement après avoir accompli la tâche pour laquelle elle a été utilisée, puis la jeter dans une poubelle ou encore la placer dans un contenant approprié afin qu'elle soit nettoyée. • Les lunettes sur ordonnance ne sont pas acceptables aux fins de protection oculaire. **Autres considérations :** • Si on porte un masque, la protection oculaire est nécessaire. Toutefois, si on porte un écran facial, aucun masque n'est nécessaire. • La protection oculaire comprend les lunettes de sécurité, les lunettes à coques et les écrans faciaux. Elle ne comprend pas les lunettes personnelles. • Il faut porter une protection oculaire en cas de risques d'éclaboussures ou de vaporisation de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions, notamment en raison d'une intervention causant une toux ou la création d'aérosols, au moment de prodiguer des soins directs aux résidents. • Retirer soigneusement les lunettes de sécurité, les lunettes à coques et les écrans faciaux afin d'éviter l'auto-contamination. • S'il est réutilisé, le matériel de protection oculaire devrait être nettoyé d'une manière qui évite la contamination. Les lunettes de sécurité, les lunettes à coques ou les écrans faciaux devraient être nettoyés entre chaque usage conformément aux recommandations du fabricant, au minimum à l'aide d'un désinfectant de faible niveau. • Pour prévenir l'auto-contamination, les travailleurs de la santé ne devraient pas porter les mains à leurs yeux lorsqu'ils prodiguent des soins à un résident atteint d'une maladie respiratoire. • Les mesures d'hygiène des mains devraient être respectées avant et après

avoir retiré la protection oculaire.

Blouses

Il est recommandé de porter une blouse dans le cadre d'une intervention ou d'une activité liée aux soins qui risque d'occasionner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions ou lorsqu'un résident fait l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes ou contre les contacts et que des soins directs seront prodigués.[25]

Les blouses à manches longues protègent les avant-bras et les vêtements du fournisseur de soins de santé contre les éclaboussures et les souillures de liquides organiques dans le cadre d'interventions et d'activités liées aux soins des résidents qui risquent de provoquer des éclaboussures ou la vaporisation de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions.[25]

Encadré 12 : Utilisation appropriée de la blouse[25]

Utilisation appropriée de la blouse
Utilisation appropriée de la blouse : • Les blouses ne devraient être portées que pour prodiguer des soins aux résidents, comme cela est indiqué ci-dessus. • Lorsque le port d'une blouse est indiqué, cette dernière doit être portée de façon appropriée immédiatement avant d'effectuer la tâche, c.-à-d. attachée au haut et à la taille. • Enlever la blouse immédiatement après avoir effectué la tâche pour laquelle elle était destinée, d'une manière qui prévient la contamination des vêtements ou de la peau ainsi que le ballottement de la blouse. • Après avoir enlevé la blouse, la placer immédiatement dans le contenant approprié. Ne pas suspendre la blouse en vue d'une utilisation ultérieure. • Ne pas réutiliser la blouse. Ne pas passer d'un patient à un autre en portant la même blouse. **Autres considérations :** • Retirer les blouses avant de quitter la chambre des résidents ou l'espace qui leur est réservé.

Il importe de retirer le MPI correctement (c'est-à-dire dans le bon ordre) pour prévenir la contamination croisée et le risque de propagation de l'infection entre les résidents. Retirer les blouses incorrectement pose également un risque d'auto-contamination.

4.2 Mesures de PLI destinées aux résidents

Comme le mentionne l'introduction, les recommandations contenues dans ce document visent à protéger la santé des résidents. Les recommandations sont formulées dans l'intérêt des populations de résidents à risque. Les titulaires de permis de FSLD sont également tenus de respecter pleinement et de promouvoir les droits individuels des

résidents énoncés dans la déclaration des droits en vertu de l'art. 3 de la LFSLD. Les FSLD et le BSP doivent collaborer pour veiller au plein respect et à la promotion des droits qui sont conférés aux résidents en vertu de la LFSLD, tout en mettant en œuvre des mesures de lutte contre les éclosions qui permettent d'assurer la protection des populations de résidents et qui sont adéquates et adaptées au profil de risque de l'éclosion.

Le personnel des BSP a toujours considéré qu'il était important de tenir compte des droits individuels des résidents dans le cadre de l'élaboration des recommandations liées à la gestion des éclosions; cependant, en vertu de la LPPS, les BSP formulent des recommandations qui visent à protéger la santé des résidents des FSLD.

Lorsqu'il communique à un FSLD des recommandations et des mesures de lutte contre les éclosions, le personnel du BSP doit insister sur la nécessité de respecter les principes de prévention et de lutte contre les infections dans le cas des demandes de visite exceptionnelle; ainsi, il doit inviter le personnel du FSLD à communiquer avec le BSP pour s'informer de la marche à suivre, en cas d'incertitudes, au sujet des mesures à prendre pour atténuer les risques liés à la lutte contre l'infection qui sont associés à une demande d'un résident, de sa famille ou de son mandataire spécial. Il s'agit par exemple de demandes qui visent à permettre à des enfants de rendre visite à un résident pendant une éclosion dans le cas où le FSLD ne possède pas de MPI pour les enfants ou à un visiteur de se rendre auprès de plusieurs résidents.

Le PPI du FSLD ou son remplaçant doit communiquer avec le BSP pour soupeser les besoins du résident par rapport au risque connexe pour la santé des autres résidents; à cette étape, il est possible d'avoir une discussion sur la question de savoir si on peut accepter la demande et la manière d'y donner suite.

Lorsqu'ils formulent des recommandations à l'égard de la gestion d'une éclosion, les BSP doivent évaluer le risque de non-conformité aux mesures de lutte contre l'éclosion auquel est exposé l'ensemble des résidents.

Les FSLD et les BSP discutent généralement les mesures de lutte contre les éclosions d'infections respiratoires avec les membres de l'ÉGÉ et déterminent avec eux les mesures appropriées à mettre en œuvre. Le degré auquel les mesures de lutte contre les éclosions peuvent être mises en œuvre varie et les mesures jugées raisonnables ne sont pas toujours les mêmes au cours de l'évolution de chaque éclosion. Voici des exemples de mesures raisonnables et appropriées à prendre pendant une éclosion :

- limiter les heures de visite;
- limiter le nombre de résidents avec lesquels un visiteur peut entrer en contact;
- exiger que chaque personne qui prodigue des soins directs (y compris les visiteurs, les autres résidents, etc.) porte le MPI nécessaire;
- interdire les visites pour les visiteurs atteints d'une IRA;
- exiger que les visiteurs portent le MPI requis lorsqu'ils visitent un résident qui fait l'objet de précautions supplémentaires, puis qu'ils le retirent soigneusement, le mettent à la poubelle et se lavent les mains au moment de quitter la chambre;

- exiger que les visiteurs ou autres résidents portent une blouse, un masque ou d'autre MPI s'ils souffrent d'une IRA, s'ils quittent leur chambre et (ou) s'ils sont dans un rayon de deux mètres d'autres personnes qui ne portent pas de MPI;
- aux entrées et (ou) dans les services/zones infectés des FSLD, afficher des panneaux qui découragent les visites pendant l'éclosion;
- signaler l'éclosion aux personnes concernées.

Cependant, il peut s'avérer nécessaire d'adopter des mesures de contrôle plus restrictives lorsque l'éclosion pose un risque accru pour les résidents du FSLD. Les mesures de lutte contre l'éclosion recommandées par le BSP peuvent également parfois entrer en conflit avec les mesures en place. Si le BSP juge que le risque de non-conformité aux recommandations de lutte contre l'éclosion est élevé, soit que la probabilité d'effets néfastes (p. ex., transmission de la maladie) sur la santé des autres résidents est élevée, il peut demander au médecin hygiéniste ou à son mandataire désigné de signifier une ordonnance écrite au titulaire de permis du FSLD pour veiller au respect de ces recommandations. Dans de telles circonstances, il s'avère raisonnable et nécessaire que le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné, s'il juge que les critères prévus par la loi sont remplis, signifie une ordonnance prise en application de l'article 22 de la LPPS au titulaire de permis du FSLD afin :

- d'interrompre les nouvelles admissions au FSLD;
- de limiter les allées et venues des résidents du FSLD;
- d'interdire aux visiteurs l'accès au FSLD.

Ces mesures, et d'autres que le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné peut énoncer dans l'ordonnance, sont plutôt importantes; dans pareils cas, on peut discuter avec le FSLD de mesures moins strictes à mettre en œuvre avant d'interrompre les admissions au FSLD ou d'en interdire complètement l'accès aux visiteurs.

4.2.1 Admissions de nouveaux résidents et réadmissions

Lorsqu'ils sont aux prises avec une éclosion, les FSLD, avec l'aide du BSP au besoin, doivent se montrer vigilants à l'égard des résidents qui sont admis au FSLD pour la première fois ou qui y sont réadmis et exercer une diligence raisonnable pour assurer la protection de ces résidents et (ou) des résidents avec lesquels ils peuvent entrer en contact.

Les décisions liées aux admissions de nouveaux résidents et aux réadmissions peuvent être prises en consultation avec le BSP, au besoin. Les facteurs à prendre en compte à cet égard sont indiqués ci-dessous.

Pour gérer de façon exhaustive la question de l'admission de nouveaux résidents au FSLD ou de la réadmission de résidents à celui-ci depuis des hôpitaux, il s'avère nécessaire de tenir compte d'un certain nombre de facteurs, notamment le risque d'un séjour prolongé à l'hôpital (et l'exposition à d'autres risques d'infections nosocomiales), le risque pour les résidents et, dans le contexte plus global des soins de santé, pour les patients. La limitation des admissions à un FSLD aux prises avec une éclosion peut causer des retards dans les services des urgences ou les services de soins actifs, ce

qui pose un risque pour les patients qui font appel à ces services. En revanche, dans le cas où l'on admet un résident non exposé dans un FSLD, le résident peut être exposé à un risque et la durée de l'éclosion peut ainsi s'en trouver prolongée, ce qui peut avoir des répercussions sur l'ensemble des résidents. Par conséquent, il importe d'adopter une démarche mesurée et bien étudiée, en consultation avec le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné, au besoin.

Selon l'organisme responsable, la gravité de la maladie, l'ampleur de l'éclosion et l'aménagement de l'édifice, des restrictions à l'admission peuvent ou non être appliquées à un étage, à une aile ou à tout le FSLD.[27]

Une personne qui a déposé une demande d'admission à un FSLD ne peut pas être retirée de la liste d'attente de celui-ci dans le cas où une éclosion l'empêche d'y être admise et où le RLISS concerné a proposé d'autoriser l'admission de cette personne au FSLD (Règl. de l'Ont. 79/10, art. 167).

Admission de nouveaux résidents et réadmission de résidents en bonne santé

Du point de vue de la vulnérabilité à la transmission de la maladie, l'admission de nouveaux résidents et la réadmission de résidents dont le nom ne figure pas sur la liste de cas liés à l'éclosion (c.-à-d. qui ne sont pas des cas connus) sont généralement déconseillées pendant une éclosion (se reporter à l'examen de la question ci-dessus).

Il faut examiner avec précaution les modifications à cette mesure de lutte contre l'éclosion dans l'optique de la sécurité et de la qualité de vie des résidents, ainsi que de la capacité du système (Voir l'annexe 10 – Algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'éclosions). Si l'on envisage d'admettre de nouveaux résidents et (ou) de réadmettre des résidents en bonne santé, les membres de l'ÉGÉ du FSLD et du BSP doivent discuter la situation et examiner minutieusement tous les facteurs pertinents à évaluer, dont ceux indiqués ci-dessous.

- Quel est l'état actuel de l'éclosion en cours dans le FSLD? Que sait-on du pathogène qui est à l'origine de l'éclosion (s'il est connu) et de sa gravité?
- Le médecin traitant du résident accepte-t-il qu'il soit admis/réadmis, selon l'examen de l'état de santé actuel de ce dernier, et est-il au courant de l'éclosion?
- Le résident est-il protégé du pathogène à l'origine de l'éclosion au moyen de mesures de PLI appropriées? Si l'éclosion est attribuable à la grippe, le résident est-il protégé par un vaccin et (ou) un médicament antiviral?
- Le résident que l'on envisage de réadmettre a-t-il accès à des services d'hébergement appropriés? Le résident sera-t-il réadmis dans un service du FSLD qui est touché par l'éclosion?
- A-t-on fourni des renseignements sur la réadmission au FSLD au résident ou à son mandataire spécial?

Réadmission de résidents

La réadmission de résidents, notamment ceux qui reviennent de l'hôpital, dont le nom figurait sur la liste de cas liés à l'éclosion, est permise si des services d'hébergement et des soins appropriés peuvent être offerts; l'hypothèse de base est que le résident a été

exposé à l'organisme responsable et qu'il est maintenant immunisé.[27] Si, toutefois, il s'agit d'une éclosion de grippe confirmée par des résultats de laboratoire, les résidents qui sont réadmis devraient prendre des médicaments de prophylaxie antiviraux comme les autres résidents.

4.2.2 Absences du FSLD qui dépassent le nombre de jours maximum permis en raison d'une éclosion et réadmissions

Le lit d'un résident qui quitte le FSLD pour une raison médicale lui sera réservé tant que l'absence pour raison médicale ne dépasse pas 30 jours. Dans le cas d'une absence pour raison psychiatrique, le lit sera réservé pendant une période maximale de 60 jours.

Si l'absence du résident pour raison médicale ou psychiatrique dépasse le nombre de jours maximum indiqué ci-dessus, le résident recevra son congé du FSLD; le résident sera ensuite inscrit dans la catégorie de réadmission au foyer qui lui donnera priorité pour être réadmis au foyer lorsqu'il sera assez bien pour y retourner. Toutefois, si un résident ne peut retourner au FSLD en raison d'une éclosion dans le foyer, le titulaire d'un permis de FSLD n'est pas autorisé à donner son congé au résident, qui retournera au foyer lorsque l'éclosion sera déclarée terminée (Règlement de l'Ontario 79/10, art. 146).

4.2.3 Isoler les résidents symptomatiques dans leur chambre

Les cas (résidents malades) devraient être encouragés à rester dans leur chambre et devraient faire l'objet de précautions contre la transmission par gouttelettes et les contacts pendant une période de 5 jours suivant l'apparition d'une maladie grave ou jusqu'à ce que les symptômes soient disparus (selon la période la plus courte). Dans le cas de certains pathogènes, la période de transmissibilité peut être supérieure à 5 jours, mais, pour des raisons pratiques, cette mesure peut quand même être appliquée dans les cas d'éclosions causées par des virus respiratoires autres que celui de la grippe où dans le cas d'éclosions où le pathogène n'est pas connu. Certaines éclosions d'infections respiratoires peuvent nécessiter des périodes d'isolement plus longues. Cette décision serait prise en consultation avec l'ÉGÉ. Pour la grippe, la recommandation d'isoler les résidents dans leur chambre est attribuable à l'augmentation de l'excrétion du virus qui a lieu lorsque les patients sont symptomatiques; la restriction des résidents malades à leur chambre est recommandée tant que l'isolement ne cause aucun stress indu ni aucune agitation chez le résident. Si, par contre, la restriction cause du stress indu ou de l'agitation, on peut envisager d'autres mesures de PLI, notamment l'utilisation d'un masque chirurgical et la conformité aux pratiques d'hygiène des mains, à la discrétion du FSLD en consultation avec le BSP.

Les résidents atteints d'une IRA qui n'ont pas de chambre individuelle peuvent être gérés dans leur espace lit en appliquant les précautions contre la transmission par gouttelettes et les contacts en tirant les rideaux séparateurs lorsque ces mesures sont offertes.[25] Cependant, les résidents peuvent quitter leur chambre s'ils peuvent respecter les exigences en matière d'hygiène des mains et de port d'un masque chirurgical. Cette

stratégie pourrait ne pas être applicable à toutes les populations et son application est laissée à la discrétion du FSLD en consultation avec le BSP.

4.2.4 Isoler les résidents dans leur service

Dans certains FSLD, si les résidents malades ne peuvent être confinés dans une zone du FSLD, il faut envisager de déclarer l'éclosion à l'échelle de l'établissement. Si des cas sont confinés à un service, tous les résidents et membres du personnel de ce service doivent éviter les contacts avec les autres résidents et employés du FSLD.[25] D'autres activités/ressources récréatives devraient être offertes. Dans certains FSLD, l'éclosion peut être confinée à un ou plusieurs services sans qu'il faille déclarer l'éclosion à l'échelle de l'établissement; cela dépendra toutefois de plusieurs facteurs, comme la conception des installations, l'organisme causal, la vitesse de propagation, la proximité des cas et les ressources en personnel.

4.2.5 Rencontres de groupe et autres activités

Dans la mesure du possible, il faut encourager les résidents symptomatiques à demeurer dans leurs services. Il est toujours important d'établir un juste équilibre entre les droits des résidents et la nécessité de gérer l'éclosion. Il pourrait être nécessaire de reporter les activités prévues (p. ex., activités du temps des fêtes). L'ÉGÉ doit discuter de la restriction des activités et étudier la question au fil de l'évolution de l'éclosion.

Si cela s'avère possible, il faut envisager de planifier les activités de manière à permettre aux résidents qui ne sont pas malades d'y participer, selon l'endroit où ils se trouvent.

La mise en œuvre des mesures suivantes devrait être envisagée durant une éclosion, selon ce qu'en décideront l'ÉGÉ et les autorités locales :

- Modifier l'horaire des rencontres de groupe prévues au service / à l'étage touché. Les rencontres ou autres activités prévues aux endroits qui ne sont pas touchés peuvent toutefois avoir lieu.
- Interrompre les sorties de groupe prévues pour les résidents du service / de l'étage touché.
- Les membres de l'ÉGÉ doivent discuter la possibilité de limiter les rencontres ou autres activités prévues dans l'ensemble du FSLD si l'éclosion se propage dans plusieurs services/étages.
- Interdire les visites par des groupes externes (p. ex., des artistes, des organismes bénévoles et des groupes communautaires), selon ce que l'ÉGÉ juge nécessaire.
- Rendre les services offerts sur place, comme les programmes de physiothérapie et de soins des pieds, dans les chambres des résidents, dans la mesure du possible. Le cas échéant, prendre les précautions appropriées dans le cas des résidents malades.
- Veiller à ce qu'il n'y ait aucune interaction entre les résidents du service / de l'étage touché et les participants aux programmes de garde d'enfants offerts sur place ou aux autres programmes de jour.

4.2.6 Rendez-vous médicaux

Les rendez-vous non urgents pris avant l'éclosion peuvent être remis à la discrétion du médecin traitant, avec le consentement du résident / mandataire spécial.

4.2.7 Transfert à l'hôpital

Le MSSLD a comme politique de n'effectuer aucun transfert de résidents entre établissements sans que l'établissement d'origine n'obtienne un numéro d'autorisation de transfert médical fourni auprès du Centre provincial d'autorisation du transfert des patients (CPATP). Cette politique s'applique également aux résidents qui sont transportés d'un établissement de soins de santé au bureau privé d'un médecin ou d'un dentiste pour traitement et vice-versa. Bien entendu, la politique ne s'applique pas aux situations d'urgence mettant la vie en danger pour lesquelles il n'est PAS nécessaire d'obtenir une autorisation de transfert.

Avant d'envoyer un résident malade aux soins actifs, l'établissement devrait aviser l'établissement de soins de santé d'accueil et le CPATP que le foyer est touché par une éclosion.

Pour communiquer avec le CPATP :

- composez le 1-866-869-7822
- https://www.hospitaltransfers.com/transfer/

Si la demande est approuvée, un numéro d'autorisation sera immédiatement émis, puis transmis en ligne ou télécopié, selon la méthode utilisée pour obtenir le numéro d'autorisation du transfert médical auprès du CPATP.

L'objectif est de protéger les établissements d'origine et d'accueil, les services paramédicaux, les entreprises de transfert privées et le public en s'assurant que des mesures de protection individuelle appropriées sont prises, limitant ainsi le risque de propagation.

Le PPI de l'hôpital doit disposer de tous les renseignements pertinents sur l'éclosion afin de s'assurer de mettre en place des mesures de lutte contre les infections à l'arrivée du résident. Il doit savoir si le résident transféré est un cas consigné ou non. Les renseignements exigés peuvent être transmis à l'aide de la lettre de transfert durant une éclosion ci-jointe (annexe 9).

De plus, le fait d'aviser l'hôpital d'accueil si le résident transféré était ou n'était pas sur la liste de cas permet à l'hôpital d'entreprendre la planification de la mise en congé.

4.2.8 Transfert dans un autre foyer de soins de longue durée

Les transferts de résidents symptomatiques (de n'importe lequel des services du foyer) vers un autre foyer de soins de longue durée sont déconseillés durant une éclosion. L'ÉGÉ devrait discuter les exceptions à cette recommandation et prendre des décisions au cas par cas. Tous les transferts doivent passer par le CPATP. Consulter le processus d'autorisation du CPATP ci-dessus.

4.3 Mesures de PLI destinées au personnel, aux étudiants et aux bénévoles

4.3.1 Signalement de maladies respiratoires

Les membres du personnel, les bénévoles et les travailleurs contractuels atteints d'une IRA ne doivent pas entrer dans le FSLD; ils doivent signaler toute maladie respiratoire à leur superviseur, qui doit transmettre l'information à l'infirmière ou l'infirmier du service de santé des employés ou au PPI.[5]

4.3.2 Exclusion des employés, des étudiants et des bénévoles atteints d'une infection respiratoire aiguë

Les employés, les étudiants et les bénévoles présentant des symptômes d'infection respiratoire doivent s'abstenir de se présenter sur leur lieu de travail ou de stage durant cinq jours à partir du moment de l'apparition des symptômes d'une maladie respiratoire ou jusqu'à ce que ces symptômes aient disparu, selon la période la plus courte.[5] Cela comprend les employés, les étudiants et les bénévoles qui prennent des médicaments antiviraux.

4.3.3 Travail dans d'autres établissements

Durant les éclosions non attribuables à la grippe, les employés, les étudiants et les bénévoles en santé pourraient être en mesure de travailler/fournir des services dans un autre établissement, selon ce qu'en décideront l'ÉGÉ et les autorités locales.

Durant une éclosion attribuable à la grippe, les employés vaccinés ou qui prennent un médicament antiviral peuvent travailler dans d'autres établissements. Toutefois, les employés non vaccinés qui ne reçoivent pas la prophylaxie doivent laisser passer une période d'incubation (3 jours) à partir de leur dernier jour de travail dans l'établissement ou le service aux prises avec une éclosion avant de travailler dans un établissement où il n'y a pas d'éclosion, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas porteurs de la grippe. Toutefois, les employés non vaccinés qui suivent une thérapie antivirale prophylactique et qui désirent travailler dans un autre établissement peuvent le faire en prenant en considération les éléments suivants :

- Ils ne présentent pas de fièvre, ni d'autres symptômes d'IRA.
- Cela ne contrevient pas aux politiques de l'établissement d'accueil, qui auraient préséance sur les présentes directives générales.
- Cela ne contrevient pas à la directive fournie par le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné, selon les renseignements dont ils disposent à l'égard de l'épidémiologie de l'éclosion ou d'autres considérations régionales.

Les employés, les étudiants et les bénévoles présentant des symptômes respiratoires ou faisant de la fièvre doivent s'abstenir de travailler / d'offrir des services dans un établissement de soins de santé.[5]

4.3.4 Regrouper le personnel en cohortes

Durant les éclosions non attribuables à la grippe, il faut envisager de regrouper le personnel en cohortes et de répartir les tâches entre les résidents et les services qui sont touchés par l'éclosion et ceux qui ne sont pas touchés. Sinon, il convient d'envisager la possibilité d'affecter le personnel à un seul service, dans la mesure du possible. Il faut essayer de réduire au minimum les déplacements du personnel, des étudiants ou des bénévoles d'un étage à l'autre et d'un secteur à l'autre, surtout si certains services ne sont pas touchés.[25]

4.3.5 Exclusion du personnel non vacciné

Durant une éclosion de grippe confirmée par des analyses de laboratoire, le personnel qui a été vacciné au moins deux semaines avant la déclaration de l'éclosion peut travailler dans l'établissement où l'éclosion a été signalée. Les employés non vaccinés peuvent retourner travailler au foyer touché dès qu'ils reçoivent une prophylaxie antivirale appropriée. Si des difficultés concernant le respect des exclusions de travail surgissent, des options devront être abordées avec l'ÉGÉ.[5]

4.4 Mesures de PLI destinées aux visiteurs et aux personnes soignantes payées par le bénéficiaire

4.4.1 Avis aux visiteurs et aux personnes soignantes payées par le bénéficiaire

Durant une éclosion de maladie pouvant être prévenue par vaccination, comme une grippe ou une pneumonie, tous les visiteurs et toutes les personnes soignantes payées par le bénéficiaire doivent être encouragés à se faire vacciner, s'il y a lieu (p. ex. vaccin contre la pneumonie offert seulement aux personnes de plus de 65 ans), étant donné que certains résidents pourraient ne pas l'être ou que le vaccin pourrait leur procurer une protection réduite.[10] Les FSLD doivent afficher à toutes les entrées des panneaux indiquant qu'il y a une éclosion.

Les visiteurs / personnes soignantes payées par le bénéficiaire doivent être avisés du risque potentiel d'introduire ou de contracter la maladie dans le foyer ainsi que des restrictions de visite définies ci-après. Les FSLD peuvent choisir d'aviser les familles de l'éclosion et de son incidence sur les visites.

4.4.2 Restrictions imposées aux visiteurs et aux personnes soignantes payées par le bénéficiaire

Les visiteurs / personnes soignantes payées par le bénéficiaire qui sont malades doivent être interdits d'accès au foyer, sauf dans des circonstances exceptionnelles. Dans de telles circonstances, ils doivent porter le MPI approprié, se laver les mains dès

leur arrivée, au besoin pendant leur visite et lorsqu'ils quittent la chambre du résident et le FSLD et, finalement, ils doivent restreindre leur visite au résident.[25]

Les visiteurs / personnes soignantes payées par le bénéficiaire en bonne santé qui décident d'effectuer une visite durant une éclosion *et qui ne fourniront pas de soins directs* à un résident malade doivent :

- envisager le port du MPI s'ils prévoient effectuer une nouvelle visite la semaine suivante, ce qui leur permettra également de réduire le risque de tomber eux aussi malades;
- se laver les mains à leur entrée dans le FSLD ainsi qu'avant leur entrée dans la chambre d'un résident et à leur sortie de celle-ci;
- limiter leur visite à la chambre du résident concerné et éviter les aires communes;
- dans la mesure du possible, rendre visite à un seul résident et quitter le FSLD immédiatement après la visite; dans le cas de plusieurs résidents se trouvant à des endroits différents dans le FSLD, on recommande de rendre d'abord visite à celui qui est en bonne santé (qui n'est pas touché par l'éclosion);
- ne pas se mêler aux autres résidents.

Outre ces recommandations, les visiteurs / personnes soignantes payées par le bénéficiaire en bonne santé qui décident d'effectuer une visite pendant une éclosion *et qui fourniront des soins directs* à un résident malade doivent être tenus de porter le MPI approprié.

Qui plus est, les recommandations suivantes à l'égard des restrictions imposées aux visiteurs s'appliquent :

- les foyers afficheront des avis sur la porte de chambre des résidents malades ou dans d'autres endroits visibles, demandant à tous les visiteurs de s'informer au poste de soins infirmiers avant d'entrer dans la chambre. Il faut aviser les visiteurs des restrictions définies ci-dessus les concernant;
- les résidents malades peuvent recevoir leurs visiteurs uniquement dans leur chambre.

À moins que le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné n'ait rendu une ordonnance à cet égard, le fait d'interdire toute visite dans un FSLD n'est pas autorisé, car cela peut provoquer un stress émotif chez les résidents et les visiteurs. Cependant, dans des circonstances exceptionnelles, le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné peut juger que le risque est assez important pour qu'il faille mettre en place une telle mesure. Dans ces circonstances, le médecin hygiéniste doit signifier une ordonnance au titulaire de permis pour assurer la conformité. Il importe toutefois de noter que, même en pareil cas, il existe des circonstances personnelles exceptionnelles dans lesquelles l'interdiction de visite n'est ni morale, ni autorisée. Dans ces circonstances, le FSLD doit veiller à se conformer aux exigences de lutte contre les infections applicables. De plus, comme les décisions qui visent à limiter l'accès des visiteurs avec ou sans ordonnance du médecin hygiéniste peuvent être contestées,

elles doivent être examinées et mises en œuvre avec précaution. Elles doivent d'ailleurs faire l'objet de discussions au sein de l'ÉGÉ.

4.5 Nettoyage de l'environnement et désinfection

Les pratiques de base reposent sur le principe selon lequel tous les résidents, leurs sécrétions, leurs excrétions et leurs liquides organiques ainsi que l'environnement dans lequel ils se trouvent pourraient être contaminés par des micro-organismes nuisibles. En mettant en pratique à tout moment de simples mesures de prévention, qu'une maladie soit « connue » ou non, les membres du personnel protégeront les résidents/visiteurs et se protégeront eux-mêmes contre un risque d'infection inconnu et non diagnostiqué.[26]

Durant une éclosion, on peut exiger un nettoyage supplémentaire ou plus approfondi d'un établissement de soins de santé afin de contenir la propagation du micro-organisme responsable de celle-ci. Les politiques et méthodes en matière de dotation en personnel dans les services environnementaux (SE) devraient prévoir la capacité d'absorber une augmentation du nombre de patients (c.-à-d. personnel, supervision, fournitures et matériel supplémentaires) en cas d'éclosion selon ce qu'a déterminé le comité de gestion des éclosions. Ce comité devrait inclure, entre autres services, un représentant des SE qui dirigera la coordination des activités de ce service.[26]

Les BSP et les FSLD devraient se familiariser avec les *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé, avril 2018* du CCPMI.[26] Ce document aide le personnel des BSP et des FSLD à évaluer les exigences en matière de nettoyage.

- La fréquence du nettoyage de l'environnement est déterminée conformément au modèle de stratification du risque présenté à l'annexe B des *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé, avril 2018* du CCPMI.[26]
- Niveau et fréquence minimaux recommandés de nettoyage et de désinfection du matériel non critique destiné aux soins des résidents et des objets utilisés dans l'environnement, annexe 2 des *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé, avril 2018* du CCPMI.[26]

En outre, on doit établir des procédures d'attribution de la responsabilité à l'égard du nettoyage courant de toutes les surfaces et des articles non critiques pour le soin des résidents.

5 Utilisation d'antiviraux antigrippaux à l'intention des résidents et du personnel

La vaccination est reconnue comme étant la pierre angulaire de la prévention ou de l'atténuation des risques d'infection grippale chez les personnes qui présentent un risque élevé de maladie grave ou de décès causés par la grippe et ses complications.

Les membres du personnel et leurs employeurs devraient promouvoir activement, appliquer et respecter les recommandations relatives à la vaccination antigrippale afin de réduire le risque d'infection et de complications au sein des populations vulnérables dont ils s'occupent. Pour connaître les recommandations relatives à l'immunisation, veuillez vous reporter à la déclaration sur la vaccination antigrippale du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour la saison en cours.[9]

La prophylaxie antivirale ne devrait pas remplacer la vaccination antigrippale annuelle.

On recommande un médicament antiviral pour la gestion des éclosions de grippe A et (ou) de grippe B. Les antiviraux jouent un rôle très important dans la gestion et l'élimination des éclosions. Les recherches ont démontré que les médicaments antiviraux sont efficaces pour la prévention (prophylaxie) et le traitement précoce de l'infection grippale. L'utilisation de médicaments antiviraux, de concert avec le recours à d'autres mesures de lutte contre les éclosions, peut permettre de maîtriser rapidement les éclosions de grippe dans les établissements de soins de santé.[28] Le vaccin antigrippal offre une protection incomplète aux personnes âgées et immunodéprimées.[9] Les médicaments antiviraux offrent à ces populations une protection qui s'ajoute à celle du vaccin antigrippal annuel. Ils sont également efficaces pour prévenir la grippe chez les adultes en bonne santé non vaccinés.[28]

Deux médicaments antiviraux sont actuellement utilisés au Canada pour le traitement et la prophylaxie de la grippe : l'oseltamivir (par voie orale) et le zanamivir (par inhalation). Les deux médicaments sont des inhibiteurs de la neuraminidase qui contribuent à enrayer la réplication du virus de la grippe.[28] Le zanamivir n'est généralement pas recommandé pour les résidents, car ils peuvent avoir de la difficulté à utiliser l'inhalateur.

On devrait prendre les décisions relatives à la prophylaxie ou au traitement antiviral en se fondant sur les données actuelles concernant les souches de grippe en circulation, y compris la résistance aux antiviraux. Les isolats de la grippe font l'objet de tests au laboratoire national de microbiologie pour déterminer leur résistance aux antiviraux dans le cadre de la surveillance de routine et les résultats sont publiés dans le Bulletin sur les pathogènes respiratoires en Ontario de SPO, les Rapports de surveillance des agents pathogènes des voies respiratoires et le rapport national Surveillance de l'influenza.[1,29,30]

On conseille aux fournisseurs de soins de santé de consulter les mises à jour sur l'activité grippale et les tendances en matière de résistance aux antiviraux publiées dans les rapports de surveillance en cours énoncés ci-dessus.

Si l'on détecte ou soupçonne une résistance aux antiviraux dans le cadre d'une éclosion se manifestant dans un établissement (p. ex., si une éclosion semble piètrement maîtrisée malgré l'utilisation d'antiviraux appropriés), ou si l'on a signalé une résistance dans la collectivité locale, on devrait communiquer avec les autorités régionales et provinciales en matière de santé pour obtenir des conseils à jour sur l'utilisation des antiviraux.

5.1 Recommandations relatives aux médicaments antiviraux

Les BSP devraient savoir que les recommandations cliniques relatives à l'utilisation de médicaments antiviraux peuvent varier d'une saison à l'autre, à mesure que des données probantes supplémentaires sont disponibles.

Pour veiller à ce que les directives relatives à l'utilisation des antiviraux tiennent compte des recommandations saisonnières les plus à jour, les BSP devraient connaître les lignes directrices de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie (AMMI) Canada en matière d'utilisation de médicaments antiviraux contre la grippe.[28]

AMMI Canada est une association nationale qui représente des médecins, des microbiologistes cliniques et des chercheurs spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses et qui publie des directives relatives aux antiviraux pour les praticiens depuis la saison de la grippe 2010-2011.

Outre AMMI, la monographie publiée par le fabricant contient des renseignements sur l'utilisation du médicament. Le fabricant publie une mise à jour de la monographie du produit quand des modifications relatives à l'utilisation recommandée entrent en vigueur.

La monographie du Tamiflu® se trouve sur le site Web de Roche Canada, et la monographie du Nat-oseltamivir se trouve sur le site Web de Natco Pharma Canada.[31,32]

Il importe de s'assurer de consulter les lignes directrices / publications / monographies de produits les plus récentes, étant donné qu'elles peuvent faire l'objet de révision à chaque saison de la grippe.

Comme toujours, les décisions cliniques relatives à l'utilisation de médicaments dans le cadre du traitement de la grippe et de la chimioprophylaxie sont laissées à la discrétion du médecin traitant / fournisseur de soins de santé.

5.2 Les antiviraux dans le cadre d'un plan de préparation aux éclosions de grippe

Tout plan de préparation aux éclosions devrait comprendre des mesures qui accéléreront l'administration de médicaments antiviraux aux employés et aux résidents. Le plan est nécessaire pour amorcer rapidement l'administration des médicaments antiviraux non seulement parce que le traitement est plus efficace lorsqu'il débute dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes, mais aussi parce que la prophylaxie devrait s'amorcer le plus tôt possible pour enrayer la progression de l'éclosion. Ce plan devrait comprendre des mesures visant à assurer l'accès rapide aux médicaments antiviraux offerts par les pharmacies locales.

Les recommandations suivantes, tirées du Protocole de surveillance et de prévention des cas de grippe pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2014, devraient apparaître dans les politiques pertinentes de préparation aux éclosions des FSLD pour faire en sorte qu'il n'y ait aucun retard dans les services de vaccination contre la grippe et (ou) la délivrance de médicaments antiviraux.

- Avant chaque saison de la grippe, on doit obtenir le consentement des résidents ou de leurs mandataires spéciaux pour l'administration de médicaments antiviraux pendant toute la durée de la saison de la grippe. Dans les foyers de soins de longue durée, on peut obtenir ce consentement en même temps que celui qu'on obtient pour la vaccination contre la grippe. Dans les FSLD, on peut obtenir ce consentement en même temps que celui qu'on obtient pour la vaccination contre la grippe.
- Dans les FSLD, on doit obtenir à l'avance, au début de chaque saison de la grippe, des ordonnances médicales de médicaments antiviraux contre la grippe destinés aux résidents ou mettre en place un plan pour obtenir rapidement des ordonnances médicales dans l'éventualité d'une éclosion. Les ordonnances médicales obtenues à l'avance peuvent accélérer considérablement l'administration des médicaments antiviraux.
- Il faut aviser les employés qui ne sont pas vaccinés contre la grippe, quelle que soit la raison, qu'en cas d'éclosion, on pourrait leur donner l'option de prendre des médicaments antiviraux pendant la durée de l'éclosion pour continuer d'accomplir leurs tâches ou, s'ils sont incapables de prendre de tels médicaments ou refusent de le faire pendant la durée de l'éclosion, on pourrait leur interdire de travailler au FSLD, selon la politique en vigueur dans celui-ci.[5]
- Pour faciliter le traitement antiviral pendant les éclosions, les employés qui ne peuvent recevoir le vaccin antigrippal devraient être évalués pour déterminer s'ils peuvent prendre des médicaments antiviraux comme l'oseltamivir ou le zanamivir avant la saison de la grippe. On devrait conserver un dossier contenant ces renseignements à portée de main au FSLD pour accélérer la mise en œuvre en temps opportun d'une prophylaxie antivirale. De plus, les employés non vaccinés qui exécutent des activités au FSLD et qui ont été évalués comme pouvant prendre des médicaments antiviraux peuvent souhaiter obtenir et conserver des

prescriptions à portée de main pour faciliter l'administration en temps opportun des premiers antiviraux, dans l'éventualité d'une éclosion de grippe.[5]

- Durant la saison de la grippe, l'administration du FSLD doit conserver une liste à jour de ses employés non vaccinés de manière à mettre rapidement en place des mesures de lutte comme une prophylaxie antivirale et le regroupement du personnel en cohortes.5 D'autres mesures de lutte, comme des modalités de travail non liées aux soins des patients ou l'exclusion du personnel, peuvent aussi être envisagées.
- Le document intitulé *Annexe B : Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires,* mars 2013, du CCPMI recommande ce qui suit : « La vaccination annuelle contre la grippe devrait constituer une condition pour continuer d'être employé ou pour être embauché au sein d'un organisme de soins de santé. »[10]
- Dès qu'une éclosion de grippe est soupçonnée, il faut offrir le vaccin aux résidents non vaccinés et aux employés engagés dans des activités au foyer qui ne présentent pas de contre-indication au vaccin. Lorsqu'une éclosion est déclarée, les personnes vaccinées engagées dans des activités au FSLD peuvent continuer à travailler sans modifier leurs habitudes de travail. Celles qui n'ont pas fourni de documents attestant qu'elles ont reçu le vaccin devraient être traitées comme n'ayant pas été vaccinées.[5]
- Les employés non vaccinés engagés dans des activités au FSLD qui refusent les antiviraux pendant la durée d'une éclosion ne doivent pas prodiguer de soins aux résidents ni effectuer d'activités dans le cadre desquelles ils risquent de contracter ou de transmettre le virus de la grippe.[9] Le FSLD peut décider d'empêcher les employés non vaccinés d'y travailler, sauf s'ils prennent des antiviraux. Les employés non vaccinés engagés dans des activités au FSLD qui acceptent de recevoir le vaccin pendant une éclosion, mais qui ne prennent pas d'antiviraux, peuvent reprendre le travail 14 jours après l'injection (la période nécessaire pour que le vaccin procure une immunité). Ils peuvent recommencer à travailler plus tôt s'ils entreprennent une prophylaxie antivirale.[5]
- Les employés nouvellement vaccinés (depuis au plus 2 semaines) ou non vaccinés qui suivent une prophylaxie antivirale peuvent continuer de travailler sans interruption.[5]
- Les médicaments antiviraux destinés aux employés engagés dans des activités au FSLD nécessitent une ordonnance. Les employés devraient tous essayer de consulter leur propre médecin pour obtenir des services médicaux. Cependant, dans l'éventualité d'une éclosion, pour faciliter l'accès des employés admissibles à des médicaments antiviraux en temps opportun (dans des situations où l'évaluation médicale ne conclut pas à une contre-indication), le FSLD peut souhaiter discuter avec le ou les médecins / infirmières et infirmiers praticiens la possibilité pour son personnel d'avoir accès aux services médicaux du foyer, le cas échéant.[5]
- Les employés non vaccinés qui travaillent dans un FSLD pendant une éclosion peuvent travailler dans un milieu non touché par l'éclosion ou dans un autre

milieu de soins de santé si au moins trois jours (une période d'incubation) se sont écoulés depuis leur dernier jour d'activités dans un FSLD aux prises avec une éclosion.[5]

5.3 Médicaments antiviraux administrés à titre préventif (prophylaxie)

En cas d'éclosion de grippe confirmée par les services de santé publique, il faut offrir, à titre préventif, des médicaments antiviraux à tous les résidents/patients se trouvant dans la zone touchée par l'éclosion qui ne sont pas encore atteints de la grippe, qu'ils aient été préalablement vaccinés ou non, jusqu'à ce que l'éclosion soit déclarée terminée.

De plus, il faut aviser tous les membres du personnel asymptomatiques non vaccinés qui travaillent dans la zone du FSLD aux prises avec une éclosion de grippe de prendre des médicaments antiviraux prophylactiques jusqu'à ce que l'éclosion soit déclarée terminée.

Tout au long d'une éclosion de grippe confirmée, lorsque la souche en circulation ne correspond pas aux souches vaccinales, une prophylaxie antivirale peut être offerte à tout le personnel, sans égard à leur statut de vaccination, selon ce que déterminera l'ÉGÉ ou en consultation avec le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné, jusqu'à ce que l'éclosion soit déclarée terminée. Les BSP peuvent consulter SPO pour obtenir du soutien scientifique et technique en lien avec les éléments probants indiquant un décalage.

On devrait recourir à une prophylaxie antivirale dès qu'une éclosion de grippe est déclarée. Dans presque toutes les situations, il est prudent d'attendre que le laboratoire confirme la grippe avant d'entreprendre la prophylaxie et le traitement. Une fois que des prélèvements arrivent au laboratoire compétent, les résultats des tests de dépistage rapide sont habituellement disponibles dans un délai de un jour ouvrable. Dans certaines circonstances, le médecin hygiéniste peut formuler des recommandations au sujet de la prophylaxie avant la confirmation des résultats par le laboratoire.

Les établissements devraient consulter les représentants du BSP faisant partie de l'équipe de gestion de l'épidémie au moment d'entreprendre la prophylaxie et le traitement antiviraux.

Recommandations concernant la prophylaxie antivirale contre la grippe :

- Il est raisonnable de permettre au personnel non vacciné de travailler auprès des résidents ou des patients d'un service touché par une éclosion dès qu'il entreprend la prophylaxie antivirale. À moins de contre-indication, on devrait en outre offrir immédiatement au personnel consentant le vaccin contre la grippe saisonnière en cours.
- Chez les adultes en santé, il faut compter deux semaines après avoir reçu le vaccin antigrippal pour développer des anticorps contre le virus de la grippe. Le personnel qui a été vacciné depuis moins de deux semaines au moment où

l'éclosion de grippe est déclarée devrait recevoir la prophylaxie antivirale pendant deux semaines après la vaccination ou jusqu'à ce que l'éclosion soit déclarée terminée (selon la première éventualité). Remarque : Les médicaments antiviraux n'affectent pas la réponse immunitaire au vaccin.

- Le personnel devrait avoir été mis au courant des symptômes et des signes de la grippe, particulièrement pendant les 4 premiers jours suivant le début de la prophylaxie antivirale. La maladie touchant le personnel devrait être immédiatement signalée au superviseur, au PPI et (ou) au responsable de la santé au travail. Le personnel manifestant des signes et des symptômes de la grippe devrait s'abstenir de travailler dans tout établissement de soins de santé si des symptômes apparaissent. Ces renseignements devraient être communiqués au représentant du bureau de santé publique local.
- On peut interrompre la prophylaxie une fois que l'éclosion de grippe est déclarée terminée.
- Pendant la saison de la grippe, la prophylaxie peut en outre être administrée, dans les établissements qui ne sont pas aux prises avec une éclosion, aux personnes non vaccinées présentant un risque élevé de complications liées à la grippe, à la discrétion du médecin traitant.
- Si une personne prenant un inhibiteur de la neuraminidase (p. ex., l'oseltamivir ou le zanamivir) pour la prophylaxie de la grippe présente des symptômes d'une affection pseudogrippale, elle peut continuer de prendre l'inhibiteur de la neuraminidase; cependant, on devrait augmenter la dose de ce dernier pour qu'elle corresponde à la dose de traitement recommandée. Il faut envisager d'effectuer un prélèvement nasopharyngien si on a administré à la personne la prophylaxie antivirale pendant plus de quatre jours afin de déceler la présence d'une souche résistante ou d'un autre virus respiratoire.

5.3.1 Prophylaxie antivirale offerte seulement aux services touchés par l'éclosion, par rapport à l'ensemble de l'établissement

Les avantages et désavantages d'offrir la prophylaxie antivirale aux services touchés par l'éclosion seulement ou à l'ensemble de l'établissement peuvent être évalués en fonction des caractéristiques particulières de l'éclosion et de la conception des installations.

L'approche visant l'ensemble de l'établissement comporte notamment les avantages suivants : empêche la propagation de l'éclosion dans les autres services; empêche l'introduction à partir d'une autre source extérieure lorsque la grippe circule dans la collectivité; ne nécessite pas de faire preuve d'autant de vigilance pour déceler la propagation dans un autre service que lorsque la surveillance est utilisée comme déclencheur des mesures de prophylaxie; et ne nécessite pas de gérer une éclosion service par service quand de nouveaux services sont ajoutés.

L'approche visant l'ensemble de l'établissement comporte notamment les désavantages suivants : logistique associée à l'utilisation de médicaments antiviraux pour un grand nombre de résidents; possibilité théorique de résistance si le médicament est largement utilisé à titre préventif; disponibilité des médicaments antiviraux; et le risque d'effets secondaires chez un plus grand nombre de résidents.

Les BSP peuvent consulter SPO pour obtenir du soutien scientifique et technique en lien avec l'utilisation de médicaments antiviraux aux fins de prophylaxie dans les services/établissements aux prises avec une éclosion.

5.4 Médicaments antiviraux prescrits à titre de traitement

Les médecins traitants sont responsables des décisions en matière de traitement des résidents/patients. Cependant, les décisions en matière de traitement du personnel soignant qui travaille dans le FSLD reviennent à leur fournisseur de soins de santé et, par conséquent, il incombe au personnel d'obtenir des ordonnances de traitement antiviral.[5] Consultez la section 5.6 pour obtenir des renseignements sur le remboursement.

Le traitement devrait commencer dans les 48 heures (ou moins) suivant l'apparition des symptômes pour obtenir une efficacité maximale. Il peut en outre réduire les complications liées à une infection grippale.[28]

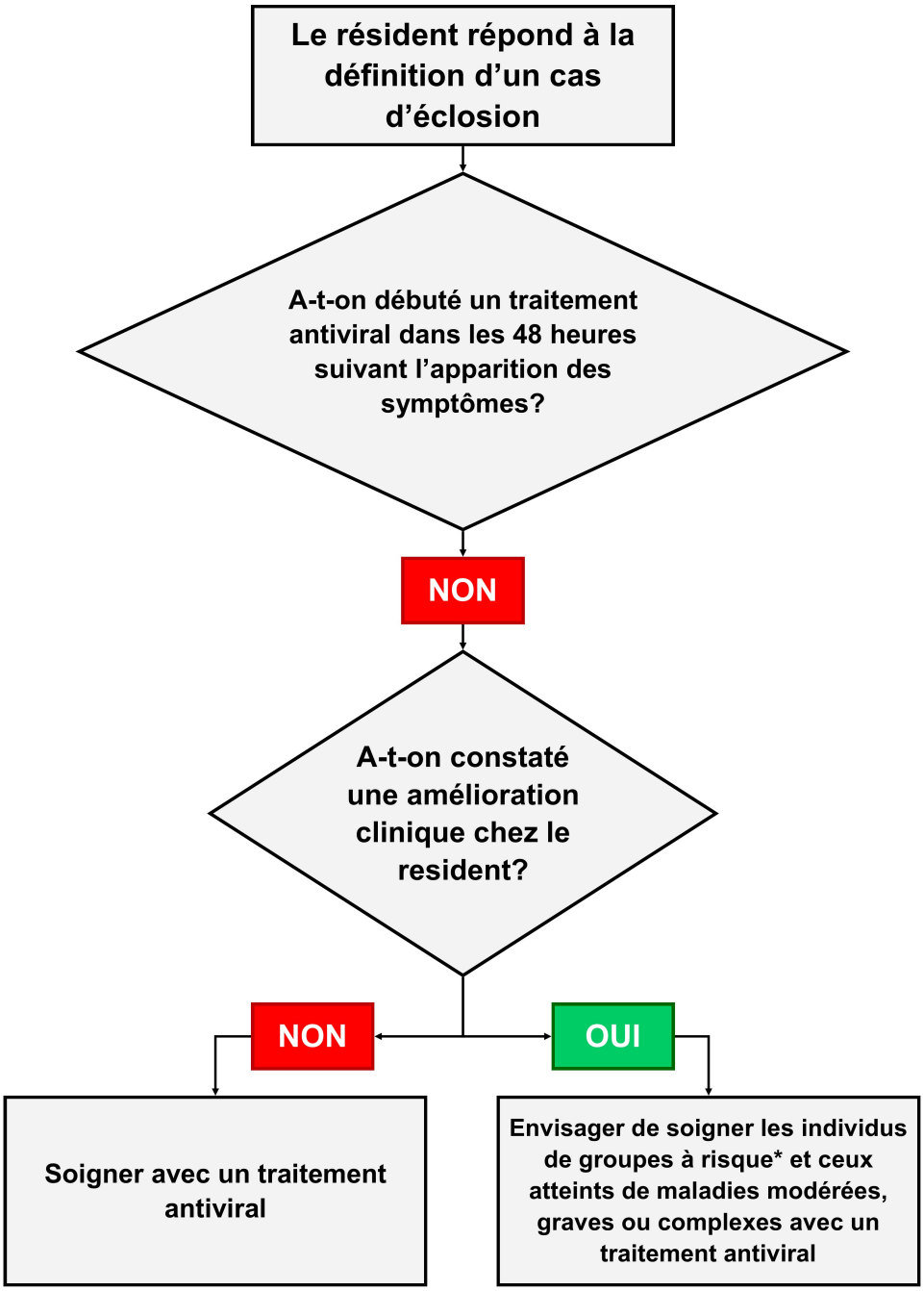
Recommandations concernant le traitement antiviral :

- Les résidents/patients malades (qui répondent à la définition de cas d'éclosion) devraient commencer un traitement antiviral le plus tôt possible et préférablement dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes.[28] Dans la mesure du possible, les résidents symptomatiques devraient être encouragés à rester dans leur chambre pendant la durée du traitement antiviral.
- Une fois qu'une éclosion de grippe a été confirmée par des analyses de laboratoire, il n'est pas nécessaire que le laboratoire confirme chaque nouveau cas afin d'administrer le traitement antiviral aux personnes qui répondent à la définition de cas d'éclosion.

Les diagrammes 1 et 2 ci-dessous fournissent des renseignements supplémentaires sur les mesures à prendre dans les cas où le traitement antiviral n'est pas commencé dans les 48 heures (diagramme 1) ou dans les cas où le traitement a été achevé, mais qu'une éclosion est toujours en cours (diagramme 2).

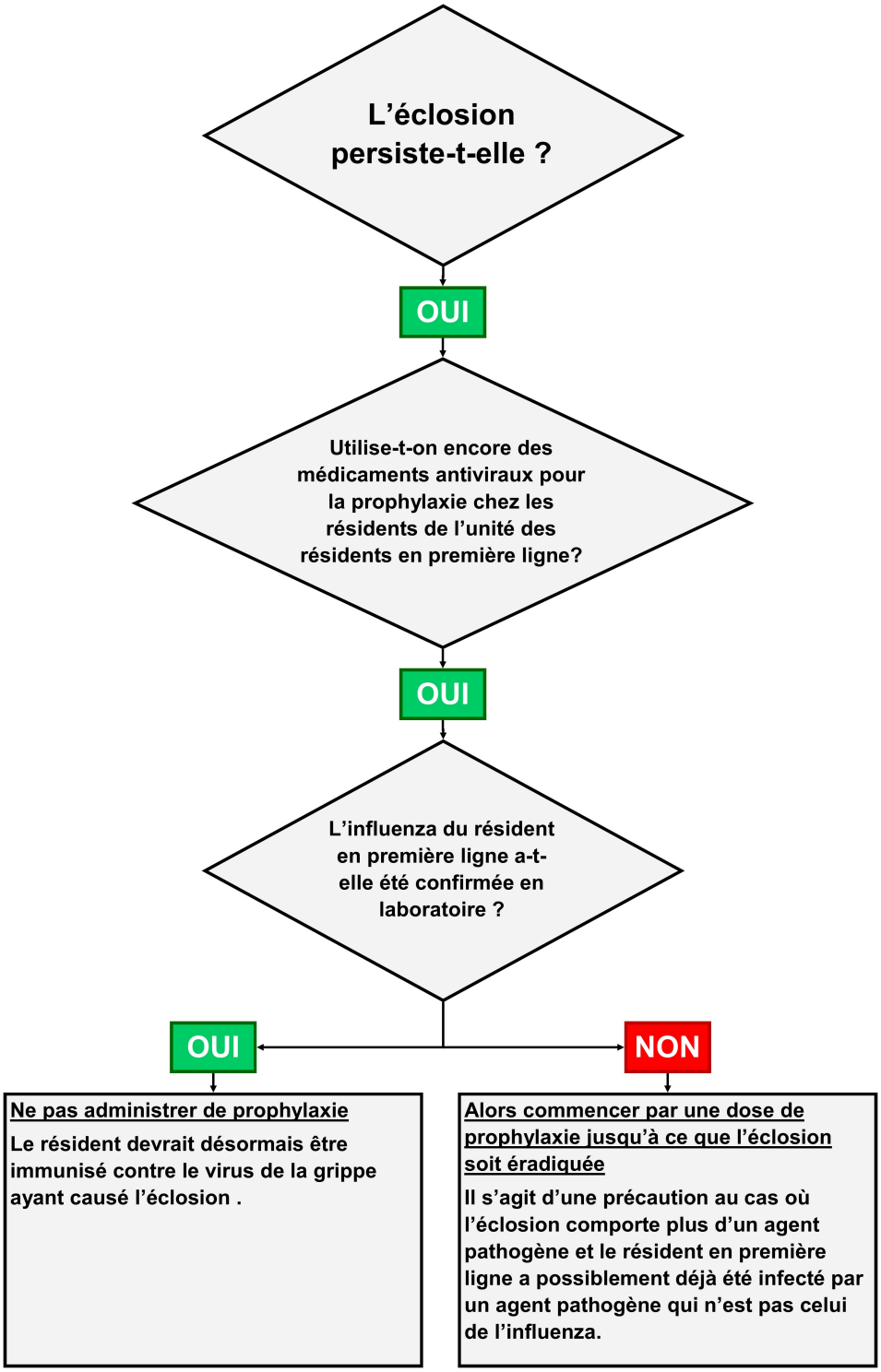
L'algorithme présenté au diagramme 2 ne s'applique pas si on sait qu'un même établissement est aux prises avec deux souches grippales différentes. Dans un tel cas, tous les résidents qui reçoivent un traitement doivent entreprendre la prophylaxie une fois le traitement terminé, jusqu'à ce que la prophylaxie ne soit plus prescrite dans l'établissement.

Diagramme 1 : Recommandations sur l'utilisation du traitement antiviral en cas d'éclosion de grippe si le traitement n'est pas commencé dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes



* Remarque : Veuillez consulter les lignes directrices de l'AMMI sur l'influenza (ou la version en vigueur) pour une définition des groupes à risque, disponibles sur le site http://www.ammi.ca/guidelines

Diagramme 2 : Recommandations sur la prophylaxie antivirale en cas d'éclosion de grippe pour les résidents dont le nom figure sur la liste de cas après la fin du traitement avec des médicaments antiviraux



5.5 Lorsque l'utilisation d'antiviraux ne permet pas de maîtriser l'éclosion

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est prudent d'attendre la confirmation par le laboratoire de l'agent responsable d'une éclosion avant de commencer la prophylaxie ou le traitement antiviral. Si de nouveaux cas d'affection pseudogrippale continuent de survenir dans un délai de 96 heures ou plus après le début de l'utilisation d'antiviraux, une ou plusieurs des situations suivantes pourrait survenir :

- les nouveaux cas pourraient être causés par un agent autre que le virus de la grippe (p. ex., RSV);
- il pourrait y avoir des problèmes de conformité;
- il se peut que la souche en circulation soit résistante aux médicaments antiviraux.

Au cas où l'éclosion n'est pas maîtrisée par l'utilisation d'antiviraux, les mesures suivantes devraient être prises :

- consulter le BSP;
- le BSP devrait consulter le laboratoire de SPO au sujet de stratégies d'analyse supplémentaires;
- on devrait consulter le représentant du BSP faisant partie de l'équipe de gestion de l'épidémie en ce qui concerne l'utilisation continue d'antiviraux;
- une épreuve de résistance sur des échantillons positifs pour la grippe peut être effectuée en consultation avec le laboratoire de SPO si une résistance est soupçonnée et qu'aucun autre organisme n'a été décelé dans l'éclosion. Toutefois, il est possible que les résultats ne soient pas reçus dans un délai suffisant pour influencer la prise de décisions concernant l'utilisation continue d'antiviraux pour lutter contre l'éclosion. Les BSP devraient communiquer avec le Service à la clientèle du laboratoire de SPO, 416-235-6556/1-877-604-4567, au cas où ils voudraient procéder à une épreuve de résistance. Il faut noter qu'une épreuve de sensibilité ne peut être effectuée que si le virus de la grippe être décelé chez le ou les patients à risque. Cette épreuve nécessite généralement que le virus de la grippe du patient se développe en culture.

5.6 Procédures de remboursement des médicaments antiviraux en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)

Les médicaments d'ordonnance de tous les résidents de FSLD sont couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). La prescription de médicaments antiviraux, comme celle de tous les autres médicaments, relève des directeurs médicaux ou des médecins traitants des résidents.

La base de données du formulaire en ligne (https://www.formulary.health.gov.on.ca/formulary/) consultable du PMO renferme des

renseignements sur les conditions de remboursement des inhibiteurs de la neuraminidase, soit l'oseltamivir et le zanamivir.

Les médicaments d'ordonnance des membres du personnel ne sont en aucun cas couverts par le PMO. Les membres du personnel qui ne sont pas assurés ou qui souscrivent à un régime d'assurance qui ne couvre pas les médicaments antiviraux peuvent avoir droit au remboursement dans le cadre du système de financement Level-of-Care (LOC), administré par l'entremise des RLISS. Les FSLD doivent consulter leurs *Lignes directrices relatives aux dépenses admissibles des foyers de soins de longue durée*, accessibles à partir du portail SLD, pour en savoir plus sur le processus (http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/lsaa_policies.aspx). Les ordonnances de médicaments antiviraux prescrits aux membres du personnel, comme tous les autres médicaments, sont obtenues auprès de leur fournisseur de soins de santé ou d'une autre source, selon le cas.

Des renseignements généraux à ce sujet sont accessibles sur le site du PMO à l'adresse https://www.ontario.ca/fr/page/obtenez-une-prise-en-charge-pour-vos-medicaments-dordonnance.

Tous les renseignements sur les critères de remboursement se trouvent dans le tableau 1 ci-dessous. Le remboursement des résidents / personnes en établissement s'applique uniquement aux résidents ayant besoin d'un traitement pendant une éclosion de grippe confirmée par les services de santé publique (jusqu'à cinq jours de traitement) et aux résidents ayant besoin d'un traitement prophylactique (jusqu'à six semaines de traitement).

5.6.1 Remboursement de l'oseltamivir (Tamiflu®)[33]

L'oseltamivir, qui est offert comme médicament à usage limité (UL), est le médicament de prophylaxie et de traitement privilégié en cas d'éclosion de grippe. Le MSSLD rembourse les FSLD et autres établissements qui utilisent l'oseltamivir aux fins de prophylaxie et de traitement uniquement en cas d'éclosion de grippe confirmée par les services de santé publique. Consultez le tableau 1 pour connaître les critères cliniques de remboursement en vertu du PMO.

5.6.2 Remboursement du zanamivir (Relenza®)[34]

Le zanamivir est offert comme médicament UL aux fins de prophylaxie et de traitement en cas d'éclosion de grippe lorsque la souche prédominante en circulation résiste à l'oseltamivir. Le zanamivir est remboursé de la même manière lorsque la souche prédominante en circulation résiste à l'oseltamivir. Consultez le tableau 1 pour connaître les critères cliniques de remboursement en vertu du PMO.

Tableau 1 : Critères d'usage limité (UL) pour l'oseltamivir (Tamiflu™) et le zanamivir (Relenza™)[33,34]

Code UL	Médicament	Critères cliniques
371	Oseltamivir (Tamiflu®) Capsule de 30 mg, 45 mg, 75 mg	Pour la prophylaxie (max. : 75 mg par jour) de personnes en établissements en cas d'éclosion de grippe A ou de grippe B confirmée. L'approvisionnement est limité à un maximum de 6 semaines. L'éclosion doit être confirmée par les services de santé publique.
372	Oseltamivir (Tamiflu®) Capsule de 30 mg, 45 mg, 75 mg	Pour le traitement (max. : 75 mg par jour) de personnes en établissements en cas d'éclosion de grippe A ou de grippe B confirmée. L'approvisionnement est limité à 5 jours. L'éclosion doit être confirmée par les services de santé publique.
414	Zanamivir (Relenza®) Inhalation de 5 mg	Pour le traitement : 2 inhalations de 5 mg (10 mg) deux fois par jour pendant 5 jours. Pour le traitement de personnes en établissements en cas d'éclosion de grippe A ou de grippe B confirmée lorsque la souche prédominante en circulation résiste à l'oseltamivir. L'éclosion doit être confirmée par les services de santé publique.
415	Zanamivir (Relenza®) Inhalation de 5 mg	Pour la prophylaxie : 2 inhalations de 5 mg (10 mg) une fois par jour pendant 10 jours. Pour la prophylaxie de personnes en établissements en cas d'éclosion de grippe A ou de grippe B confirmée lorsque la souche prédominante en circulation résiste à l'oseltamivir. L'éclosion doit être confirmée par les services de santé publique.

5.6.3 Processus relatif aux antiviraux à usage limité : ordonnance individuelle

En vertu du processus général relatif aux médicaments à usage limité, il faut remplir une ordonnance de médicament UL individuelle pour chaque patient et la verser au dossier de ce dernier à la pharmacie habilitée à délivrer des médicaments. Il convient

de noter que le formulaire de médicament à usage limité n'est plus utilisé; les codes UL sont désormais inscrits directement sur l'ordonnance.

5.6.4 Processus relatif à l'oseltamivir à usage limité uniquement : ordonnances couvrant l'établissement

Reconnaissant que cela pourrait retarder la thérapie dans les établissements hébergeant un nombre élevé de résidents, le MSSLD a créé une exception à cette exigence pour l'oseltamivir UNIQUEMENT. Le MSSLD acceptera une ordonnance unique de médicament UL pour plusieurs patients qui ont besoin d'un traitement ou d'une prophylaxie et dont l'état correspond à l'un des critères approuvés. Tous les établissements aux prises avec une éclosion confirmée par le MS ou le BSP sont admissibles à cette exemption.

Une fois que l'éclosion est confirmée et que le médecin traitant décide de prescrire l'oseltamivir ou le zanamivir, le médecin prescripteur doit remplir l'ordonnance de médicament UL en indiquant le code de médicament à usage limité approprié, la date et son numéro de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, puis signer l'ordonnance. Il faut écrire le nom du foyer dans la section « Nom du patient ». Une fois l'ordonnance d'un médicament UL remplie, il faut la joindre à une liste de patients touchés et l'envoyer à la pharmacie habilitée à délivrer les médicaments. Il faut utiliser une ordonnance de médicament UL pour les patients/résidents ayant besoin d’un traitement et une autre pour les patients/résidents ayant besoin d’un traitement prophylactique pendant la durée de l'éclosion. Le processus normal d'ordonnance d'un médicament à usage limité (c.-à-d. une ordonnance de médicament UL remplie pour chaque patient) est également valide.

Glossaire

Médicaments antiviraux – Médicaments utilisés pour prévenir ou traiter une infection virale. Deux médicaments antiviraux contre la grippe, soit l'oseltamivir et le zanamivir (des inhibiteurs de la neuraminidase), sont approuvés au Canada pour le traitement et la prophylaxie des grippes A et B chez les adultes. L'oseltamivir est l'antiviral privilégié pour le traitement et la prophylaxie des grippes A et B pour les résidents dans les FSLD.

Infection respiratoire aiguë (IRA) – Toute nouvelle apparition d'une infection respiratoire aiguë qui pourrait être transmise par des gouttelettes (par les voies respiratoires supérieures ou inférieures), dont les symptômes consistent en une fièvre supérieure à 38 °C et l'apparition ou l'aggravation d'une toux ou d'un essoufflement (également connue sous le nom de « maladie respiratoire fébrile » ou MRF). Il convient de noter qu'il se peut que les personnes âgées et immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une infection respiratoire.

Cas – Personne atteinte d'une maladie ou souffrant d'une affection en particulier, qui correspond habituellement à la définition de cas.

Définition de cas – Ensemble de critères servant à déterminer qui devrait être considéré comme un cas. La définition comprend des renseignements cliniques et devrait également comprendre des renseignements épidémiologiques relatifs à l'heure, à l'endroit et à la personne.

Personne compétente – Personne qui :

a) possède, en raison de ses connaissances, de sa formation et de son expérience, les qualités nécessaires pour organiser et faire exécuter un travail;
b) connaît bien la [*Loi sur la santé et la sécurité au travail*] et [toute] réglementation qui s'applique au travail;
c) est au courant des dangers éventuels ou réels que comporte le lieu de travail pour ce qui est de la santé et de la sécurité des travailleurs.

Mesure de contrôle – Toute action ou activité qui peut servir à prévenir, éliminer ou atténuer un risque.

Précautions contre l'exposition aux gouttelettes – Des précautions contre l'exposition aux gouttelettes sont utilisées, outre les pratiques de base pour les résidents atteints ou potentiellement atteints d'une infection qui peut être transmise par de grosses gouttelettes infectieuses.

Hygiène des mains (HM) – Terme général désignant tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à éliminer la saleté visible et à éliminer ou supprimer les micro-organismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de savon et d'eau courante ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Elle comprend également l'antisepsie chirurgicale des mains.

Milieu de soins de santé – Lieu où des soins de santé sont prodigués, y compris les milieux où sont prodigués des soins d'urgence, les hôpitaux, les FSLD, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et les domiciles.

Période d'incubation – Temps écoulé entre le premier contact avec un agent infectieux et la première apparition des symptômes associés à l'infection. La période d'incubation pour la grippe est de un à quatre jours.

Personne infectée ou contagieuse – Personne porteuse d'un agent infectieux qui présente ou non des symptômes. Une personne contagieuse est une personne par laquelle il est possible d'attraper l'agent infectieux.

Professionnel en prévention des infections (PPI) – Professionnel de la santé désigné responsable des programmes de prévention des infections dans le FSLD, conformément au paragraphe 86(1) de la LFSLD, 2007, et au paragraphe 229(1) du Règlement de l'Ontario 79/10. Le PPI doit posséder les compétences nécessaires en prévention des infections et avoir suivi une formation supplémentaire en la matière.

Grippe – Infection virale du système respiratoire. Les symptômes de la grippe comprennent la fièvre, la toux, le mal de gorge, les douleurs musculaires, l'épuisement et les maux de tête. Contrairement au rhume et à la plupart des autres virus respiratoires, une infection causée par le virus de la grippe peut entraîner une maladie grave, une pneumonie, voire un décès. La période d'incubation de la grippe dure de un à quatre jours et la période d'infectiosité ne dépasse habituellement pas cinq jours après l'apparition des symptômes. La grippe peut causer des épidémies, ou des éclosions, qui correspondent à une grappe de cas survenant sur une courte période dans un lieu géographique précis (p. ex., des écoles ou des établissements de soins de santé) ou au sein d'un groupe de personnes précis.

Vaccin contre la grippe – Tous les vaccins contre la grippe qui sont autorisés et dont l'utilisation est recommandée chez les adultes au Canada sont préparés au moyen d'un virus de la grippe tué et dénaturé. Ils stimulent la formation d'une immunité (p. ex., des anticorps) contre les souches de virus grippaux susceptibles de circuler au cours d'une année donnée. Pour de plus amples renseignements sur les vaccins contre la grippe offerts au Canada, consultez le site Web du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) à l'adresse https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni.html.

Vaccin contre la grippe pendant la grossesse – Le CCNI recommande que toutes les femmes enceintes, quel que soit le stade de leur grossesse, figurent parmi les groupes pour lesquels le vaccin antigrippal inactivé est particulièrement recommandé en raison de leur risque élevé de complications liés à la grippe ou d'hospitalisation (CCNI, Déclaration sur la vaccination antigrippale).

Liste – Tableau qui résume les renseignements sur les cas probables ou confirmés liés à une épidémie. Il présente souvent des renseignements signalétiques, des données

démographiques, des renseignements cliniques et de l'information sur l'exposition ou les facteurs de risque.

Foyer de soins de longue durée (FSLD) – Le terme « foyer de soins de longue durée » a le même sens que celui prévu dans la LFSLD. Le paragraphe 2(1) de la LFSLD définit « foyer de soins de longue durée » de la façon suivante :

> Lieu à l'égard duquel a été délivré un permis en vertu de la Loi, notamment un foyer municipal, un foyer commun ou un foyer des Premières Nations approuvé aux termes de la partie VIII de la Loi.

Contre-indication médicale à la vaccination contre la grippe – Le CCNI a conclu que « les personnes allergiques aux œufs qui ne présentent pas de contre-indications peuvent recevoir la dose complète de n'importe quel vaccin contre la grippe sans subir au préalable de test cutané. »

Le CCNI stipule toutefois que « le vaccin contre la grippe ne doit pas être administré aux personnes qui ont déjà eu une réaction anaphylactique à une dose antérieure ou à l'un des composants du vaccin (sauf les protéines d'œuf) ou qui ont présenté un syndrome de Guillain-Barré (SGB) dans les six semaines suivant la vaccination. » (CCNI, Déclaration sur la vaccination antigrippale).

Personne soignante payée par le bénéficiaire – Personne embauchée directement ou indirectement par un résident ou une personne agissant en son nom, selon le cas, afin de prodiguer des soins ou de tenir compagnie au résident.

Personnes pour qui le vaccin est recommandé – Personne présentant un risque élevé de développer des complications liées à la grippe. Les groupes présentant un risque élevé sont définis par le CCNI (CCNI, Déclaration sur la vaccination antigrippale).

Résident – Le terme « résident » a le même sens que celui prévu dans la LFSLD. Le paragraphe 2(1) de la LFSLD définit « résident » de la façon suivante :

> Personne admise dans un foyer de soins de longue durée et qui y vit.

Étiquette respiratoire – Pratiques devant être observées lorsque l'on tousse ou éternue :

- détourner la tête des autres;
- se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou éternuer dans sa manche;
- mettre immédiatement les mouchoirs à la poubelle après l'utilisation;
- se nettoyer les mains immédiatement après avoir mis les mouchoirs au rebut.

Maison de retraite – Le terme « maison de retraite » a le même sens que celui prévu dans la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite* (LMR). Le paragraphe 2(1) de la LMR définit « maison de retraite » comme suit : un ensemble d'habitation ou une partie de celui-ci qui est principalement occupé par des personnes âgées d'au moins 65 ans, qui est occupé ou destiné à être occupé par au moins le nombre prescrit de personnes n'ayant pas de liens de parenté avec l'exploitant de la maison de retraite et où l'exploitant met à la disposition des résidents, directement ou indirectement, au moins deux services de soins.

Pratiques de base – Il s'agit du système de pratiques de prévention et de lutte contre les infections recommandé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) à appliquer à tous les résidents chaque fois qu'on leur prodigue des soins afin de prévenir et limiter la transmission des micro-organismes dans les établissements de soins de santé (http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx)

Événement sentinelle – Colonisation ou infection dont l'occurrence d'un seul cas pourrait signaler la nécessité d'examiner de nouveau les mesures de prévention (http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx)

Personnel – Le terme « personnel » a le même sens que celui prévu dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) et la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite* (LMR). Le paragraphe 2(1) de la LFSLD et de la LMR définit « personnel » de la façon suivante :

> Relativement à un foyer de soins de longue durée, s'entend des personnes qui travaillent au foyer :
> a) à titre d'employés du titulaire de permis;
> b) conformément à un contrat ou à une entente qu'elles concluent avec le titulaire de permis;
> c) conformément à un contrat ou à une entente que concluent le titulaire de permis et une agence de placement ou un autre tiers.

Surveillance de la maladie – Examen permanent de tous les aspects de l'apparition et de la propagation d'une maladie pertinents à une lutte efficace. Il s'agit, entre autres, de la cueillette et de l'évaluation systématiques des données relatives à chaque cas, des résultats des analyses de laboratoire, des renseignements sur le statut d'immunisation, de l'utilisation des médicaments et d'autres données pertinentes.

Transmission de la grippe – La grippe se transmet de personne à personne lorsque des gouttelettes produites par la toux ou les éternuements d'une personne infectée par la grippe entrent en contact avec les membranes muqueuses (yeux, nez, bouche) d'une autre personne. Elle est également transmissible par contact avec des sécrétions respiratoires infectées sur des articles tels que les côtés de lit, les tissus faciaux ou les ustensiles (non lavés).

Visiteur – Personne qui se rend dans un FSLD, mais qui ne fait pas partie du personnel ou qui n'est pas bénévole.

Bénévole – Personne qui fait partie du programme organisé de bénévolat du FSLD, mais qui ne touche aucune rémunération ni aucun salaire pour les services rendus ou le travail effectué dans le cadre de ce programme.

Bibliographie

1. Santé publique Ontario [Internet], Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, c2018, Rapports de surveillance des agents pathogènes des voies respiratoires, 2018. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/LaboratoryServices/Pages/PHO-Laboratories-surveillance-updates.aspx
2. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.1. Accessible à l'adresse : https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07
3. *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Accessible à l'adresse : https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07l08
4. *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*, L.O. 2010, chap. 11. Accessible à l'adresse : https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/10r11
5. Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Protocole de prévention et de surveillance de la grippe pour les foyers de soins de longue durée, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014.
6. Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation, 2018. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Accessible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx
7. Comité consultatif national de l'immunisation, Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation*, Evergreen, éd., Partie 3 : Vaccination de populations particulières, Ottawa (Ontario), Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2016. Accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-fra.php
8. Règlement de l'Ontario 79/10. Accessible à l'adresse : https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/100079
9. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2018-2019. Déclaration du Comité consultatif (DCC). Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-declaration-vaccination-antigrippale-2018-2019.html
10. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Annexe B : Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires*, annexée à : Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Accessible à l'adresse :

https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine_Practices_Additional_Precautions.aspx

11. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. O.1. Accessible à l'adresse : https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01
12. Règlement de l'Ontario 67/93 (Établissements d'hébergement et de soins de santé). Accessible à l'adresse : https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/930067
13. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx
14. Comité ontarien de la santé et de la sécurité dans le secteur des soins de santé créé par l'article 21 de la Loi sur la santé et la sécurité au travail. Guidance Note for Workplace Parties #6: Occupational Injury and Illness Reporting Requirements, mars 2014 (en anglais seulement). Accessible à l'adresse : https://www.pshsa.ca/healthcare/
15. Rapports, S.O. 2007, Règlement de l'Ontario 79/10. Accessible à l'adresse : https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/100079
16. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Protocole concernant les maladies infectieuses, 2018. Annexe B – Définitions de cas provinciales des maladies importantes sur le plan de la santé publique. Disease: respiratory infection outbreaks in institutions and public hospitals. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. 2009. Accessible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/infdispro.aspx
17. Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Timely entry of cases, iPHIS Bulletin, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018:17.
18. Bridges CB, Mounts A, Besselaar T, Fitzner J, Vandemaele K, Shindo N, Tam JS. Seasonal influenza, dans Heymann DL, éditeur. *Control of communicable diseases manual*, 20e éd., Washington, DC, American Public Health Association, 2015, pp. 306 à 322.
19. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Public Health Laboratory – Outbreak notification report*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/LaboratoryServices/Pages/Requisitions-and-forms.aspx

20. Santé publique Ontario [Internet], Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Services de laboratoire : Répertoire des feuilles d'analyse, 2018. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/LaboratoryServices/Pages/Index-feuilles-analyses.aspx
21. Santé publique Ontario [Internet], Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Services de laboratoire : Bulletins Labstract, 2018. Accessible à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/fr/servicesandtools/laboratoryservices/pages/labstracts.aspx
22. Santé publique Ontario [Internet], Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Services de laboratoire – Échantillonnage : virus des voies respiratoires, 2018. Accessible à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/en/ServicesAndTools/LaboratoryServices/Pages/Respiratory_Virus.aspx
23. Heymann, D. L., éditeur, *Control of communicable diseases manual*, 19e éd., Washington, D.C., American Public Health Association, 2008.
24. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé*, 4e éd., révisé en 2014, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Best_Practices_Hand_Hygiene.aspx
25. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3e éd., révisé en 2012, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Routine_Practices_Additional_Precautions.aspx
26. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections*, 3e éd., révisé en 2018, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx
27. Provincial Infection Control Network of British Columbia (PICNet), *Respiratory infection outbreak guidelines for healthcare facilities,* Vancouver (Colombie-

Britannique), PICNet, 2011. Accessible à l'adresse : https://www.picnet.ca/guidelines/respiratory-illness/

28. AOKI, F., U. D. Allen, H. G. Stiver et G. A. Evans. « AMMI Canada guideline: The use of antiviral drugs for influenza: a foundation document for practitioners », *Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol.*, vol. 24, suppl. C (2013), pp. 1 à 15.
29. Santé publique Ontario [Internet], Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, *Bulletin sur les virus respiratoires en Ontario*, 2018. Accessible à l'adresse : https://www.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/SurveillanceServices/Pages/Bulletin-sur-les-virus-respiratoires-en-Ontario.aspx#/.VEfskPmG-So
30. Gouvernement du Canada. Surveillance de l'influenza. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/grippe-influenza/surveillance-influenza.html
31. Hoffman-La Roche, Monographie de Tamiflu, Mississauga (Ontario), 2013. Accessible à l'adresse : http://www.rochecanada.com/en/products/pharmaceuticals/consumer_information/tamiflu1.html
32. Natco Pharma (Canada) Inc., Monographie de Nat-Oseltamivir, Mississauga (Ontario). Accessible à l'adresse : http://www.natcopharma.ca/nat-oseltamivir-57989-10s/
33. Formulaire des médicaments de l'Ontario/Index comparatif des médicaments [Internet], Toronto (Ontario), c2011, Phosphate d'oseltamivir : DIN/PIN 02304848, 02304856, 02241472, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario [consulté le 4 oct. 2018]. Accessible à l'adresse : https://www.formulary.health.gov.on.ca/formulary/
34. Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario [Internet], Toronto (Ontario), c2011, Zanamivir : DIN/PIN 02240863, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario [consulté le 4 oct. 2018]. Accessible à l'adresse : https://www.formulary.health.gov.on.ca/formulary/
35. LESSLER, J., N. G. Reich, R. Brookmeyer, T. M. Perl, K. E. Nelson et D. A. Cummings. « Incubation periods of acute respiratory viral infections: a systematic review », *J. Infect. Dis.*, vol. 9, n° 5 (2009), pp. 291 à 300.
36. Santé publique Ontario [Internet], Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, c2014, *Nasopharyngeal specimen collection: nasopharyngeal swab method for Bordetella pertussis*. Accessible à l'adresse : http://www.publichealthontario.ca/en/ServicesAndTools/LaboratoryServices/Pages/Kit%20Instruction%20Sheets/Bordetella-pertussis.aspx#.U9Fx5-NdXzg

Annexe 1 – Périodes d'incubation des infections respiratoires virales aiguës

Ressources supplémentaires concernant la période d'incubation et l'excrétion virale / période d'infectiosité potentielle : Fiches techniques santé-sécurité : agents pathogènes (Agence de la santé publique du Canada), Red Book, Control of Communicable Diseases Manual et le Centre for Disease Control.

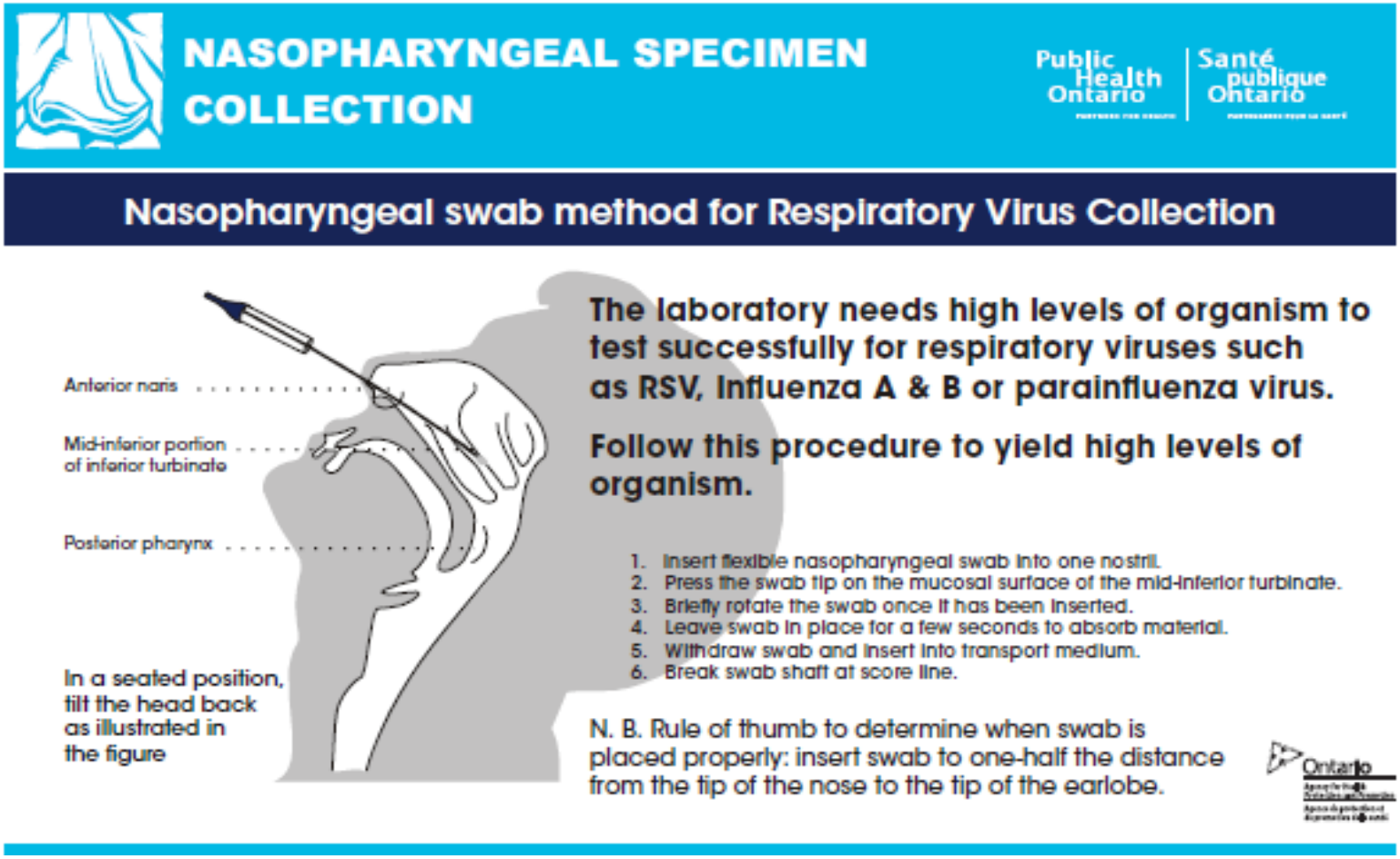
Tableau 1 : Périodes d'incubation des infections respiratoires virales aiguës

Virus	Incubation (période) [35]	Excrétion virale / période d'infectiosité potentielle	Commentaires
Grippe	1 à 4 jours	Habituellement de 5 à 10 jours, l'infection atteint son sommet dans les 24 à 48 h	Les personnes immunodéprimées peuvent excréter le virus pendant des mois.
RSV	3 à 7 jours	Habituellement de 3 à 8 jours; jusqu'à 3 à 4 semaines chez les enfants et les personnes immunodéprimées	Phase aiguë de la maladie, 3 à 10 jours
Métapneumovirus humain	Inconnue (4 à 9 jours?)	Excrétion pendant 1 à 2 semaines	Comme pour le RSV, les personnes immunodéprimées peuvent excréter le virus pendant des mois.
Rhinovirus	2 à 4 jours	1 à 3 semaines; les jours 2 et 3 étant les pires de la maladie	Les personnes immunodéprimées peuvent excréter le virus pendant des mois.
Adénovirus	4 à 8 jours	Plusieurs jours à plusieurs semaines	Les personnes immunodéprimées peuvent excréter le virus pendant des mois.
Virus parainfluenza	2 à 6 jours	Jusqu'à 10 jours chez les enfants	Durée d'excrétion plus courte chez les personnes âgées

Virus	Incubation (période) [35]	Excrétion virale / période d'infectiosité potentielle	Commentaires
Bocavirus	Non établie	Durée d'excrétion variable : 50 % <1 semaine, 25 % plus de 1 mois (1 record de 402 jours).	Non déterminé formellement comme pathogène respiratoire. Son rôle dans l'infection respiratoire continue de faire l'objet de travaux de recherche.
Coronavirus humains (229E, OC43, HKU1, NL63)	2 à 5 jours	L'excrétion atteint son sommet pendant les jours 2 et 3 de la maladie.	
Coronavirus SARS	2 à 10 jours	L'excrétion et la transmission atteignent leur sommet pendant la deuxième semaine de la maladie. La transmissibilité maximale dure moins de 21 jours.	Peut être détectable à partir de la troisième semaine et pendant des mois après l'apparition de la maladie.

Annexe 2 – Comment exécuter un écouvillonnage du nasopharynx[36]

Figure 1 : Comment exécuter un écouvillonnage du nasopharynx



REMARQUE : Les membres du personnel doivent porter le MPI approprié lorsqu'ils exécutent un écouvillonnage du nasopharynx.

Annexe 3 – Exemple de formulaire de liste relatif à une éclosion de maladie respiratoire

Figure 2 : Exemple de formulaire de liste relatif à une éclosion de maladie respiratoire

Formulaire de liste relatif à une éclosion de maladie respiratoire					
En cocher un	Données :	☐	Nom de l'enquête :		Définition de cas :
	Données du résident :	☐	Numéro de l'enquête :		

Identification du cas				Symptômes														Complications				Prélèvements / diagnostics					Prophylaxie / traitement			
Cas (séquentiel)	Nom et emplacement (étage, pièce, lit)	Sexe	Âge	Début des premiers symptômes (j/m)	Température anormale (°C)	Toux sèche (nouvelle)	Écoulement nasal / Congestion nasale	Maux de gorge	Enrouement / difficulté	Frissons	Myalgie	Malaise	Toux productive (nouvelle)	Maux de tête	Manque d'appétit	Autre (veuillez préciser)	Bronchite (j/m)	Pneumonie (j/m)	Hospitalisation (j/m)	Décès (j/m)	Écouvillonnage du nasopharynx	Date des résultats de [illegible]	Pneumonie confirmée par [illegible]	Autre – Précisez (j/m)	Résultat (j/m)	Médicaments antiviraux	Vaccination antigrippale (j/m)	Vaccin antipneumococcique	Antibiotiques (j/m)
Commentaires :																														

Annexe 4 – Liste de vérification relative à une enquête sur une éclosion respiratoire

Tableau 3 : Liste de vérification relative à une enquête sur une éclosion respiratoire

Mesure d'enquête sur l'éclosion	Date d'achèvement
Y a-t-il une éclosion soupçonnée et a-t-on effectué une évaluation?	
A-t-on défini le moment de la première réunion de l'ÉGÉ, qui portera sur la mise en place d'une définition de cas de travail pour l'éclosion, l'examen des mesures de lutte et la confirmation des questions et des systèmes de communication?	
A-t-on mis en œuvre des mesures générales de prévention et de lutte contre les infections (PLI)?	
A-t-on informé le médecin hygiéniste local ou son mandataire désigné?	
A-t-on obtenu un numéro de laboratoire d'enquête sur l'éclosion auprès du BSP?	
A-t-on averti les personnes compétentes associées au FSLD où l'éclosion est soupçonnée ou confirmée?	
A-t-on examiné la communication des résultats de laboratoire?	
A-t-on examiné et mis en œuvre (le cas échéant) les mesures de PLI contre la grippe A ou B propres à chaque organisme?	
A-t-on établi la responsabilité de la surveillance continue de l'éclosion?	
A-t-on confirmé les critères permettant de déclarer qu'une éclosion est terminée?	
A-t-on averti les personnes qui ont été informées de l'apparition de l'éclosion que celle-ci a été déclarée terminée?	
Une fois l'éclosion déclarée terminée, a-t-on présenté un rapport sommaire sur celle-ci?	
A-t-on organisé une rencontre post-éclosion afin d'évaluer la gestion de l'éclosion?	

Annexe 5 – Exemple de formulaire de consentement – Vaccination antipneumococcique

Doit être utilisé conjointement avec les fiches de renseignements sur les vaccins antipneumococciques.

Consentement à la vaccination antipneumococcique

Je, _____ (résident ou mandataire spécial, si le résident est incapable à l'égard du traitement), déclare avoir été informé du traitement, des avantages, des contre-indications et des effets secondaires de l'administration d'une dose de vaccin antipneumococcique et je comprends la procédure. J'autorise l'administration d'une dose du vaccin antipneumococcique à _____ (résident) par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou un médecin traitant. Je comprends que le vaccin ne sera pas administré si le résident présente une contre-indication au moment prévu de l'administration de ce vaccin.

_____
Signature du résident / mandataire spécial accordant le consentement

_____
Date

Veuillez retourner rapidement ce formulaire par la poste ou en personne. Il est possible de donner un consentement par téléphone.

Annexe 6 – Exemple de formulaire de consentement – Vaccination antigrippale

Doit être utilisé conjointement avec les fiches de renseignements sur le vaccin antigrippal.

Consentement à la vaccination antigrippale annuelle

Je, _____ (résident ou mandataire spécial, si le résident est incapable à l'égard du traitement), déclare avoir été informé du traitement, des avantages, des contre-indications et des effets secondaires de l'administration d'une dose de vaccin antigrippal et je comprends la procédure. J'autorise l'administration d'une dose du vaccin antigrippal à _____ (résident) par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou un médecin traitant. Je comprends que le vaccin ne sera pas administré si le résident présente une contre-indication au moment prévu de l'administration de ce vaccin.

_____
Signature du résident / mandataire spécial accordant le consentement

_____
Date

Veuillez retourner rapidement ce formulaire par la poste ou en personne. Il est possible de donner un consentement par téléphone.

Annexe 7 – Exemple de lettre aux médecins à l'égard de la prophylaxie antivirale pour le personnel des FSLD

Madame, Monsieur,

_____ (nom du membre du personnel) est un employé du FSLD qui a choisi de ne pas recevoir le vaccin contre la grippe cette année. En cas d'éclosion de grippe dans le FSLD, cet employé, conformément à la politique d'exclusion du foyer, sera interdit du lieu de travail jusqu'à ce que le médecin hygiéniste ou son mandataire désigné déclare l'éclosion terminée, à moins qu'il ne reçoive la prophylaxie antivirale contre la grippe.

Veuillez prescrire le médicament recommandé aux fins de prophylaxie antigrippale.

Oseltamivir (Tamiflu[MC]) -

Zanamivir (Relenza[MC]) -

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau de santé publique local.

Annexe 8 – Exemple de contenu d'une politique d'exclusion du foyer

Points dont il faut tenir compte dans l'élaboration d'une politique d'exclusion :

- moment et paramètres de l'entrée en vigueur de la politique;
- personnes qui correspondent à la définition de « personnel »;
- conséquences d'une non-conformité;
- gestion du personnel partagé travaillant dans un foyer aux prises avec une éclosion déclarée;
- définition claire de la durée de l'exclusion du personnel ne prenant pas de médicament antiviral;
- façons de vérifier la prise du médicament antiviral par le personnel;
- façons de sensibiliser le personnel et de le mettre au courant des exigences de la politique;
- obtention de l'ordonnance de médicament antiviral avant le début de la saison auprès des fournisseurs de soins de santé des membres du personnel (voir l'annexe 7);
- définition des questions relatives aux ressources humaines, p. ex., désignation des arrêts de travail et coût des antiviraux.

Annexe 9 – Avis de transfert pendant une éclosion

Lettre type seulement

Veuillez prendre note que _____ (nom du résident) est transféré d'un établissement aux prises avec une éclosion de grippe **soupçonnée** OU **confirmée**. Veuillez prendre les mesures de prévention et de lutte appropriées à l'arrivée du résident.

Au moment du transfert, le résident était considéré comme un cas confirmé OU soupçonné OU n'était pas considéré comme un cas de grippe.

Le résident suit un traitement antiviral à _____ ayant débuté le _____. La posologie est _____.

Statut d'immunisation du résident :

Pneumocoque	oui	☐	non	☐
Grippe	oui	☐	non	☐

Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquez avec _____ (nom du PPI), professionnel en prévention des infections, à _____ (nom du foyer), au _____ (numéro de téléphone)

Annexe 10 – Exemple d'algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'éclosion

Transferts et retours de patients entre les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux lors d'épidémies

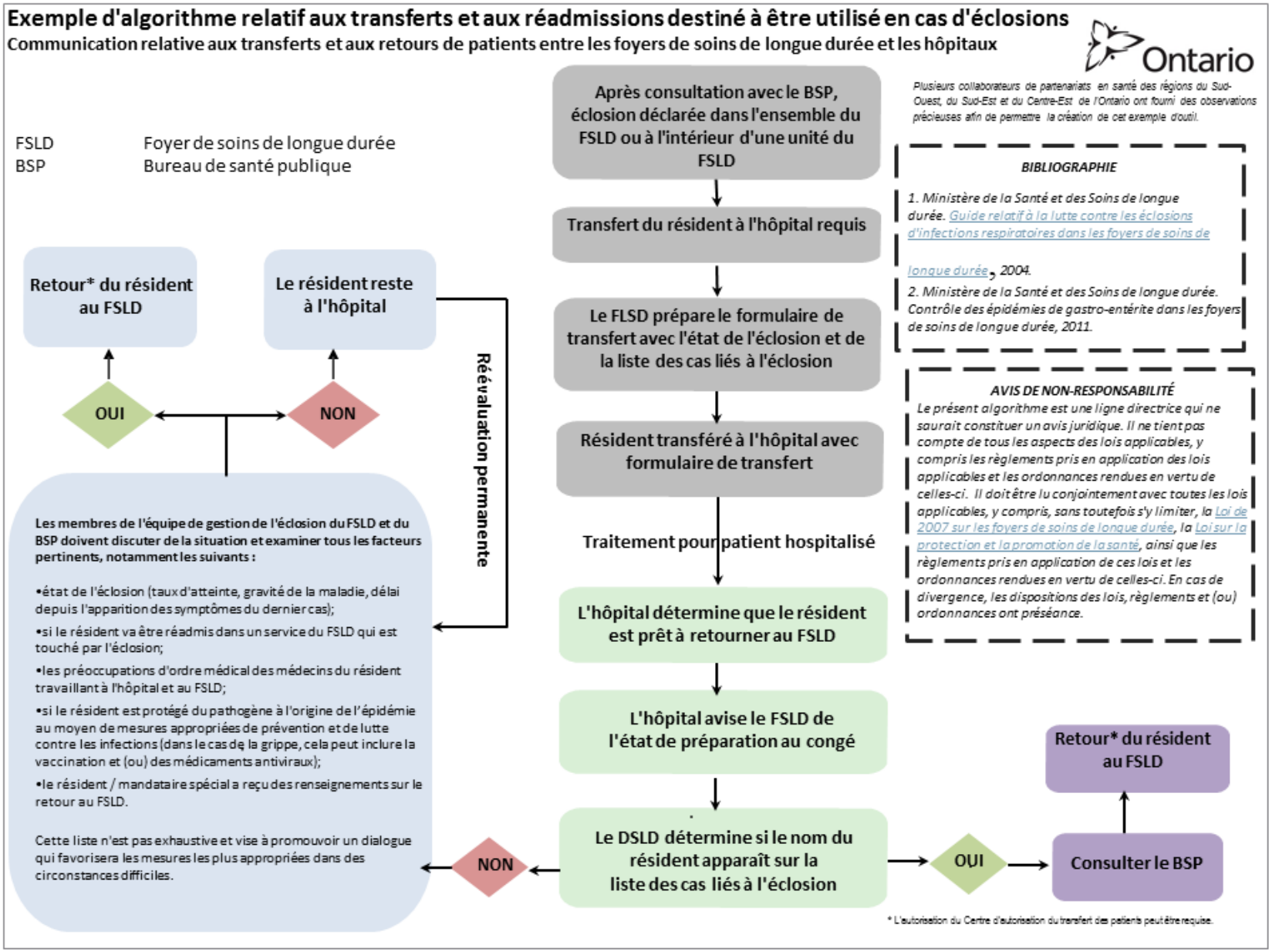
Le retour de résidents dans un foyer de soins de longue durée (FSLD) pendant les épidémies est généralement limité afin d'éviter d'exposer les sujets réceptifs à des infections respiratoires comme la grippe et à des infections gastro-intestinales comme celles provoquées par les norovirus. Les retours dans les FSLD ne sont pas automatiquement interdits. Ils doivent cependant être évalués soigneusement en fonction de la sécurité et de la qualité de vie des résidents, ainsi que de la capacité du système.

L'exemple d'algorithme fourni ici résume les travaux effectués dans le Sud-Ouest, le Sud-Est et le Centre-Est de l'Ontario en collaboration avec tous les organismes partenaires pertinents. Cet outil fournit un aperçu du processus et des facteurs dont il faut tenir compte dans la prise de décisions au sujet du retour des résidents à leur foyer de soins de longue durée après un séjour à l'hôpital. Il décrit les occasions de dialogue entre les partenaires du système concernés par les soins aux résidents : les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux, les bureaux de santé publique, les médecins et, bien entendu, les résidents eux-mêmes.

L'exemple d'algorithme fourni ici peut être utilisé ou adapté par les intervenants de toute la province qui n'ont peut-être pas documenté leurs processus et leurs considérations en ce qui concerne les transferts et les retours de patients entre les FSLD et les hôpitaux durant une épidémie. Il est destiné à promouvoir le dialogue au sujet des considérations clés. Les utilisateurs de cet exemple d'algorithme peuvent le modifier au besoin pour refléter leurs pratiques locales, mais ils doivent le faire en consultation avec les partenaires pertinents.

Pour de plus amples renseignements, les FSLD peuvent assurer un suivi auprès de leur bureau de santé publique ou consulter les *Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée*, accessibles à l'adresse : http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/flu/guide.aspx.

Image 1 : Exemple d'algorithme relatif aux transferts et aux réadmissions destiné à être utilisé en cas d'éclosions



Annexe 11 – Exemple de langage pour le retour dans un foyer de soins de longue durée pendant une éclosion

Fiche de renseignements initialement publiée le 18 janvier 2013.

Retour dans un foyer de soins de longue durée lors d'une épidémie

Le retour de patients des hôpitaux vers les foyers de soins de longue durée (FSLD) durant les épidémies est généralement limité afin de protéger les personnes qui n'ont pas été exposées. Les retours dans les FSLD ne sont toutefois pas automatiquement interdits, mais ils doivent être envisagés avec soin en tenant compte de la sécurité des patients et de la capacité du système.

Les messages clés suivants à l'intention des résidents de FSLD et de leur famille peuvent être utiles pour expliquer comment de tels retours sont possibles. Ces messages doivent être adaptés en fonction des procédures locales.

Lors d'épidémies, les FSLD limitent souvent le retour des résidents dans les zones touchées. Il peut quand même être possible de retourner au FSLD en dépit de l'épidémie.

Les FSLD, en collaboration avec les bureaux de santé publique, évaluent soigneusement chaque retour en fonction de nombreux facteurs, dont les suivants :

- l'état de l'épidémie dans le FSLD ou dans un service en particulier a fait l'objet d'une analyse soignée;
- le résident ne sera pas exposé à l'épidémie puisque celle-ci sévit dans un autre service;
- le résident qui revient a déjà été exposé à l'épidémie avant de quitter le FSLD et, par conséquent, il a maintenant développé une immunité;
- le résident est protégé de l'épidémie au moyen de mesures appropriées (dans le cas de la grippe, cela peut inclure la vaccination et des médicaments antiviraux).

Il est essentiel que vous compreniez ce qui est fait pour assurer votre bien-être ou celui des membres de votre famille. Si vous avez des questions au sujet de votre présence dans un FSLD durant une épidémie, vous pouvez les poser avant de quitter l'hôpital ou à votre retour au FSLD.

Annexe 12 – Ressources et liens utiles

Site Web du ministère de la Santé – http://www.health.gov.on.ca/fr/

Loi sur la protection et la promotion de la santé, 1990 – https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07

Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée – https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07l08

Règlement de l'Ontario 79/10 – https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/100079

Loi sur les coroners, 1990 – https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90c37

Loi sur la santé et la sécurité au travail – https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01

Programme de médicaments de l'Ontario – http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/drugs/default.aspx

Formulaire des médicaments de l'Ontario – http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/odbf_mn.html

CCPMI – https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Documents-CCPMI.aspx

I. Nettoyage, désinfection et stérilisation
II. Nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections
III. Programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario
IV. Hygiène des mains
V. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé
   a) (Annexe A) Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants dans tous les établissements de soins de santé
   b) (Annexe B) Prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires
   c) (Annexe C) Analyse, surveillance et gestion du *Clostridium difficile*
VI. Surveillance des infections associées aux soins de santé

Bulletins Labstract – Santé publique Ontario – http://www.publichealthontario.ca/fr/servicesandtools/laboratoryservices/pages/labstracts.aspx

Comité consultatif national de l'immunisation – http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php

Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada – http://www.ammi.ca/

Provincial Transfer Authorization Centre (PTAC) – https://www.hospitaltransfers.com/transfer/

Sites Web de Santé Canada – http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/index.html

No de publication 026454: ISBN 978-1-4868-1368-1 (PDF) Mars 2018 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario 2018

Ontario