

# Annexe B : Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires

dans tous les établissements de soins de santé

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Révisée mars 2013



Public  
Health  
Ontario

PARTNERS FOR HEALTH

Santé  
publique  
Ontario

PARTENAIRES POUR LA SANTÉ

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario) est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. En tant qu'organisation pivot, Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des fournisseurs de soins de santé de première ligne et des chercheurs. Santé publique Ontario offre un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de maladies infectieuses et transmissibles, de surveillance et d'épidémiologie, de promotion de la santé, de prévention des maladies chroniques et des traumatismes, de santé environnementale et de santé au travail, de préparation aux situations d'urgence en santé et de services de laboratoires de santé publique dans le but d'aider les fournisseurs de soins de santé, le système de santé publique et les ministères partenaires à prendre des décisions et des mesures en connaissance de cause en vue d'améliorer la santé et la sécurité de la population de l'Ontario.

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI) est un comité multidisciplinaire composé de professionnels de la santé possédant de l'expertise et de l'expérience en matière de prévention et de contrôle des infections. Le comité conseille Santé publique Ontario en matière de prévention et de contrôle des infections associées aux soins de santé, en prenant en compte le système de santé dans son ensemble, à des fins de protection des clients/patients/résidents et des fournisseurs de soins de santé. Le CCPMI-PCI prépare des produits de connaissance sur les pratiques exemplaires qui sont fondés sur des données probantes dans la mesure du possible, pour aider les organismes de soins de santé à améliorer la qualité des soins et la sécurité des clients/patients/résidents.

#### **Avis de non-responsabilité à l'égard des documents sur les pratiques exemplaires**

Le présent document a été préparé par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI). Le CCPMI-PCI est un organisme consultatif multidisciplinaire scientifique qui conseille Santé publique Ontario en se fondant sur des faits probants relatifs à plusieurs aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Les travaux du CCPMI-PCI reposent sur les meilleures preuves existantes et sont mis à jour selon les besoins. Les outils et les documents sur les pratiques exemplaires que le CCPMI-PCI produit sont l'expression de l'opinion généralisée de ses membres relativement aux pratiques qu'ils jugent prudentes.

#### **Modèle proposé pour citer le document :**

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; Comité consultatif provincial des maladies infectieuses; *Annexe B : Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires, annexe des Pratiques de base et des précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013.

Initialement publié : septembre 2005

2<sup>ième</sup> révision : août 2006

3<sup>ième</sup> révision : mars 2008

4<sup>ième</sup> révision : mai 2010

**NOTES : Le présent document vise uniquement à établir des pratiques exemplaires. Nous invitons les établissements de soins de santé à faire le nécessaire pour mettre en œuvre ces pratiques afin d'améliorer la qualité des soins.**

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)  
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé  
[www.oahpp.ca](http://www.oahpp.ca) | Tél. : 647 260-7100 | Courriel : [pidac@oahpp.ca](mailto:pidac@oahpp.ca)

Le présent rapport peut être reproduit sans autorisation, en totalité ou en partie à des fins éducatives seulement.  
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013  
ISBN : 978-1-4606-1939-1

## Annexe des Pratiques de base et des précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé

---

Ce document est à jour en date de février 2013.

Le nouveau contenu inclus au document est **surligné** en mauve dans le texte.

### Résumé des révisions importantes :

<u>Page</u>	<u>Révisions</u>
4	Renseignements supplémentaires sur la grippe et l'immunisation
4-5	Ajout de contre-indications en matière d'immunisation contre la grippe
6	Nouvelle information sur la coqueluche et l'immunisation
8	Nouvel encadré illustrant la différence entre les démarches active et passive de dépistage/surveillance
9	Information additionnelle sur la façon de procéder à la surveillance dans les milieux de soins actifs et foyers de soins de longue durée.
11	Nouveau Tableau 1 résumant l'application des types de démarches de dépistage et de surveillance des IAVR
13-14	Nouvelle information sur la détection des personnes ayant la grippe
15	Nouvelle information sur la durée des précautions supplémentaires
16-17	Révisions au Tableau 2
17	Nouvelle section sur les politiques en matière de milieux de travail sains
24	Révisions à l'Appendice A : Algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires – Prise de décisions initiale concernant les personnes qui présentent des symptômes
26	Révisions à l'Appendice C : Exemple d'affiche utilisée pour le dépistage passif des infections aiguës des voies respiratoires à l'entrée des établissements de soins de santé
27-28	Révisions à l'Appendice D : Exemple d'affiche à l'intention des visiteurs des établissements de soins de santé

# Table des matières

<b>PRÉAMBULE</b> .....	2
<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>EXIGENCES GÉNÉRALES</b> .....	4
A. Immunisation des fournisseurs de soins de santé .....	4
1. Vaccination antigrippale .....	4
2. Immunisation contre la coqueluche .....	6
B. Surveillance et signalement des infections aiguës des voies respiratoires.....	7
1. Dépistage et surveillance des infections aiguës des voies respiratoires .....	8
2. Consignation et signalement des résultats de la surveillance .....	12
C. Interventions pour la prévention et le contrôle des infections aiguës des voies respiratoires ....	13
1. Précautions supplémentaires relatives aux infections aiguës des voies respiratoires .....	13
2. Politiques en matière de milieux de travail sains .....	17
D. Sommaire des recommandations relatives à la prévention et à la transmission des infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) dans tous les établissements de soins de santé .....	19
<b>APPENDICES</b> .....	24
Appendice A : Algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires – Prise de décision initiale concernant les personnes qui présentent des symptômes.....	24
Appendice B : Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires à l’arrivée en milieu de soins (démarche active).....	25
Appendice C : Exemple d’affiche utilisée pour le dépistage passif des infections aiguës des voies respiratoires à l’entrée des établissements de soins de santé .....	26
Appendice D : Exemple d’affiche à l’intention des visiteurs des établissements de soins de santé.....	27
Appendice E : Exemple d’outil de signalement et de surveillance quotidiennes des infections aiguës des voies respiratoires pour les résidents admis en milieu résidentiel .....	29
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	30

## Abréviations supplémentaires pour la présente Annexe

Voir le document intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* pour connaître les autres abréviations qui ne figurent pas dans la présente annexe.

<b>IAVR</b>	Infection aiguë des voies respiratoires
<b>PEH</b>	Pneumonie extrahospitalière
<b>ASPC</b>	Agence de la santé publique du Canada
<b>RCP</b>	Réaction en chaîne de la polymérase

## Glossaire de termes supplémentaires pour la présente Annexe

Voir le document intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* pour connaître les autres termes qui ne figurent pas dans la présente annexe.

**Infection aiguë des voies respiratoires (IAVR) :** 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 et l'apparition ou l'aggravation d'une toux ou d'un essoufflement (anciennement 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.

**Dépistage :** Méthode normalisée de contrôle de maladies contagieuses consistant à déployer des efforts minutieux pour identifier les personnes qui sont infectées ou qui peuvent l'être.

**Grappe :** Groupement de cas de maladie pendant une période donnée dans une région précise, ce qui laisse supposer l'existence d'une association possible entre les cas eu égard à la transmission.

**Écllosion :** Pour les besoins du présent document, une écllosion est une augmentation du nombre de cas supérieure au nombre de cas qui surviennent normalement dans un établissement de soins de santé particulier pendant une période définie.

# Préambule

## À Propos De La Présente Annexe

La présente annexe s'ajoute en complément du document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* et porte spécifiquement sur les activités de surveillance et de signalement, et les interventions particulières associées à la prévention et au contrôle des infections aiguës des voies respiratoires transmises par gouttelettes dans tous les secteurs des soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les milieux de soins préhospitaliers, les établissements de soins actifs, de soins continus complexes, de réadaptation, de soins de longue durée et de soins chroniques, les cliniques externes, les organismes de soins à domicile, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets de médecins, de dentistes et d'autres professionnels de la santé réglementés, les établissements de santé autonomes (ESA) et les locaux extrahospitaliers (LEH).

La gestion des activités de prévention et de contrôle des infections aiguës des voies respiratoires est présentée à la Section 2.B de *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*<sup>1</sup>.

# Introduction

## Risques et répercussions des infections aiguës des voies respiratoires dans les établissements de soins de santé

Les maladies respiratoires infectieuses, comme le rhume, la grippe et la pneumonie, constituent une cause majeure de maladie, d'absentéisme, de perte de productivité et de décès. Les éclosons de grippe et d'autres virus respiratoires ont un effet considérable sur les taux de morbidité et de mortalité, les soins prodigués aux clients/patients/résidents ainsi que le mouvement des clients/patients/résidents. Des éclosons de coqueluche sont survenues dans des établissements de soins de santé, les adultes représentant la source principale d'infection pour les nourrissons et les enfants hospitalisés<sup>5</sup>. On a observé des cas d'acquisition et de transmission de la coqueluche par des fournisseurs de soins de santé lors de plusieurs éclosons<sup>2-4, 6, 7</sup>.

Au Canada, la grippe et la pneumonie extrahospitalière (PEH) entraînent 60 000 hospitalisations et 8 000 décès par année, et constituent la principale cause de décès par suite d'une maladie infectieuse<sup>8</sup>. De nouvelles méthodes diagnostiques, par exemple, la réaction en chaîne de la polymérase (RCP), ont démontré que l'étiologie virale de la PEH est peut-être sous-estimée<sup>9</sup> et que les virus respiratoires surviennent souvent en combinaison avec des agents bactériologiques comme le *streptococcus pneumoniae*<sup>10</sup>.

Dans tous les établissements de soins de santé, il existe un risque important de transmission d'I AVR aux patients/résidents et aux fournisseurs de soins de santé, en raison des facteurs suivants :

- le grand nombre de personnes (p. ex. patients/résidents, membres de la famille, bénévoles, visiteurs, fournisseurs de soins de santé) qui circulent dans ces établissements;
- la facilité avec laquelle les maladies respiratoires transmises par gouttelettes peuvent se propager d'une personne à une autre<sup>11</sup>;
- le fait que de nombreux clients/patients/résidents soient atteints d'autres maladies les rendant plus susceptibles de souffrir de complications découlant d'infections respiratoires;
- le grand nombre de personnes qui demandent des soins relativement à une maladie respiratoire ou qui en contractent une dans ces établissements.

Le risque pour les clients/patients/résidents est plus élevé dans les établissements institutionnels, tout particulièrement :

- dans les foyers de soins de longue durée, qui constituent des milieux fermés où vivent pendant de longues périodes de nombreux résidents âgés et fragiles qui souffrent de maladies chroniques;
- dans les unités des hôpitaux de soins actifs où se trouvent de nombreux patients à risque élevé.

Le risque pour le personnel est plus élevé dans les établissements où :

- les gens se présentent en premier avec leurs symptômes (p. ex. cabinets médicaux, centres et cliniques de santé communautaires, services des urgences);
- le personnel exécute des interventions à risque élevé pouvant créer des pulvérisations, des éclaboussures ou des aérosols (p. ex. thérapies avec aérosol de nébulisation, aspiration).

# Exigences générales

## A. Immunisation des fournisseurs de soins de santé

L'immunisation contre les maladies évitables par la vaccination fait partie intégrante de tout programme de santé et de sécurité au travail. Il a été démontré que la vaccination antigrippale des fournisseurs de soins de santé réduisait la mortalité et la morbidité chez les clients/patients/résidents sous leur garde et l'absentéisme chez les fournisseurs de soins de santé pendant la saison grippale<sup>12-14</sup>.

Tous les établissements de soins de santé devraient adopter des politiques de vaccination des fournisseurs de soins de santé, qui doivent être conformes au document *Influenza Surveillance Protocol for Ontario Hospitals* élaboré conjointement par l'Ontario Hospital Association et l'Ontario Medical Association. Ces politiques devraient faire de la vaccination antigrippale annuelle une norme de soins et énoncer les mesures à prendre pour protéger les patients/résidents et les fournisseurs de soins de santé (p. ex. rappeler aux fournisseurs de soins l'importance de se faire vacciner chaque année, consigner l'état vaccinal de chaque personne et exclure du lieu de travail les fournisseurs de soins de santé non vaccinés pendant les éclosions).

- Les protocoles de surveillance des maladies transmissibles de l'OHA/OMA (en anglais) sont accessibles à :  
<http://www.oha.com/Services/HealthSafety/Pages/CommunicableDiseasesSurveillanceProtocols.aspx>.
- Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les exigences en matière d'immunisation des fournisseurs de soins de santé, voir le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario*, accessible à :  
<http://www.oahpp.ca/fr/resources/pidac-knowledge/best-practice-manuals/FR-infection-prevention-and-control-programs-in-ontario-in-all-health-care-settings-3rd-edition.html>

## 1. Vaccination Antigrippale

**La vaccination est la première ligne de défense contre la propagation de la grippe.** En Ontario, la vaccination est gratuite pour tous les résidents, fournisseurs de soins de santé et étudiants et peut réduire de façon considérable l'incidence et la prévalence de la grippe si elle est administrée à un pourcentage important de la population<sup>15</sup>. Des études ont révélé que la vaccination antigrippale :

- permet de prévenir la grippe confirmée en laboratoire chez environ 70 % ou plus des personnes en bonne santé;
- réduit les symptômes et la durée de la grippe chez les personnes âgées<sup>16</sup>;
- permet de prévenir au moins 60 % des hospitalisations dues à la pneumonie et à la grippe chez les personnes âgées vivant dans la collectivité<sup>17</sup>;
- permet de prévenir de 50 à 60 % des hospitalisations et jusqu'à 85 % des décès chez les personnes âgées vivant en foyer de soins de longue durée<sup>12-14, 18</sup>.

Un grand nombre de personnes présentant un risque élevé de complications liées à la grippe<sup>14</sup> (p. ex. les adultes et les enfants atteints d'affections chroniques, les personnes âgées de plus de 65 ans, les enfants de moins de cinq ans, les personnes souffrant d'obésité morbide, les peuples autochtones, les résidents de foyers de soins de longue durée, les femmes enceintes) reçoivent des soins dans des établissements de



soins de santé ontariens. On a démontré que la vaccination des fournisseurs de soins de santé réduit la mortalité, les affections pseudo-grippales et les cas de grippe confirmés par sérologie chez l'ensemble des clients/patients/résidents<sup>19</sup>. Quatre essais contrôlés aléatoires confirment que les campagnes de vaccination à grande échelle des fournisseurs de soins de santé sont associées à une réduction des infections nosocomiales et notamment du taux de mortalité chez les résidents de foyers de soins de longue durée<sup>12, 13, 18, 20</sup>. En soins actifs, deux études d'observation ont révélé que des taux plus faibles de vaccination des fournisseurs de soins de santé étaient associés à un nombre plus élevé de cas de grippe d'origine hospitalière confirmés en laboratoire<sup>21, 22</sup>.

Pour ces raisons, il est tout particulièrement important que les fournisseurs de soins de santé soient immunisés. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande que les personnes à risque élevé et ceux qui leur prodiguent des soins se fassent vacciner chaque année<sup>14</sup>. Les organismes de soins de santé devraient avoir un programme d'immunisation des fournisseurs de soins de santé. Les taux de vaccination parmi les fournisseurs de soins de santé en Ontario restent inférieurs à 50-60 % (données du MSSLD), malgré les efforts considérables déployés pour améliorer ces taux. Un nombre croissant d'organisations ont démontré que les exigences institutionnelles en matière de vaccination au sein des organismes de soins de santé entraînent des hausses soutenues des taux de vaccination jusqu'à plus de 90 %, avec une réduction naturelle minimum du personnel<sup>23-26</sup>. Des données révèlent également que des conséquences plus lourdes entourant le refus de vaccination sont associées à des taux de vaccination plus élevés chez les fournisseurs de soins de santé<sup>27, 28</sup>.

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<sup>29</sup>. La vaccination antigrippale des fournisseurs de soins de santé qui prodiguent des soins directs aux clients/patients/résidents (notamment les médecins, infirmiers, intervenants d'urgence, employés des établissements de soins de longue durée qui ont des contacts avec des résidents, fournisseurs de soins de santé à domicile, infirmiers visiteurs et bénévoles) est une norme de soins. En l'absence de contre-indications au vaccin, le refus de se faire vacciner contre la grippe constitue un manquement à l'obligation de diligence des fournisseurs de soins envers les clients/patients/résidents<sup>14</sup>.

Les milieux de soins de santé, les services de santé au travail et les professionnels devraient unir leurs efforts pour améliorer le taux de vaccination des fournisseurs de soins de santé. Afin d'aider autant que possible le personnel à se conformer aux politiques en matière de vaccination antigrippale, les établissements de soins de santé auraient avantage à mettre des cliniques de vaccination à leur disposition sur le lieu de travail<sup>30</sup>. On devrait encourager les visites régulières aux établissements de soins de longue durée ou autres milieux qui hébergent des patients sur de longues périodes pour assurer l'immunisation annuelle contre la grippe.

## **CONTRE-INDICATIONS EN MATIÈRE D'IMMUNISATION CONTRE LA GRIPPE**

Parmi les contre-indications au vaccin contre la grippe figurent<sup>14</sup> :

- toute réaction anaphylactique à une dose antérieure ou à un composant du vaccin;  
OU
- tout épisode de syndrome de Guillain-Barré confirmé par le passé dans les six semaines suivant l'obtention du vaccin contre la grippe.

Les personnes qui ont une allergie aux œufs peuvent ne pas pouvoir recevoir certains types de vaccin en toute sécurité<sup>14</sup>. Il est conseillé de consulter un expert.

Les fournisseurs de soins de santé présentant des contre-indications à la vaccination contre la grippe devraient être réaffectés ou se plier à d'autres mesures afin de protéger les clients/patients/résidents et les fournisseurs de soins de santé (p. ex. porter un masque dans les lieux de soins aux clients/patients/résidents) pendant la saison de la grippe<sup>29</sup>.

*La grossesse ou l'allaitement ne sont pas des contre-indications à la vaccination antigrippale. On recommande par ailleurs aux femmes enceintes ou qui allaitent de se faire vacciner, puisque les femmes enceintes et les nouveau-nés présentent un risque élevé de complications liées à la grippe<sup>14, 31-33</sup>.*

## ÉCLOSIONS DE GRIPPE

Pendant les périodes d'activité grippale saisonnière, les taux d'infection clinique varient de 10 à 30 % dans la population en général et dépassent les 50 % dans les populations fermées, comme les patients et les résidents des hôpitaux ou de foyers de soins de longue durée. Afin de protéger les patients et les résidents vulnérables durant une éclosion, il est indispensable d'interdire à tout le personnel atteint ou soupçonné d'être atteint de grippe ou n'ayant pas été vacciné et ne prenant pas de prophylaxie antivirale de se présenter au travail<sup>19</sup>. La prophylaxie antivirale ne doit pas remplacer la vaccination antigrippale annuelle.

## 2. Immunisation Contre La Coqueluche

La coqueluche est une maladie évitable par la vaccination. Au cours des dernières années (2004 - 2009), l'incidence de la coqueluche a augmenté en Ontario; les adultes sont de plus en plus considérés comme un réservoir principal de l'infection par la coqueluche, surtout pour les nourrissons en milieu hospitalier<sup>34</sup>. La documentation fait état d'éclosions de la coqueluche dans les établissements de soins de santé<sup>2-4, 6, 7</sup>. Dans plusieurs cas, des fournisseurs de soins de santé ont été à la fois à l'origine et victimes de ces éclosions<sup>2, 3, 5-7, 35-37</sup>.

L'immunisation précédente contre la coqueluche et des antécédents d'infection naturelle par la coqueluche n'entraînent pas une immunité à la coqueluche la vie durant. Il n'existe aucun test régulier d'anticorps permettant de déterminer le statut d'immunité d'une personne contre la coqueluche. Tous les fournisseurs de soins de santé qui travaillent avec des clients/patients/résidents peuvent être jugés à risque d'exposition à la coqueluche et devraient être considérés comme des personnes vulnérables<sup>38</sup>. Il est recommandé d'administrer une dose de vaccin contre le tétanos/ la diphtérie/ la coqueluche acellulaire (dcaT) à tous les adultes, y compris les fournisseurs de soins de santé.

### **Recommandations**

- 1. 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. [AI]**
- 2. La vaccination contre la grippe devrait être facilement accessible. On devrait en faire la promotion au travail. [All]**
- 3. Tous les établissements de soins de santé devraient adopter des politiques de vaccination des fournisseurs de soins de santé, qui doivent être conformes au document *Influenza Surveillance Protocol for Ontario Hospitals* élaboré conjointement par l'Ontario Hospital Association et l'Ontario Medical Association.**

4. **Tous les adultes, y compris les fournisseurs de soins de santé, devraient recevoir une dose de vaccin contre le tétanos/ la diphtérie/ la coqueluche acellulaire (dcaT).**

## B. Surveillance et signalement des infections aiguës des voies respiratoires

Tous les établissements de soins de santé devraient adopter et maintenir des pratiques appropriées de surveillance, de prévention et de contrôle des infections afin de prévenir et de limiter la propagation d'infections respiratoires. Ces pratiques devraient être aussi courantes que les autres mesures de santé et sécurité mises en place dans le milieu de travail.

Les mesures de surveillance et de signalement des infections aiguës des voies respiratoires permettront :

- de prévenir la transmission des infections respiratoires transmises par gouttelettes aux autres clients/patients/résidents et aux fournisseurs de soins de santé;
- d'aider les établissements de soins de santé à détecter et à localiser rapidement les grappes et les éclosions d'infections respiratoires courantes;
- d'aider les établissements de soins de santé à détecter et à localiser les nouveaux micro-organismes ou les micro-organismes virulents à l'origine des infections aiguës des voies respiratoires.

En 2005, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis à jour le règlement 569<sup>39</sup> de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*<sup>40</sup>, qui énonce clairement le type de renseignements que les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé sont tenus de déclarer en ce qui a trait aux éclosions d'infections respiratoires.

- Voir la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, R.R.O. 1990, Règlement 569, accessible à : [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regis/french/elaws\\_regs\\_900569\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regis/french/elaws_regs_900569_f.htm)

En cas d'éclosion d'IAVR, les établissements de soins de santé devraient prendre les mesures de contrôle appropriées et communiquer avec leur bureau local de santé publique (voir la section B.2. intitulée *Consignation et signalement des résultats de la surveillance*) et suivre les procédures de gestion des éclosions appropriées.

- Voir le document du ministère de la Santé et des Soins de longue durée intitulé *A Guide to the Control of Respiratory Infection Outbreaks in Long-Term Care Homes*<sup>41</sup> (en anglais) pour des directives concernant la prévention, la détection et la gestion des éclosions d'infection respiratoire. Accessible à l'adresse : [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/lrc\\_respoutbreak/lrc\\_respoutbreak.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/lrc_respoutbreak/lrc_respoutbreak.html).

# 1. Dépistage Et Surveillance Des Infections Aiguës Des Voies Respiratoires

Des clients/patients/résidents, fournisseurs de soins de santé ou visiteurs peuvent introduire des IAVR dans un milieu de soins. Le but du dépistage et de la surveillance est d'identifier les personnes porteuses d'IAVR qui pourraient constituer un risque pour autrui de façon à prendre des mesures préventives pour réduire ou éliminer les risques de transmission.

Les mesures requises relatives au dépistage et à la surveillance peuvent être intégrées à un algorithme afin d'aider les fournisseurs de soins de santé à aiguiller les clients/patients/résidents et à s'assurer que les mesures préventives sont prises afin de protéger les fournisseurs de soins de santé et les autres personnes.

- Voir l'[Appendice A](#) *Algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires* pour connaître l'algorithme de dépistage et de surveillance.

## DÉPISTAGE D'UNE IAVR DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ

Le dépistage et la surveillance peuvent être effectués selon deux types de démarches : la démarche passive et active (Encadré 1). Chaque milieu de soins de santé devrait élaborer des systèmes de surveillance fondés sur ces deux démarches.

ENCADRÉ 1 : Type de démarche de dépistage/surveillance	
<p><b>Démarche de dépistage/surveillance active</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ On demande aux clients/patients/résidents et fournisseurs de soins de santé s'ils ont des symptômes d'infection dès leur arrivée à l'établissement de soins de santé.</li><li>■ La personne qui pose les questions initiales devrait se tenir à au moins deux mètres de distance du client/patient/résident ou fournisseur de soins, ou se protéger au moyen d'une barrière en verre ou en plexiglas.</li><li>■ Dans les unités résidentielles ou de soins aux personnes hospitalisées des établissements de santé, on vérifie quotidiennement les symptômes respiratoires des patients/résidents et on maintient un dossier sommaire des personnes ayant des symptômes.</li></ul>	<p><b>Démarche de dépistage/surveillance passive</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ On demande aux clients/patients/résidents et fournisseurs de soins de santé de s'auto-évaluer et de s'auto-identifier en suivant les consignes indiquées sur des affiches.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Voir l'<a href="#">Appendice B</a> <i>Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires</i> pour un modèle de formulaire de dépistage et de surveillance pouvant être adapté selon les besoins de l'établissement de soins de santé.</li><li>➤ Voir l'<a href="#">Appendice E</a> : <i>Exemple d'outil de signalement et de surveillance quotidienne des infections aiguës des voies respiratoires</i> pour un modèle de formulaire sommaire de surveillance active pouvant être adapté selon les besoins de l'établissement de soins de santé.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Voir l'<a href="#">Appendice C</a> <i>Exemple d'affiche utilisée pour le dépistage passif des infections aiguës des voies respiratoires</i> pour un exemple d'affiche pouvant être adaptée aux besoins de l'établissement de santé.</li></ul>

Certains établissements de soins de santé adoptent à la fois la démarche active et la démarche passive : ils installent des affiches conseillant aux patients/clients/résidents qui présentent des symptômes de prendre certaines précautions et chargent les fournisseurs de soins de santé de l'établissement qui constituent le premier contact de poser certaines questions afin de confirmer que les clients, les patients ou les résidents ont bien lu et compris les affiches. Ces questions sont tout particulièrement importantes lorsque l'âge, la langue ou une invalidité pourrait empêcher les clients/patients/résidents de lire une affiche et de suivre les directives.

La décision prise par un établissement de soins de santé quant à la démarche à adopter dépendra de l'aménagement du bureau ou de la clinique, du type de soins dispensés et des risques de transmission (p. ex. un établissement où les contacts avec les clients/patients/résidents ont très rarement lieu en face à face peut décider d'utiliser une démarche passive de dépistage et de surveillance). Certains établissements choisiront d'adopter une telle démarche lorsqu'il n'y a pas d'alerte médicale à l'échelle mondiale ni d'activité grippale au sein de la collectivité et de privilégier une démarche plus active lorsque le nombre de cas d'IAVR augmente. Les établissements de soins de santé devraient être conscients des virus respiratoires actifs dans la collectivité locale.

- Consulter le bulletin sur les virus respiratoires en Ontario (en anglais) pour obtenir des renseignements sur l'activité de ces virus en Ontario. Le bulletin est accessible à : <http://www.oahpp.ca/resources/ontario-respiratory-virus-bulletin.html>.

Voir le Tableau 1 pour un résumé des types de dépistage/surveillance par population/milieu de soins.

## **COMMENT PROCÉDER À LA SURVEILLANCE DES IAVR DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ**

### **Entretien initial**

Il est nécessaire d'évaluer chaque patient, résident ou client durant l'entretien initial à l'établissement de soins de santé afin de détecter des symptômes d'IAVR et de consigner le fait que l'évaluation a eu lieu. Il n'est pas nécessaire d'inscrire cette information dans un document distinct. L'intensité de la surveillance pourrait augmenter à différents moments de l'année, selon l'activité des IAVR au sein de la collectivité. Certains établissements préfèrent utiliser un questionnaire (voir l'Appendice B Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires) pour consigner leurs activités de dépistage et de surveillance. D'autres préfèrent inscrire une note au dossier d'un client/patient/résident lorsque celui-ci est atteint d'une IAVR et que des mesures de prévention ont été prises.

### **Surveillance quotidienne continue**

Les établissements de soins de santé doivent élaborer un processus d'évaluation continue pour les résidents et les patients admis conformément à l'évaluation des risques relatifs aux pratiques de base, pour identifier toute nouvelle apparition de symptômes d'IAVR. Un outil de signalement ou de surveillance d'infection simplifiera l'identification et le suivi des résidents et des patients souffrant d'une IAVR. Parmi les autres méthodes de dépistage figurent les rapports du personnel infirmier, les examens de dossier, les rondes de personnel de prévention et de contrôle des infections dans les unités de soins infirmiers, l'utilisation d'outils de surveillance dans les unités de soins infirmiers, les rapports de laboratoire ou de radiologie, l'examen des traitements et les observations cliniques.

- Voir l'Appendice E Exemple d'outil de signalement et de surveillance quotidiennes des infections aiguës des voies respiratoires pour un modèle de fiche pouvant être utilisée afin de suivre l'évolution des IAVR dans un établissement de soins de santé.

Chaque nouveau cas d'IAVR déclaré dans l'établissement de soins de santé doit donner lieu à une enquête. Lorsqu'un nouveau cas d'IAVR est identifié chez un patient/résident, il faut déterminer si l'infection a été acquise dans l'établissement et les mesures appropriées doivent être prises pour contenir l'infection et vérifier s'il y a d'autres cas.

### **Dépistage des IAVR chez les fournisseurs de soins de santé**

Les fournisseurs de soins de santé qui ont des symptômes d'IAVR devraient aviser leur gestionnaire et le signaler au service de santé et sécurité au travail ou autre service désigné. Les gestionnaires qui font face à des grappes de fournisseurs de soins de santé atteints d'IAVR devraient en aviser le service de santé et sécurité au travail et le service de prévention et de contrôle des infections.

### **DÉPISTAGE D'UNE IAVR EN MILIEU DE SOINS À DOMICILE**

Le dépistage et la surveillance chez les personnes recevant des soins à domicile devraient s'effectuer de façon suivie à l'aide d'un certain nombre de méthodes. Par exemple :

- Lorsqu'un patient nécessitant des précautions accrues en matière de prévention et de contrôle des infections reçoit son congé de l'hôpital, le personnel hospitalier devrait veiller à ce que ce renseignement soit transmis à l'organisme fournissant des soins à domicile et demander au patient ou à un membre de sa famille d'en informer le fournisseur de soins à domicile.
- L'organisme chargé des soins devrait téléphoner à tout nouveau client dans les 24 heures précédant la première visite pour lui demander s'il présente des symptômes d'IAVR et lui demander d'aviser le personnel de soins à domicile si des symptômes respiratoires apparaissent. Si l'organisme ne peut joindre un client par téléphone, le fournisseur de soins de santé devrait alors lui poser ces questions avant de lui offrir ses services.
- Au cours des visites ultérieures, on pourra demander au client (ou à un membre de sa famille) de s'auto-évaluer afin de détecter des symptômes d'IAVR et d'aviser le fournisseur de soins à domicile lorsque celui-ci se présente au domicile. Le personnel peut également commencer chaque visite en demandant au client s'il présente des symptômes d'IAVR.

Le type de démarche adoptée par un organisme dépendra de l'ancienneté du client (patient nouveau ou de longue date) et de sa capacité (ou de celle de sa famille) de s'auto-évaluer. Lorsqu'un client bénéficiaire de soins à domicile présente les symptômes d'une IAVR, le personnel doit utiliser des mesures de prévention appropriées, y compris des précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact (voir le Tableau 2).

- Voir la section 2.B du document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* pour des détails concernant les précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact. Accessible à : <http://www.oahpp.ca/fr/resources/pidac-knowledge/best-practice-manuals/routine-practices-and-additional-precautions.html>.

**Tableau 1 : Sommaire de l'application des types de dépistage/surveillance des IAVR**

MILIEU DE SOINS DE SANTÉ/POPULATION	SURVEILLANCE SYSTÉMATIQUE (en l'absence d'éclosion)		ÉCLOSION OU INCIDENCE D'IAVR AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ	APPENDICE RÉFÉRENCE
	ACTIVE (p. ex. dossier, outils écrits)	PASSIVE (p. ex. affiche, auto-évaluation)		
Soins préhospitaliers	✓		Surveillance active	B
Service des urgences	✓	✓	Surveillance passive à l'arrivée, surveillance active au moment du triage	B, C
Soins actifs – unités de soins aux personnes hospitalisées	✓		Surveillance active	E
Soins de longue durée, Soins continus complexes, Établissement de réadaptation	✓	✓	Surveillance active pour la durée de l'éclosion/incidence accrue	E
Soins ambulatoires (p. ex. cliniques, cabinets de médecins)		✓	Surveillance active pour la durée de l'éclosion/incidence accrue	C
Visites à domicile	✓		Surveillance active	B
Adultes		✓	Surveillance passive (auto-déclaration)	C
Visiteurs		✓	Surveillance passive (affiche et auto-déclaration)	C

### **Recommandations**

5. ***Le dépistage et la surveillance peuvent être effectués selon une démarche active, passive ou combinée. [CIII]***
6. ***Tous les établissements de soins de santé devraient s'assurer de pouvoir recenser les cas d'IAVR et de détecter les grappes ou les éclosions d'IAVR. [CIII]***
7. ***Tous les clients, les patients et les résidents qui se présentent à un établissement de soins de santé devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes d'IAVR au moyen de « l'algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires ». [CIII]***
8. ***Les clients qui reçoivent des soins à leur domicile devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes d'IAVR au moyen de « l'algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires ». [CIII]***
9. ***Les établissements de soins de santé devraient effectuer des évaluations quotidiennes continues des patients hospitalisés/résidents afin de déceler la présence de symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires. [BII]***

## 2. Consignation Et Signalement Des Résultats De La Surveillance

Le signalement est nécessaire pour s'assurer que les établissements de soins de santé, les fournisseurs de soins de santé et les responsables de la santé publique détiennent l'information dont ils ont besoin pour prévenir la propagation des IAVR et contrôler ces infections. Chaque établissement de soins de santé doit élaborer un cadre de signalement afin de s'assurer que les exigences en matière de signalement sont respectées.

### **SIGNALEMENT DES CLIENTS/PATIENTS/RÉSIDENTS AUX PRISES AVEC UNE IAVR**

Les médecins et administrateurs/directeurs d'établissement doivent aviser les responsables de la santé publique des clients/patients/résidents qui ont ou pourraient avoir une maladie à déclaration obligatoire et des éclosions d'IAVR<sup>39</sup>. Le personnel infirmier/les unités de soins aux personnes hospitalisées devraient rapporter les nouveaux cas d'IAVR parmi les patients hospitalisés/résidents au service de prévention et de contrôle des infections.

Les établissements de soins de santé qui font face à une éclosion d'IAVR doivent transmettre à l'interne et à l'externe l'information sur ses activités de surveillance lorsqu'un patient/résident est transféré à un autre milieu de soins.

Les responsables de la santé publique doivent être avisés rapidement des situations suivantes en milieu de soins de santé :

- grappes inusitées de cas d'IAVR;
- cas isolés d'IAVR lorsque le patient a voyagé dans un pays où un avis a été émis par l'Agence de la santé publique du Canada;
- cas isolés d'IAVR lorsque le patient est entré en contact avec une personne ayant voyagé dans un tel pays.

Une communication efficace avec les responsables de la santé publique aidera à cerner rapidement une éclosion.

- Pour en savoir plus sur les renseignements à déclarer aux responsables de la santé publique, consulter le Règlement 569 pris en application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, accessible à : [http://www.search.e-laws.gov.on.ca/en/isysquery/c5473138-a93a-48For\\_13-867b-9bcf4f15ec6d/1/frame/?search=browseStatutes&context=](http://www.search.e-laws.gov.on.ca/en/isysquery/c5473138-a93a-48For_13-867b-9bcf4f15ec6d/1/frame/?search=browseStatutes&context=)
- Pour en savoir plus sur les conseils de santé aux voyageurs de l'Agence de la santé publique du Canada, consulter : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php>

### **SIGNALEMENT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AUX PRISES AVEC UNE IAVR**

Un contact étroit entre la PCI et la SST est essentiel à la gestion après l'exposition et la gestion des éclosions, et notamment au dépistage des contacts<sup>29</sup>. Afin de protéger le droit des fournisseurs de soins de santé à la confidentialité, les services de santé et de sécurité au travail déclareront les grappes de fournisseurs de soins de santé de façon non nominative au service de prévention et de contrôle des infections.



Les services de santé et de sécurité au travail ou un service désigné doivent aviser les responsables de la santé publique des fournisseurs de soins de santé qui ont ou pourraient avoir une maladie à déclaration obligatoire et des éclosions d'IAVR parmi les fournisseurs de soins de santé<sup>40</sup>. Si l'IAVR a été acquise en milieu de travail, on doit aussi en informer le ministère du Travail et la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

- Voir la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* pour connaître les exigences de signalement prévues par la loi. La loi est accessible à : [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_90h07\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90h07_f.htm).
- Voir la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* pour connaître les exigences de signalement des IAVR acquise en milieu de travail. Accessible à : [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_90o01\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90o01_f.htm).

### **Recommandations**

- 10. L'établissement de soins de santé veillera à ce que tous les fournisseurs de soins de santé qui ont des contacts avec un client, un patient ou un résident souffrant de symptômes d'IAVR sachent qu'ils doivent prendre des précautions contre l'exposition aux gouttelettes et les contacts. [BII]***
- 11. Chaque établissement de soins de santé devrait avoir une politique autorisant un professionnel des soins de santé assujéti à la réglementation de prendre les précautions supplémentaires appropriées dès l'apparition des symptômes et de maintenir ces précautions jusqu'à ce que le laboratoire fournisse les résultats confirmant ou infirmant le diagnostic. [BII]***
- 12. Une fois que la nécessité de mettre en œuvre des mesures de précaution contre les gouttelettes et les contacts a été établie, on doit en informer toutes les unités recevant des patients/résidents et tous les services de diagnostic. [CIII]***

## C. Interventions pour la prévention et le contrôle des infections aiguës des voies respiratoires

### 1. Précautions supplémentaires relatives aux infections aiguës des voies respiratoires

Afin de protéger les fournisseurs de soins de santé, les clients/patients/résidents et toute autre personne qui se trouve à l'intérieur d'un établissement de soins de santé, on doit gérer le cas des personnes qui se présentent avec des symptômes liés à une IAVR selon les pratiques de base et prendre les précautions appropriées contre la transmission par gouttelettes et contacts. On doit se rappeler que certaines personnes ayant une IAVR pourraient ne pas avoir de fièvre, qui dépend de l'hôte et de facteurs pathogènes<sup>42</sup>.

Les fournisseurs de soins de santé devraient rester très conscients du fait que, durant la saison de la grippe, les personnes qui ont des maladies cardio-pulmonaires aiguës d'apparence non infectieuses (p. ex. maladie cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique exacerbée ou asthme) pourraient

avoir la grippe<sup>43-47</sup> et que seulement la moitié des patients admis à l'hôpital pour la grippe présentent des symptômes classiques<sup>47</sup>.

Les mesures spécifiques de PCI relatives aux pratiques de base et précautions contre l'exposition aux gouttelettes et les contacts incluent ce qui suit :

- fournir un désinfectant pour les mains à base d'alcool, des masques et des mouchoirs aux comptoirs de réception;
- demander au client/patient/résident de pratiquer l'hygiène des mains (p. ex. se laver les mains avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool);
- demander au client/patient/résident de respecter l'étiquette respiratoire lorsqu'il tousse ou éternue :
  - détourner le visage des autres;
  - se couvrir le nez et la bouche à l'aide d'un mouchoir;
  - jeter immédiatement dans la poubelle les mouchoirs après leur utilisation;
  - se laver les mains immédiatement après avoir jeté les mouchoirs.
- S'il peut le tolérer, demander au client/patient/résident de porter un masque afin de protéger les autres clients/patients/résidents ou les fournisseurs de soins de santé dans les aires d'attente communes :
  - toutefois, tous les clients/patients/résidents ne supportent pas le port du masque (p. ex. les enfants, les personnes ayant des problèmes respiratoires chroniques, les personnes atteintes de démence);
  - si des masques ne sont pas disponibles ou s'ils ne sont pas tolérés, on encouragera les clients/patients/résidents à employer d'autres méthodes pour se couvrir le nez et la bouche lorsqu'ils éternuent ou toussent (un mouchoir en papier par exemple).
- Maintenir une séparation spatiale d'au moins deux mètres :
  - isoler le client/patient/résident dans une pièce séparée loin des aires d'attentes bondées;
  - maintenir une distance d'au moins deux mètres avec les autres clients/patients/résidents.
- Les patients qui reçoivent des soins actifs devraient dans la mesure du possible être placés dans une chambre individuelle. Si aucune chambre individuelle n'est disponible, voir la Section 2.B. et l'Annexe C du document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* pour les prises de décisions concernant un autre type d'hébergement.
- Les personnes ayant une IAVR ne devraient pas visiter de patients/résidents.

Le Tableau 2 résume les précautions supplémentaires en matière de prévention et de contrôle des infections requises pour s'occuper des clients/patients/résidents souffrant d'une IAVR en milieu de soins de santé. Pour des informations détaillées, consulter le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*.

- Voir l'Annexe N du document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* pour connaître la liste des infections qui nécessitent la prise de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes :  
<http://www.oahpp.ca/fr/resources/pidac-knowledge/best-practice-manuals/routine-practices-and-additional-precautions.html>.

## DURÉE DES PRÉCAUTIONS

Les précautions supplémentaires devraient être maintenues en place jusqu'à ce que le risque de transmission du micro-organisme ou de la maladie soit éliminé. Lorsque les périodes de transmissibilité sont connues, les précautions peuvent être interrompues au moment approprié.

Maintenir les précautions supplémentaires jusqu'à ce qu'on ait accès à l'étiologie de l'IAVR. Au moment d'obtenir l'étiologie, adopter les précautions supplémentaires appropriées (voir l'Annexe N, intitulée *Syndromes cliniques, états de santé et niveau de précautions nécessaires*, dans le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé* :

<http://www.oahpp.ca/fr/resources/pidac-knowledge/best-practice-manuals/routine-practices-and-additional-precautions.html>).

Si on ne peut déterminer d'étiologie, réévaluer quotidiennement et cesser les précautions quand :

- le patient vient d'un établissement qui fait face à une éclosion d'infection respiratoire, n'a pas de symptôme et n'a pas eu d'exposition au microorganisme depuis la fin de la période d'incubation;
- le patient a reçu un diagnostic autre qu'une infection respiratoire qui explique ses symptômes (p. ex. bactériémie, urosepsis confirmée);
- l'état du patient s'améliore (p. ex. toux, essoufflement, exigences relatives à la FiO<sub>2</sub>, respiration sifflante, expectoration) et la fièvre est passée à <38°C depuis 48 heures.

### Recommandations

- 13. On devrait demander aux clients/patients/résidents souffrant de symptômes d'IAVR qui se présentent à un établissement de soins de santé pour y recevoir des soins de pratiquer l'hygiène des mains, de porter un masque, de pratiquer l'étiquette respiratoire et d'attendre dans un endroit distinct ou de se tenir à une distance d'au moins deux mètres des autres clients/patients/résidents et fournisseurs de soins de santé. [AII]**
- 14. Dans la mesure du possible, les patients présentant des symptômes d'IAVR qui sont hospitalisés devraient être placés dans une chambre individuelle et les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes devront être prises. [AII]**
- 15. Dans le cas des résidents bénéficiaires de soins de longue durée qui ne sont pas logés dans une chambre individuelle, il faut prendre des précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes, et tirer les rideaux séparateurs. (AII) Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires pour tous les établissements de soins de santé de l'Ontario (mai 2010). [AII]**

**Tableau 2 : Éléments qui composent les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes dans le cas d'infections aiguës des voies respiratoires (les interventions énumérées s'ajoutent aux pratiques de base)**

Élément	Soins actifs	Soins continus complexes	Soins de longue durée	Unités de soins ambulatoires/cliniques	Soins à domicile
Hébergement	Possibilité d'ouvrir la porte				Sans objet
	Chambre individuelle dotée d'installations de toilette individuelles et d'un évier privilégiée	Le patient/résident doit, dans la mesure du possible, demeurer dans sa chambre ou l'espace du lit ou porter un masque (s'il le tolère) s'il tousse à moins de deux mètres des autres patients/résidents, et ce, jusqu'à ce qu'il ne soit plus contagieux.	Il faut éloigner le client/patient de la salle d'attente et le placer le plus tôt possible dans une chambre individuelle, ou maintenir une distance de deux mètres entre lui et les autres personnes.		
	Le regroupement en cohorte des personnes ayant une infection confirmée par le même agent infectieux peut être acceptable. Le patient doit être confiné dans sa chambre, sauf à des fins diagnostiques, thérapeutiques ou d'ambulation.	Tirer le rideau réparateur	Le patient doit porter un masque tout le long de la visite et se laver les mains.		
Affichage	Oui				Sans objet
Protection du visage	À deux mètres du clients/patient/résident				
Gants	Pour toutes les activités accomplies dans la chambre/l'espace		Pour les soins directs (voir le glossaire)		
Blouse	Pour toutes les activités au cours desquelles la peau ou les vêtements entreront en contact avec le patient ou son environnement.		Pour les soins directs (voir le glossaire)		
Matériel et objets dans l'environnement	À réserver au patient si possible				Selon les pratiques de base
	Nettoyer et désinfecter les objets partagés Le dossier du patient (papier ou électronique portatif) ne doit pas être placé dans la chambre.				
Nettoyage de l'environnement	Nettoyage prévu. Nettoyer fréquemment les surfaces qui ont été touchées dans la salle de bain et l'espace du lit avant d'arrêter les mesures de précaution pour un client/patient/résident ayant une infection virale des voies respiratoires confirmées.				Nettoyage ménager ordinaire

Élément	Soins actifs	Soins continus complexes	Soins de longue durée	Unités de soins ambulatoires/cliniques	Soins à domicile
	Enlever et faire nettoyer tous les rideaux (rideaux séparateurs, rideaux de douche) lorsqu'ils sont visiblement souillés, et pour le nettoyage suivant le congé ou le transfert.				
Transport	Limiter le transport, à moins qu'il ne soit nécessaire pour pratiquer des procédures diagnostiques ou thérapeutiques Le client/patient/résident doit porter un masque durant le transport. Le personnel de transport porte des gants et une blouse pour les contacts directs avec le client/patient/résident durant le transport. Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pendant le transport après l'utilisation.				Sans objet
Communication	Les précautions à prendre avant le transfert doivent être communiquées de manière efficace au patient, aux familles, aux autres services, aux autres établissements et aux services de transport avant le transfert.				

## 2. Politiques en matière de milieux de travail sains

Les programmes de PCI et de SST doivent reposer sur une étroite collaboration pour diminuer le risque d'infections associées aux soins de santé chez les clients, les patients, les résidents et les fournisseurs de soins de santé<sup>29</sup>.

La grippe et les autres virus respiratoires (p. ex. VRS, métapneumovirus, coronavirus, rhinovirus), qui pourraient causer des symptômes du rhume chez les adultes en santé, peuvent causer des infections des voies respiratoires inférieures chez les clients/patients/résidents ayant une comorbidité, les nourrissons/les jeunes enfants et les personnes âgées frêles<sup>48-51</sup>. Les fournisseurs de soins de santé qui ont une IAVR et travaillent auprès de clients/patient/résidents peuvent causer et faire perdurer des éclosions.

*Les politiques de gestion de la présence au travail devraient permettre aux fournisseurs de soins de santé de rester à la maison lorsqu'ils sont atteints d'une IAVR susceptible de se propager dans le milieu de soins de santé. Tous les établissements de soins de santé devraient expliquer clairement que les fournisseurs de soins de santé ne devraient pas se présenter au travail lorsqu'ils présentent des symptômes d'IAVR. Si un fournisseur de soins commence à avoir des symptômes alors qu'il est au travail, il devrait rentrer à la maison. Les gestionnaires ou superviseurs qui soupçonnent une IAVR chez un membre de leur personnel devrait aiguiller le membre vers le service de santé et de sécurité au travail ou le renvoyer à la maison.*

## **Recommandations**

16. **Les établissements de soins de santé devraient avoir établi des méthodes pour aviser le service de prévention et de contrôle des infections de ce qui suit :**
  - a) **la présence des patients ou résidents qui sont admis avec une IAVR ou qui contractent une IAVR, de sorte qu'il puisse surveiller la situation;**
  - b) **toute grappe d'IAVR chez les fournisseurs de soins de santé ou des patients/résidents. [BII]**
17. **Les fournisseurs de soins de santé qui manifestent des symptômes d'IAVR devraient signaler leur état aux services de santé et de sécurité au travail ou au service délégué. [BII]**
18. **Le service de prévention et de contrôle des infections alertera les services de santé et de sécurité au travail en ce qui concerne les grappes de cas d'IAVR chez les patients/résidents de sorte qu'ils puissent surveiller les fournisseurs de soins de santé. Les services de santé et de sécurité au travail alerteront (de façon non nominative) le service de prévention et de contrôle des infections au sujet des grappes de cas d'IAVR au sein des fournisseurs de soins de santé. [BII]**
19. **Les employeurs sont tenus de déclarer au Comité mixte de la santé et de la sécurité ou à la personne déléguée toute infection acquise en milieu de travail.**
20. **Les administrateurs d'établissements de soins de santé, les laboratoires, et les médecins communautaires et traitants devraient faire un signalement au médecin hygiéniste local lorsqu'un client/patient/résident a une nouvelle IAVR,**  
**ET**  
**a voyagé récemment dans un pays où une alerte médicale a été lancée par l'Agence de la santé publique du Canada;**  
**OU**  
**contact avec une personne qui a une IAVR et a voyagé récemment dans un pays où une alerte médicale a été lancée.**  
**REMARQUE : il n'est pas nécessaire d'obtenir une confirmation en laboratoire avant de procéder au signalement.**
21. **Les administrateurs d'établissements de soins de santé, les laboratoires, et les médecins communautaires et traitants sont tenus de faire un signalement au médecin hygiéniste local dans les situations suivantes :**
  - a) **l'étiologie d'une infection aiguë des voies respiratoires est une maladie à déclaration obligatoire;****OU**
  - b) **il existe une éclosion ou une grappe de cas d'infection aiguë des voies respiratoires dans un établissement de santé.**
22. **Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, son employeur doit déclarer le cas au ministère du Travail conformément aux lois sur la santé et la sécurité au travail.**
23. **Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, son employeur doit déclarer le cas à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) dans les trois (3) jours ouvrables suivants.**
24. **Toutes les méthodes de signalement externe doivent respecter les lois pertinentes, y compris la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, la Loi sur la santé et la sécurité au travail et la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.**

## D. Sommaire des recommandations relatives à la prévention et à la transmission des infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) dans tous les établissements de soins de santé

Ce tableau récapitulatif vise à soutenir l'autoévaluation interne du lieu de soins à des fins d'amélioration de la qualité. Ce résumé pourra être utilisé à titre d'outil de vérification de la conformité.

Recommandation	Conformité			Tout	Responsabilité
	Conformité	Conformité partielle	Non-conformité		
<b>A. IMMUNISATION DU PERSONNEL</b>					
1.	<i>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. [AI]</i>				
2.	<i>La vaccination contre la grippe devrait être facilement accessible. On devrait en faire la promotion au travail. [AII]</i>				
3.	<i>Tous les établissements de soins de santé devraient adopter des politiques de vaccination des fournisseurs de soins de santé, qui doivent être conformes au document Influenza Surveillance Protocol for Ontario Hospitals élaboré conjointement par l'Ontario Hospital Association et l'Ontario Medical Association.</i>				
4.	<i>Tous les adultes, y compris les fournisseurs de soins de santé, devraient recevoir une dose de vaccin contre le tétanos/ la diphtérie/ coqueluche acellulaire (dcaT).</i>				
<b>B. SURVEILLANCE ET SIGNALEMENT DES INFECTIONS AIGUËS DES VOIES RESPIRATOIRES</b>					
5.	<i>Le dépistage et la surveillance peuvent être effectués selon une démarche active, passive ou combinée. [CIII]</i>				
6.	<i>Tous les établissements de soins de santé devraient s'assurer de</i>				

	Recommandation	Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Tout	Responsabilité
	<i>pouvoir recenser les cas d'IAVR et de détecter les grappes ou les éclosons d'IAVR. [CIII]</i>					
7.	<i>Tous les clients, les patients et les résidents qui se présentent à un établissement de soins de santé devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes d'IAVR au moyen de « l'algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires ». [CIII]</i>					
8.	<i>Les clients qui reçoivent des soins à leur domicile devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes d'IAVR au moyen de « l'algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires ». [CIII]</i>					
9.	<i>Les établissements de soins de santé devraient effectuer des évaluations quotidiennes continues des patients hospitalisés/résidents afin de déceler la présence de symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires. [BII]</i>					
10.	<i>L'établissement de soins de santé veillera à ce que tous les fournisseurs de soins de santé qui ont des contacts avec un client, un patient ou un résident souffrant de symptômes d'IAVR sachent qu'ils doivent prendre des précautions contre l'exposition aux gouttelettes et les contacts. [BII]</i>					
11.	<i>Chaque établissement de soins de santé devrait avoir une politique autorisant un professionnel des soins de santé assujéti à la réglementation de prendre les précautions supplémentaires appropriées dès l'apparition des symptômes et de maintenir ces précautions jusqu'à ce que le laboratoire fournisse les résultats confirmant ou infirmant le diagnostic. [BII]</i>					



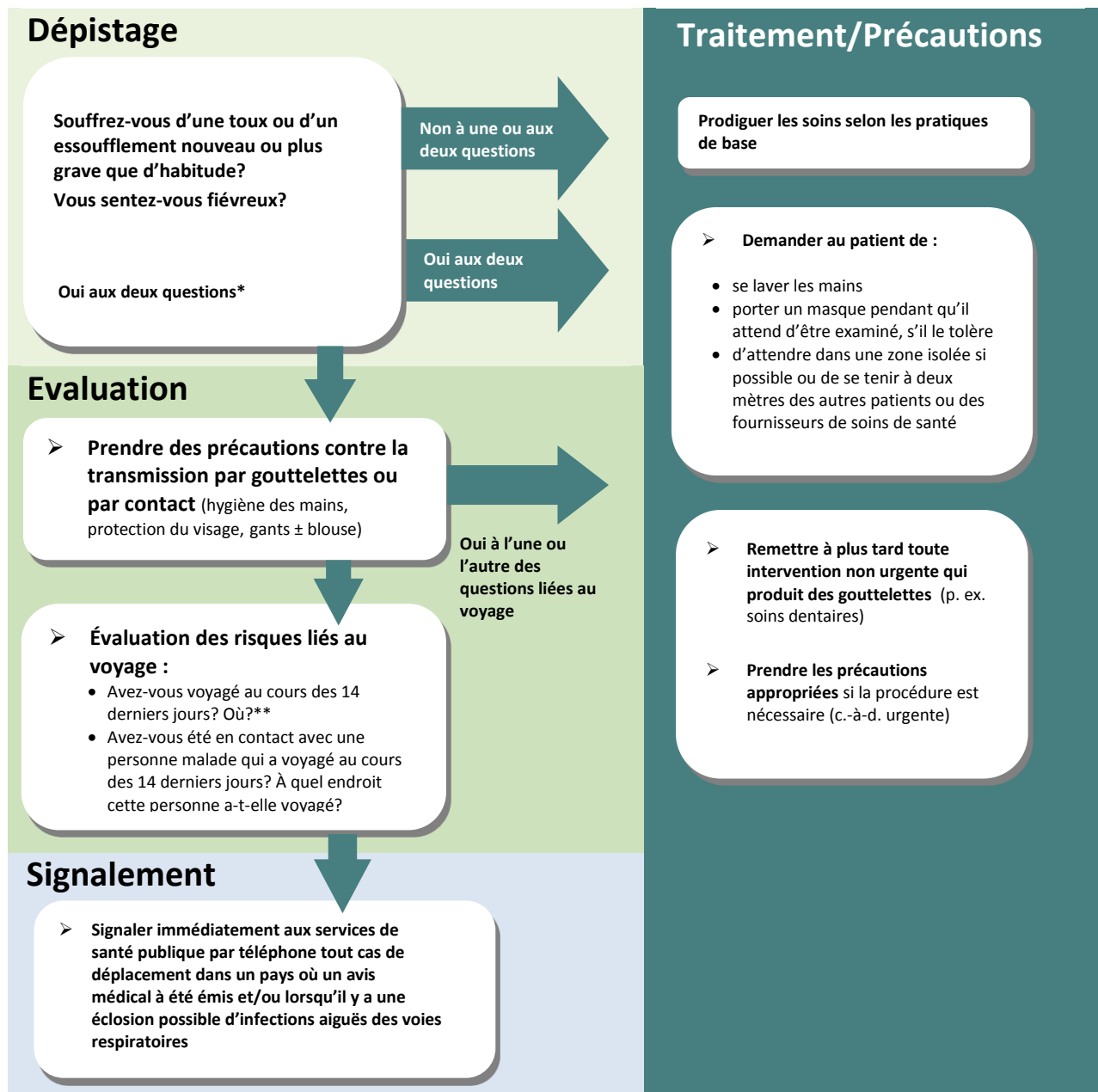
	Recommandation	Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Tout	Responsabilité
12.	<i>Une fois que la nécessité de mettre en œuvre des mesures de précaution contre les gouttelettes et les contacts a été établie, on doit en informer toutes les unités recevant des patients et tous les services de diagnostic. [CIII]</i>					
<b>C. INTERVENTIONS POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS AIGUËS DES VOIES RESPIRATOIRES</b>						
13.	<i>On devrait demander aux clients/patients/résidents souffrant de symptômes d'IAVR qui se présentent à un établissement de soins de santé pour y recevoir des soins de pratiquer l'hygiène des mains, de porter un masque, de pratiquer l'étiquette respiratoire et d'attendre dans un endroit distinct ou de se tenir à une distance d'au moins deux mètres des autres clients/patients/résidents et du personnel. [AII]</i>					
14.	<i>Dans la mesure du possible, les patients présentant des symptômes d'IAVR qui sont hospitalisés devraient être placés dans une chambre individuelle et les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes devront être prises. [AII]</i>					
15.	<i>Dans le cas des résidents bénéficiaires de soins de longue durée qui ne sont pas logés dans une chambre individuelle, il faut prendre des précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes, et tirer les rideaux séparateurs. (AII) Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires pour tous les établissements de soins de santé de l'Ontario (mai 2010. [AII]</i>					
16.	<i>Les établissements de soins de santé devraient avoir établi des méthodes pour aviser le service de prévention et de contrôle des infections de ce qui suit :</i> <i>a) la présence des patients ou résidents qui sont admis avec une</i>					

	Recommandation	Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Tout	Responsabilité
	<p><i>I</i>AVR ou qui contractent une <i>I</i>AVR, de sorte qu'il puisse surveiller la situation; and</p> <p><i>b</i>) toute grappe d'<i>I</i>AVR chez les fournisseurs de soins de santé ou des patients/résidents. [BII]</p>					
17.	<p>Les fournisseurs de soins de santé qui manifestent des symptômes d'<i>I</i>AVR devraient signaler leur état aux services de santé et de sécurité au travail ou au service délégué. [BII]</p>					
18.	<p>Le service de prévention et de contrôle des infections alertera les services de santé et de sécurité au travail en ce qui concerne les grappes de cas d'<i>I</i>AVR chez les patients/résidents de sorte qu'ils puissent surveiller les fournisseurs de soins de santé. Les services de santé et de sécurité au travail alerteront (de façon non nominative) le service de prévention et de contrôle des infections au sujet des grappes de cas d'<i>I</i>AVR au sein des fournisseurs de soins de santé. [BII]</p>					
19.	<p>Les employeurs sont tenus de déclarer au Comité mixte de la santé et de la sécurité ou à la personne déléguée toute infection acquise en milieu de travail.</p>					
20.	<p>Les administrateurs d'établissements de soins de santé, les laboratoires, et les médecins communautaires et traitants devraient faire un signalement au médecin hygiéniste local lorsqu'un client/patient/résident a une nouvelle <i>I</i>AVR,</p> <p><b>ET</b></p> <p>a voyagé récemment dans un pays où une alerte médicale a été lancée par l'Agence de la santé publique du Canada;</p> <p><b>OU</b></p> <p>contact avec une personne qui a une <i>I</i>AVR et a voyagé récemment dans un pays où une alerte médicale a été lancée.</p>					

	Recommandation	Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Tout	Responsabilité
	<b>REMARQUE : il n'est pas nécessaire d'obtenir une confirmation en laboratoire avant de procéder au signalement.</b>					
21.	<p><b>Les administrateurs d'établissements de soins de santé, les laboratoires, et les médecins communautaires et traitants sont tenus de faire un signalement au médecin hygiéniste local dans les situations suivantes :</b></p> <p><b>a) l'étiologie d'une infection aiguë des voies respiratoires est une maladie à déclaration obligatoire;</b></p> <p><b>b) OU</b></p> <p><b>il existe une éclosion ou une grappe de cas d'infection aiguë des voies respiratoires dans un établissement de santé.</b></p>					
22.	<b>Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, son employeur doit déclarer le cas au ministère du Travail conformément aux lois sur la santé et la sécurité au travail.</b>					
23.	<b>Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, son employeur doit déclarer le cas à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) dans les trois (3) jours ouvrables suivants.</b>					
24.	<b>Toutes les méthodes de signalement externe doivent respecter les lois pertinentes, y compris la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, la Loi sur la santé et la sécurité au travail et la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.</b>					

# Appendices

## Appendice A : Algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires – Prise de décisions initiale concernant les personnes qui présentent des symptômes



\* Il se peut que les personnes âgées et les personnes immunodéficientes n'aient pas de réaction fébrile à une infection respiratoire, ainsi la présence d'un nouveau problème de toux ou d'essoufflement peut être suffisante pour inciter à prendre plus de précautions. Les fournisseurs de soins de santé devraient rester conscients du fait que durant la saison de la grippe, les personnes qui présentent des symptômes de maladie cardio-pulmonaire aiguë ou d'asthme sans symptômes d'infection respiratoire pourraient avoir contracté la grippe.

\*\* Vous trouverez la liste à jour des conseils de santé aux voyageurs à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/pub-fra.php>.

## Appendice B : Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires à l'arrivée en milieu de soins (démarche active)

### Questionnaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires

- (i) Avez-vous une toux ou un essoufflement nouveau ou plus grave que d'habitude?
- Dans la négative, mettez fin au dépistage (aucune autre question).
  - Dans l'affirmative, posez la question suivante.
- (ii) Au cours des 24 dernières heures, vous êtes-vous senti dans un état fiévreux\*, avez-vous eu des tremblements ou des frissons?
- Dans la négative, prenez la température; si elle est supérieure à 38° C, posez les questions suivantes, sinon mettez fin au dépistage (aucune autre question).
  - Dans l'affirmative, prenez la température et posez la question suivante.

**\*REMARQUE : Il est possible que certaines personnes, comme les personnes âgées ou les personnes immunodéprimées, ne souffrent pas de fièvre.**



**Si la réponse aux deux questions (i) et (ii) est affirmative ou si la réponse à la question (i) est affirmative et que la température est supérieure à 38° C, prenez les précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact et avisez le service de prévention et de contrôle des infections**



- (iii) Est-ce que l'un des énoncés suivants est vrai?
- Avez-vous voyagé au cours des 14 derniers jours? À quel endroit\*\*?
  - Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne malade qui a voyagé? À quel endroit cette personne a-t-elle voyagé\*\*?

**\*\*Pour une liste des pays faisant actuellement l'objet d'alertes médicales par l'Agence de la santé publique du Canada, consultez :**

<http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php>

**Pour des renseignements supplémentaires, consultez votre bureau local de santé publique.**



**Le service de prévention et de contrôle des infections doit aviser par téléphone les responsables de la santé publique dans le cas où une personne atteinte aurait voyagé dans un pays où est survenue une alerte médicale ou lorsqu'il y a une possibilité d'éclosion ou de grappe de cas.**

## Appendice C : Exemple d'affiche utilisée pour le dépistage passif des infections aiguës des voies respiratoires à l'entrée des établissements de soins de santé

---

**REMARQUE : Toutes les affiches installées dans un établissement de soins de santé devraient être traduites dans toutes les langues prédominantes ou courantes de la collectivité en question.**

---



**Veillez lire attentivement**

**Avez-vous une toux ou un essoufflement NOUVEAU ou PLUS GRAVE  
que d'habitude?**

**Vous sentez-vous fiévreux?**

Si vous avez répondu OUI à ces DEUX questions et êtes un patient :

**Lavez-vous les mains**

ET

**Si vous avez la toux, mettez un masque ou un papier mouchoir devant  
votre bouche quand vous toussiez**

ET

**Parlez-en immédiatement à une réceptionniste ou à une infirmière**

# ATTENTION VISITEURS

**Cet établissement est aux prises avec une  
éclosion de maladie respiratoire.**



## **NE RENDEZ PAS VISITE À UN PATIENT SI VOUS ÊTES MALADE.**

Si vous avez le rhume ou des symptômes pseudogrippaux comme de la fièvre, des écoulements nasaux, une toux ou des douleurs musculaires, ne rendez pas visite à un patient tant que vos symptômes n'ont pas cessé.

## **LAVEZ-VOUS LES MAINS.**

Lavez-vous les mains **avant** et **après** votre visite.

Veillez utiliser le désinfectant pour les mains à base d'alcool offert.

## **PRÉSENTEZ-VOUS À LA RÉCEPTION DÈS VOTRE ARRIVÉE.**

Rapportez-vous au personnel infirmier dès votre arrivée dans une unité.

## **LIMITEZ VOS VISITES À UNE PERSONNE.**

**NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION!**

# ATTENTION VISITEURS

Notre collectivité connaît une hausse du taux de maladies respiratoires.



**NE RENDEZ PAS VISITE À UN PATIENT SI VOUS ÊTES MALADE.**

Si vous avez le rhume ou des symptômes pseudogrippaux comme de la fièvre, des écoulements nasaux, une toux ou des douleurs musculaires, ne rendez pas visite à un patient tant que vos symptômes n'ont pas cessé.

**LAVEZ-VOUS LES MAINS.**

Lavez-vous les mains **avant** et **après** votre visite.

Veuillez utiliser le désinfectant pour les mains à base d'alcool offert.

**LIMITEZ VOS VISITES À UNE PERSONNE.**

**NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE  
COLLABORATION!**



## Appendice E : Exemple d’outil de signalement et de surveillance quotidiennes des infections aiguës des voies respiratoires pour les résidents admis en milieu résidentiel

Date : \_\_\_\_\_

Unité du patient : \_\_\_\_\_

**Le présent formulaire doit être mis à jour à chaque quart de travail.**

**Toute NOUVELLE apparition de symptômes de la fièvre\* ET de toux ou d’essoufflement, ou tout NOUVEAU diagnostic clinique/radiologique de pneumonie chez des résidents doit immédiatement être déclaré au médecin traitant et au service de prévention et de contrôle des infections.**

Nom/ Numéro du dossier de l’hôpital/ Chambre	Date d’admission	Date d’apparition des nouveaux symptômes / du diagnostic	Fièvre >38oC*	Toux	Essoufflement	Hypoxie (Sat O2 <92 %)	Précautions contre les gouttelettes et contacts (Oui/ Non)	Mesure(s)	Initiales

**\* REMARQUE : Il est possible que certaines personnes, comme les personnes âgées ou les personnes immunodéprimées, ne souffrent pas de fièvre.**

# Références

1. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC). Routine Practices and Additional Precautions in All Health Care Settings. 2012 [cited February 18, 2012]. Available from: [http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/RPAP\\_2012%20Revision\\_ENGLISH\\_2012-12-24\\_FINAL%5B2%5D.pdf](http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/RPAP_2012%20Revision_ENGLISH_2012-12-24_FINAL%5B2%5D.pdf).
2. Outbreaks of pertussis associated with hospitals--Kentucky, Pennsylvania, and Oregon, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005 Jan 28;54(3):67-71.
3. Christie CD, Glover AM, Willke MJ, Marx ML, Reising SF, Hutchinson NM. Containment of pertussis in the regional pediatric hospital during the Greater Cincinnati epidemic of 1993. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1995 Oct;16(10):556-63.
4. Shefer A, Dales L, Nelson M, Werner B, Baron R, Jackson R. Use and safety of acellular pertussis vaccine among adult hospital staff during an outbreak of pertussis. *J Infect Dis*. 1995 Apr;171(4):1053-6.
5. Bryant KA, Humbaugh K, Brothers K, Wright J, Pascual FB, Moran J, et al. Measures to control an outbreak of pertussis in a neonatal intermediate care nursery after exposure to a healthcare worker. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Jun;27(6):541-5.
6. Ward A, Caro J, Bassinet L, Housset B, O'Brien JA, Guiso N. Health and economic consequences of an outbreak of pertussis among healthcare workers in a hospital in France. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005 Mar;26(3):288-92.
7. Bassinet L, Matrat M, Njamkepo E, Aberrane S, Housset B, Guiso N. Nosocomial pertussis outbreak among adult patients and healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004 Nov;25(11):995-7.
8. Editorial Board Respiratory Disease in Canada. *Respiratory disease in Canada*. Ottawa, Ont.: Health Canada; 2001.
9. Wallace LA, Collins TC, Douglas JD, McIntyre S, Millar J, Carman WF. Virological surveillance of influenza-like illness in the community using PCR and serology. *J Clin Virol*. 2004 Sep;31(1):40-5.
10. Johansson N, Kalin M, Tiveljung-Lindell A, Giske CG, Hedlund J. Etiology of community-acquired pneumonia: increased microbiological yield with new diagnostic methods. *Clin Infect Dis*. 2010 Jan 15;50(2):202-9.
11. Musher DM. How contagious are common respiratory tract infections? *N Engl J Med*. 2003 Mar 27;348(13):1256-66.
12. Potter J, Stott DJ, Roberts MA, Elder AG, O'Donnell B, Knight PV, et al. Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients. *J Infect Dis*. 1997 Jan;175(1):1-6.
13. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000 Jan 8;355(9198):93-7.
14. National Advisory Committee on Immunization (NACI). Statement on Seasonal Influenza Vaccine for 2012–2013.

15. Langley JM, Faughnan ME. Prevention of influenza in the general population. *CMAJ*. 2004 Nov 9;171(10):1213-22.
16. Shahid Z, Kleppinger A, Gentleman B, Falsey AR, McElhane JE. Clinical and immunologic predictors of influenza illness among vaccinated older adults. *Vaccine*. 2010 Aug 31;28(38):6145-51.
17. Talbot HK, Griffin MR, Chen Q, Zhu Y, Williams JV, Edwards KM. Effectiveness of seasonal vaccine in preventing confirmed influenza-associated hospitalizations in community dwelling older adults. *J Infect Dis*. 2011 Feb 15;203(4):500-8.
18. Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J, et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2006 Dec 16;333(7581):1241.
19. National Advisory Committee on Immunization (NACI). Statement on Seasonal Trivalent Inactivated Influenza Vaccine (TIV) for 2009-2010. *Can Commun Dis Rep*. 2009;35(ACS-6):1-41.
20. Lemaitre M, Meret T, Rothan-Tondeur M, Belmin J, Lejonc JL, Luquel L, et al. Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents: a cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Sep;57(9):1580-6.
21. Benet T, Regis C, Voirin N, Robert O, Lina B, Cronenberger S, et al. Influenza vaccination of healthcare workers in acute-care hospitals: a case-control study of its effect on hospital-acquired influenza among patients. *BMC Infect Dis*. 2012;12:30.
22. Salgado CD, Farr BM, Hall KK, Hayden FG. Influenza in the acute hospital setting. *Lancet Infect Dis*. 2002 Mar;2(3):145-55.
23. Babcock HM, Gemeinhart N, Jones M, Dunagan WC, Woeltje KF. Mandatory influenza vaccination of health care workers: translating policy to practice. *Clin Infect Dis*. 2010 Feb 15;50(4):459-64.
24. Karanfil LV, Bahner J, Hovatter J, Thomas WL. Championing patient safety through mandatory influenza vaccination for all healthcare personnel and affiliated physicians. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011 Apr;32(4):375-9.
25. Septimus EJ, Perlin JB, Cormier SB, Moody JA, Hickok JD. A multifaceted mandatory patient safety program and seasonal influenza vaccination of health care workers in community hospitals. *JAMA*. 2011 Mar 9;305(10):999-1000.
26. Rakita RM, Hagar BA, Crome P, Lammert JK. Mandatory influenza vaccination of healthcare workers: a 5-year study. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 Sep;31(9):881-8.
27. Miller BL, Ahmed F, Lindley MC, Wortley PM. Increases in vaccination coverage of healthcare personnel following institutional requirements for influenza vaccination: a national survey of U.S. hospitals. *Vaccine*. 2011 Nov 21;29(50):9398-403.
28. Miller BL, Ahmed F, Lindley MC, Wortley PM. Institutional requirements for influenza vaccination of healthcare personnel: results from a nationally representative survey of acute care hospitals--United States, 2011. *Clin Infect Dis*. 2011 Dec;53(11):1051-9.
29. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC). Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario In All Health Care Settings 2011 [cited November 25, 2012]. Available from: [http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/PIDAC-IPC\\_BP%20Infection%20Prevention%20Control\\_English\\_Final\\_2012-10-03.pdf](http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/PIDAC-IPC_BP%20Infection%20Prevention%20Control_English_Final_2012-10-03.pdf).

30. Ontario Hospital Association and the Ontario Medical Association Joint Communicable Diseases Surveillance Protocols Committee in collaboration with the Ministry of Health and Long-Term Care. Influenza Surveillance Protocol for Ontario Hospitals. 2012 [cited January 2, 2013]. Available from:  
<http://www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/Influenza%20Protocol%20Reviewed%20and%20Revised%20May%202012.pdf>.
31. Dodds L, McNeil SA, Deshayne BF, Allen VM, Coombs A, Scott J, et al. Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women. *CMAJ*. 2007;176(4):463-8.
32. Zaman K, Roy E, Arifeen SE, Rahman M, Raqib R, Wilson E, et al. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *N Engl J Med*. 2008 Oct 9;359(15):1555-64.
33. National Advisory Committee on Immunization. Canadian immunization guide. [Ottawa]2006 [cited January 7, 2013]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/>.
34. Alexander EM, Travis S, Booms C, Kaiser A, Fry NK, Harrison TG, et al. Pertussis outbreak on a neonatal unit: identification of a healthcare worker as the likely source. *J Hosp Infect*. 2008 Jun;69(2):131-4.
35. Boulay BR, Murray CJ, Ptak J, Kirkland KB, Montero J, Talbot EA. An outbreak of pertussis in a hematology-oncology care unit: implications for adult vaccination policy. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Jan;27(1):92-5.
36. Pascual FB, McCall CL, McMurtray A, Payton T, Smith F, Bisgard KM. Outbreak of pertussis among healthcare workers in a hospital surgical unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Jun;27(6):546-52.
37. Matlow AG, Nelson S, Wray R, Cox P. Nosocomial acquisition of pertussis diagnosed by polymerase chain reaction. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1997 Oct;18(10):715-6.
38. Ontario Hospital Association and the Ontario Medical Association Joint Communicable Diseases Surveillance Protocols Committee in collaboration with the Ministry of Health and Long-Term Care. Pertussis Surveillance Protocol for Ontario Hospitals. 2011 [cited November 25, 2012]. Available from:  
<http://www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/Protocols/Pertussis%20Protocol%20Revised%20June%202011.pdf>.
39. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario Regulation under the *Health Protection and Promotion Act* : Regulation 569 of R.R.O. 1990, Reports. Toronto, Ontario2005 [cited November 25, 2012]. Available from: <http://www.search.e-laws.gov.on.ca/en/isysquery/017134a7-5731-4b6f-a08d-33b0e95d7742/1/doc/?search=browseStatutes&context=#hit1>.
40. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. *Health Protection and Promotion Act: R.S.O. 1990*, chapter H.7. Toronto, Ontario2008 [cited November 25, 2012]. Available from: [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws\\_statutes\\_90h07\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90h07_e.htm).
41. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. A Guide to the Control of Respiratory Infection Outbreaks in Long-Term Care Homes. Toronto, Ontario2004 [cited Available from: [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/ltc\\_respoutbreak/ltc\\_respoutbreak.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/ltc_respoutbreak/ltc_respoutbreak.html)].

42. van den Dool C, Hak E, Wallinga J, van Loon AM, Lammers JW, Bonten MJ. Symptoms of influenza virus infection in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008 Apr;29(4):314-9.
43. Walsh EE, Cox C, Falsey AR. Clinical features of influenza A virus infection in older hospitalized persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Sep;50(9):1498-503.
44. Kuster SP, Drews S, Green K, Blair J, Davis I, Downey J, et al. Epidemiology of influenza-associated hospitalization in adults, Toronto, 2007/8. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2010 Jul;29(7):835-43.
45. Babcock HM, Merz LR, Dubberke ER, Fraser VJ. Case-control study of clinical features of influenza in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008 Oct;29(10):921-6.
46. Monmany J, Rabella N, Margall N, Domingo P, Gich I, Vazquez G. Unmasking influenza virus infection in patients attended to in the emergency department. *Infection*. 2004 Apr;32(2):89-97.
47. Babcock HM, Merz LR, Fraser VJ. Is influenza an influenza-like illness? Clinical presentation of influenza in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Mar;27(3):266-70.
48. Longtin J, Marchand-Austin A, Winter AL, Patel S, Eshaghi A, Jamieson F, et al. Rhinovirus outbreaks in long-term care facilities, Ontario, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2010 Sep;16(9):1463-5.
49. Widmer K, Zhu Y, Williams JV, Griffin MR, Edwards KM, Talbot HK. Rates of hospitalizations for respiratory syncytial virus, human metapneumovirus, and influenza virus in older adults. *J Infect Dis*. 2012 Jul 1;206(1):56-62.
50. Cesario TC. Viruses associated with pneumonia in adults. *Clin Infect Dis*. 2012 Jul;55(1):107-13.
51. Boivin G, De Serres G, Hamelin ME, Cote S, Argouin M, Tremblay G, et al. An outbreak of severe respiratory tract infection due to human metapneumovirus in a long-term care facility. *Clin Infect Dis*. 2007 May 1;44(9):1152-8.

