

Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins

1^{re} révision : Février 2020

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) 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. SPO met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée de professionnels de la santé publique, des fournisseurs de soins de santé de première ligne et des chercheurs. SPO fournit un soutien scientifique et technique expert au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne :

- les maladies transmissibles et infectieuses
- la prévention et le contrôle des infections
- la santé environnementale et au travail
- la préparation aux situations d'urgence
- la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures
- les services de laboratoire en santé publique

Les travaux de SPO comprennent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et les services axés sur le savoir. Pour en savoir davantage, consultez www.santepubliqueontario.ca.

Comment faire référence au présent document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, *Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins*, 1^{re} révision, Toronto (ON), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020.

Santé publique Ontario remercie le Gouvernement de l'Ontario pour son soutien financier.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020

Historique de publication :

1^{re} édition : Septembre 2015

1^{re} révision : Février 2020

Photo de couverture :

Les molécules d'ADN servent à identifier les nouveaux agents infectieux.

@istock.com/takahashi_kei

Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins.

1^{re} révision

Le présent document est à jour en date de janvier 2020 avec les révisions suivantes indiquées ci-après. Les recommandations figurant dans l'édition de 2020 sont les mêmes que celles figurant dans l'édition de 2015. Cependant, les ressources et références de l'édition de 2015 ont été mises à jour dans l'édition de 2020.

Résumé des principales révisions apportées :

Page	Révision
11	<u>Mise à jour de la référence au document <i>Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018</i> du ministère de la Santé et des Soins de longue durée</u>
27	<u>Mise à jour de la référence au document <i>Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018</i> du ministère de la Santé et des Soins de longue durée</u>
29	<u>Mise à jour de la référence à la page Web Gestion des urgences Ontario du ministère du Solliciteur général</u>

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 (SPO) 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. Ces ressources sont mises à la disposition des services de santé publique et des fournisseurs de soins de santé. SPO n'assume aucune responsabilité pour les conséquences de l'usage de ce document par quiconque.

Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, pourvu que les renvois appropriés soient faits à Santé publique Ontario. Aucun changement ou modification ne peut être effectué à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

NOTES : Le présent document vise uniquement à établir des pratiques exemplaires. Nous invitons les milieux de soins de santé à faire le nécessaire pour mettre en œuvre ces pratiques exemplaires dans un effort d'amélioration de la qualité des soins.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Tél. : 647 260-7100 Courriel : pidac@oahpp.ca

Contributions

Le CCPMI-PCI tient à souligner la contribution et l'expertise des personnes suivantes qui ont participé à la mise au point de l'édition de 2015 du document :

Membres du CCPMI-PCI :

D^r Matthew Muller, président

Directeur médical, PCI
Hôpital St. Michael's, Toronto

D^{re} Irene Armstrong

Médecin-hygiéniste adjointe
Bureau de santé publique de Toronto, Toronto

Anne Bialachowski

Chef, prévention et contrôle des infections
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Sandra Callery

Directrice, prévention et contrôle des infections
Centre Sunnybrook des sciences de la santé

D^r William Ciccotelli

Maladies infectieuses et microbiologie médicale
Hôpital Grand River, Kitchener

Judy Dennis

Chef, prévention et contrôle des infections, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa

D^{re} Susy Hota

Spécialiste de la prévention et du contrôle des infections
Réseau universitaire de santé, Toronto

D^{re} Allison McGeer

Directrice, contrôle des infections
Hôpital Mount Sinai, Toronto

Vydia Nankoosingh

Chef, PCI, The Scarborough Hospital, Toronto

Catherine Richard

Chef, Programme de santé et sécurité au travail
Champlain Community Care Access Centre

Membres d'office :

D^{re} Erika Bontovics

Chef, politiques et programmes en matière de maladies infectieuses, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto

D^r Gary Garber

Responsable des questions scientifiques/ Directeur général, Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario, Toronto

D^r Leon Genesove

Médecin en chef, Unité des soins de santé
Direction de la santé et de la sécurité au travail
Ministère du Travail, Toronto

Personnel de santé publique Ontario :

D^{re} Maureen Cividino

Médecin en PCI
Prévention et contrôle des infections

D^r Kevin Katz

Médecin en PCI
Prévention et contrôle des infections

Mabel Lim

Spécialiste en PCI
Prévention et contrôle des infections

D^r Samir Patel

Microbiologiste clinique
Laboratoire de Santé publique Ontario

D^{re} Mary Vearncombe, ancienne présidente

Médecin en PCI

Prévention et contrôle des infections

Remerciements

Santé publique Ontario souhaite reconnaître la contribution et l'expertise des personnes suivantes qui ont développé le document fondateur pour lequel des commentaires scientifiques ont été sollicités en octobre 2014 :

D^{re} Mary Vearncombe, ancienne présidente

Médecin en PCI

Prévention et contrôle des infections

Santé publique Ontario

Shirley McDonald

Experte/rédactrice technique, ressources sur la PCI

Santé publique Ontario (ancienne employée)

Table des matières

Abréviations	1
Glossaire	2
Hypothèses pour les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections	6
Préambule	10
Comment et quand utiliser le présent document	10
Prévention, surveillance et contrôle des nouvelles infections respiratoires	12
1. Surveillance	12
1.1 À l'échelle provinciale	12
1.2 À l'échelon du milieu de soins de santé	12
2. Réaction initiale aux cas signalés	14
2.1 Gestion des cas.....	14
2.2 Établissements de soins de santé aux prises avec des cas d'exposition possibles	14
2.3 Établissements de soins de santé aux prises avec un cas nosocomial, c'est-à-dire attribuable à l'établissement	16
3. Pratiques de prévention et de contrôle des infections	18
3.1 Procédures générales.....	18
3.2 Pratiques et équipement de protection individuelle	19
3.3 Nettoyage des zones grand public et à haut risque	20
3.4 Hébergement en milieu hospitalier	20
3.5 Précautions à prendre durant les interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	21
3.6 Déplacement de patients/résidents	21
3.7 Restriction de l'accès des visiteurs à un milieu de soins et de leur déplacement au sein du milieu de soins	23
4. Santé et sécurité au travail	24
4.1 Généralités	24
4.2 Éducation, formation et supervision	24
4.3 Dépistage au sein de personnel	25
4.4 Dotation en personnel	25
4.5 Pratiques de prévention des infections au sein du personnel	26
5. Déclaration	27
5.1 Déclaration des cas à l'équipe de prévention et de contrôle des infections	27
5.2 Déclaration des cas au service de santé et de sécurité au travail.....	27
5.3 Déclaration des cas aux bureaux locaux de santé publique.....	27
5.4 Déclaration des cas au ministère du travail	28
5.5 Déclaration des cas à la commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail	28
Annexe A : Ressources en prévention et contrôle des infections	29
Annexe B : Liste de vérification des préparatifs à faire en vue de la prévention et du contrôle des nouvelles infections respiratoires	30
Annexe C : Algorithme de dépistage des nouvelles infections respiratoires et de gestion des patients atteints	33
Annexe D : Algorithme d'intervention auprès des patients symptomatiques admis dans un milieu de soins de santé sans recours aux précautions appropriées	34
Bibliographie	35

Abréviations

ASPC	Agence de santé publique du Canada
BSP	Bureau de santé publique
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CCPMI-PCI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections
CIITA	Chambre d'isolement des infections à transmission aérienne
CMOU	Centre ministériel des opérations d'urgence
CMSST	Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail
DIN	Numéro d'identification du médicament
DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool
EN	Écouvillonnage du nasopharynx
ÉPI	Équipement de protection individuelle
Filtre (HEPA)	Filtre à haute efficacité pour les particules de l'air
IASS	Infection associée aux soins de santé
IMGA	Intervention médicale générant des aérosols
IRA	Infection respiratoire aiguë
LBA	Lavage bronchoalvéolaire
LSST	<i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i>
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
PCI	Prévention et contrôle des infections
PS	Précautions supplémentaires
SPO	Santé publique Ontario
SU	Salle des urgences
SST	Santé et sécurité au travail
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

Glossaire

Agence de santé publique du Canada (ASPC) : Agence nationale qui fait la promotion de l'amélioration de l'état de santé des Canadiens par l'entremise de mesures visant à protéger la santé publique et de l'élaboration de lignes directrices nationales.

Bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections : Les Bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections de Santé publique Ontario apportent leur soutien et des conseils aux intervenants afin de : répondre aux demandes d'information et d'assistance de la clientèle; présenter et diffuser les directives, les ressources et les outils de SPO; encadrer la mise en œuvre des initiatives en PCI et ainsi favoriser l'adoption des meilleures pratiques qui soient dans ce domaine; faciliter le réseautage et la collaboration entre les clients; éclairer les recherches liées à la PCI.

Cas : Personne infectée ou colonisée par un microorganisme particulier.

Chambre d'isolement des infections à transmission aérienne (CIITA) : Chambre munie d'un système de ventilation qui est conçue et construite de façon à limiter la propagation de micro-organismes transmis par voie aérienne d'un occupant infecté aux espaces adjacents du milieu de soins de santé. On appelle aussi ces chambres des chambres à pression négative. REMARQUE : L'Association canadienne de normalisation utilise le terme « chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne ».

Client/patient/résident : Toute personne qui reçoit des soins dans un milieu de soins de santé.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) : Organisme consultatif scientifique multidisciplinaire de Santé publique Ontario qui offre des conseils fondés sur des faits probants relatifs à plusieurs aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses.

Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail (CMSST) : Groupe consultatif de représentants des travailleurs et de la direction. Le comité mixte est essentiel à ce partenariat en milieu de travail qui vise à améliorer la santé et la sécurité au travail. Il se réunit régulièrement pour discuter de questions relatives à la santé et à la sécurité, examiner les progrès et formuler des recommandations.

Désinfectant : Produit que l'on utilise sur des surfaces ou du matériel et des instruments médicaux pour les désinfecter. On applique du désinfectant sur des objets inanimés uniquement. Certains produits incluent à la fois un nettoyant et un désinfectant. Voir également *Désinfection*.

Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) : Désinfectant liquide, en gel ou en mousse contenant de l'alcool (p. ex. alcool isopropylique ou éthanol), que l'on utilise dans les situations cliniques pour réduire le nombre de micro-organismes se trouvant sur les mains non visiblement souillées. Les DMBA contiennent des émoullants qui réduisent l'irritation cutanée et permettent un lavage des mains plus rapide que lorsque l'on utilise du savon et de l'eau.

Désinfection : Inactivation de microorganismes qui provoquent des maladies. La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes. Le matériel et les instruments médicaux doivent être nettoyés à fond avant que l'on puisse procéder à une désinfection efficace. Voir également *Désinfectant*.

Éclosion, milieu de soins de santé : Une éclosion est une augmentation du nombre de cas supérieure au nombre de cas qui surviennent normalement dans un milieu de soins de santé particulier pendant une période définie. Pour les besoins du présent document, un cas nosocomial unique de nouvelle infection respiratoire est considéré comme une éclosion.

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Vêtement ou matériel porté pour se protéger des dangers.

Essai d'ajustement : Méthode qualitative ou quantitative destinée à évaluer l'ajustement d'une marque, d'une taille et d'un modèle précis de respirateur sur une personne. Un essai d'ajustement doit être effectué périodiquement, au moins tous les deux ans et lorsque l'on change de respirateur ou en présence de changement de l'état physique de l'utilisateur qui pourrait nuire à l'ajustement du respirateur.

Établissement de soins de santé : Ensemble d'éléments matériels d'infrastructure soutenant la prestation de services liés à la santé. Un établissement de soins de santé n'inclut pas le domicile d'un client/patient/résident ou un cabinet de médecin/dentiste où des soins de santé peuvent être prodigués.

Étiquette respiratoire : Mesures personnelles visant à prévenir la propagation des bactéries et des virus qui causent des infections respiratoires aiguës (p. ex. se couvrir la bouche quand on tousse, jeter les papiers mouchoirs aux endroits appropriés).

Événement sentinelle : Colonisation ou infection dont l'occurrence d'un seul cas pourrait signaler la nécessité d'examiner de nouveau les mesures de prévention.

Exposition : Une personne exposée est une personne qui s'est trouvée à une distance d'une personne aux prises avec une nouvelle infection respiratoire qui rend la transmission possible. Il existe différents degrés de risque selon le type d'exposition et les paramètres de l'exposition.

Filtre HEPA : Filtre à haute efficacité contre les particules de l'air dont l'efficacité est de 99,97 % pour éliminer les particules en suspension dans l'air d'au moins 0,3 micron.

Fournisseur de soins de santé : Toute personne prodiguant des soins à un client/patient/résident. Il peut s'agir notamment du personnel des services d'urgence, de médecins, de dentistes, d'infirmières, de sages-femmes, d'inhalothérapeutes et d'autres professionnels de la santé, de préposés aux services de soutien à la personne, d'enseignants cliniques et d'étudiants et de fournisseurs de soins à domicile. Dans certains milieux de soins non actifs, des bénévoles pourraient prodiguer des soins et être considérés comme des fournisseurs de soins de santé. Voir également *Personnel*.

Hygiène des mains : Terme général faisant référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à enlever 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 l'antisepsie chirurgicale des mains.

Infection associée aux soins de santé (IASS) : Infection contractée pendant la prestation de soins de santé qui n'était pas présente ou en incubation au moment de l'admission. Les IASS incluent les infections acquises en milieu hospitalier mais se manifestant après le congé et de telles infections acquises par le personnel. Connues aussi sous le nom d'*infections nosocomiales*.

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 l'apparition ou l'aggravation d'une toux ou d'un essoufflement qui s'accompagne souvent d'une fièvre (anciennement connue sous le nom de « maladie respiratoire fébrile » ou MRF). Il est à noter que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées n'ont pas toujours de réaction fébrile à une infection respiratoire.

Intervention médicale générant des aérosols (IMGA) : Intervention médicale produisant des gouttelettes ou des aérosols et pouvant exposer le personnel à des agents pathogènes des voies respiratoires considérés comme présentant un risque pour les membres du personnel et d'autres personnes qui se trouvent dans les environs.

Lavage des mains : Élimination physique de micro-organismes se trouvant sur les mains en utilisant du savon (ordinaire ou antimicrobien) et de l'eau courante.

Milieu de soins de santé : Tout lieu où des soins de santé sont prodigués, y compris les milieux qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les milieux qui dispensent des soins complexes de longue durée, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les établissements de santé autonomes, les locaux extra-hospitaliers, les cabinets d'autres professionnels de la santé, les cliniques de santé publique et les soins à domicile.

Nosocomial : Qui est acquis pendant que le patient est à l'hôpital ou en raison de son séjour à l'hôpital. Qualifiant un nouveau désordre (sans lien avec la pathologie principale du patient) associé au fait d'avoir été hospitalisé.

Nouvelle infection respiratoire : Maladie causant des symptômes respiratoires (p. ex. fièvre, toux), mais dont l'agent étiologique et (ou) l'épidémiologie n'est (ne sont) pas encore connu(s).

Numéro d'identification du médicament (DIN) : Au Canada, les désinfectants sont considérés comme des médicaments selon la *Loi sur les aliments et drogues* et ses règlements d'application. Les fabricants de désinfectants doivent obtenir un numéro d'identification du médicament (DIN) de Santé Canada avant la commercialisation, ce qui garantit que l'étiquetage et les données à l'appui ont été fournis et que la Direction des produits thérapeutiques a établi que le produit est efficace et sécuritaire pour l'usage auquel il est destiné.

Personnel : Toute personne accomplissant des activités dans un milieu où l'on prodigue des soins de santé, y compris notamment les fournisseurs de soins. Voir également *Fournisseur de soins de santé*.

Précautions contre la transmission par voie aérienne : Utilisées en plus des pratiques de base pour les clients/patients/résidents atteints ou potentiellement atteints d'une maladie transmise par voie aérienne (p. ex. par de petits noyaux de gouttelettes qui demeurent en suspension dans l'air et qui peuvent être inhalés par d'autres personnes).

Précautions contre les contacts : Utilisées en plus des pratiques de base pour réduire les risques de transmission d'agents infectieux par contact avec une personne infectée.

Précautions contre l'exposition aux gouttelettes : Utilisées en plus des pratiques de base pour les clients/patients/résidents atteints ou potentiellement atteints d'une infection qui peut être transmise par de grosses gouttelettes infectieuses.

Précautions supplémentaires (PS) : Précautions (c.-à-d., précautions contre les contacts, les gouttelettes et la transmission par voie aérienne) nécessaires en plus des pratiques de base afin de se protéger contre certains pathogènes ou certaines présentations cliniques. Ces précautions sont fondées sur la méthode de transmission (p. ex. contact, gouttelettes, voie aérienne).

Prévention et contrôle des infections (PCI) : Pratiques et méthodes fondées sur des éléments probants qui, lorsqu'elles sont appliquées systématiquement dans les milieux de soins de santé, peuvent prévenir la transmission ou réduire le risque de transmission de microorganismes aux fournisseurs de soins de santé, aux clients/patients/résidents et aux visiteurs, ou prévenir le développement d'infections associées aux soins de santé chez les clients/patients/résidents à partir de leurs propres microorganismes.

Professionnel en prévention des infections (PPI) : Personne formée responsable des mesures de PCI dans un milieu de soins de santé. En Ontario, un PPI doit recevoir une formation d'au moins 80 heures dans le cadre d'un programme de contrôle des infections approuvé par PCI Canada dans les six mois suivant son

entrée en fonction et doit obtenir et conserver sa Certification in Infection Control (CIC®) lorsqu'il y sera admissible.

Protection du visage : Équipement de protection individuelle qui protège les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche des éclaboussures ou de la pulvérisation de sang et d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions. La protection du visage peut comprendre un masque ou un respirateur utilisé conjointement avec des lunettes de protection ou un écran facial qui couvre les yeux, le nez et la bouche.

Respirateur N95 : Dispositif de protection individuelle porté sur le visage, qui couvre le nez et la bouche afin de réduire les risques d'inhalation de particules aéroportées par la personne qui le porte. Un respirateur N95 homologué par le NIOSH, qui est celui le plus souvent utilisé dans les milieux de soins de santé, présente une efficacité de filtration de 95 % ou plus des particules de la taille de 0,3 micron ou plus, et offre une étanchéité faciale laissant pénétrer moins de 10 % de contaminants.

Santé et sécurité au travail (SST) : Services de santé préventifs et thérapeutiques fournis en milieu de travail par des professionnels de la santé au travail dûment formés, comme des infirmières, des hygiénistes et des médecins.

Santé publique Ontario (SPO) : Santé publique Ontario est le nom sous lequel fonctionne l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS).

Soins directs : Prestation directe de soins (p. ex. donner le bain à un client/patient/résident, le laver ou le tourner, changer ses vêtements, lui prodiguer des soins relatifs à l'incontinence, changer ses pansements, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes, faire sa toilette).

Vérification de l'ajustement : Voir *Vérification de l'étanchéité*.

Vérification de l'étanchéité : Procédure que le fournisseur de soins de santé doit effectuer chaque fois qu'il porte un respirateur pour s'assurer que le dispositif est ajusté correctement au visage de l'utilisateur afin de fournir une protection respiratoire adéquate. Le fournisseur de soins de santé doit recevoir une formation sur la façon de procéder correctement à une vérification de l'étanchéité.

Hypothèses pour les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections

Les pratiques exemplaires énoncées dans le présent document reposent sur l'hypothèse selon laquelle les milieux de soins de santé de l'Ontario ont déjà en place des systèmes ou programmes de base de prévention et de contrôle des infections (PCI). Les milieux de soins qui n'ont pas de professionnels spécialisés dans le contrôle des infections devraient travailler avec des organismes qui possèdent une expertise en PCI, comme les centres hospitaliers universitaires, les bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections, les bureaux locaux de santé publique (BSP) dotés d'un personnel professionnel agréé en PCI et les associations locales de PCI (p. ex. les sections locales de Prévention et contrôle des infections Canada), dans le but d'élaborer des programmes fondés sur des éléments probants.

Outre l'hypothèse générale énoncée ci-dessus à l'égard des mesures de base de PCI, les pratiques exemplaires reposent sur les hypothèses et les principes suivants :

1. Des ressources adéquates sont consacrées à la prévention et au contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé. Voir les [Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario](#)¹ du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).
2. Des pratiques exemplaires visant à prévenir et limiter la propagation des maladies infectieuses sont systématiquement mises en œuvre dans tous les milieux de soins, conformément aux documents :
 - a) *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé*² du CCPMI.
 - b) *Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA)*³ du CCPMI.
 - c) *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*⁴ du CCPMI.
 - d) *Annexe C : Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé*⁵ du CCPMI.
 - e) *Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique*⁶ du CCPMI.
3. Des programmes axés sur la promotion d'une bonne hygiène des mains, qui assurent le respect des normes à ce chapitre, sont en place dans tous les milieux de soins de santé. Consulter :
 - a) *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé*⁷ du CCPMI.
 - b) *Lavez-vous les mains*⁸, le programme ontarien d'amélioration de l'hygiène des mains.
 - c) Tous les milieux de soins de santé ont mis en œuvre des programmes en vue d'assurer la désinfection et stérilisation efficaces du matériel médical conformément aux *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les milieux de soins de santé*⁹ du CCPMI.
4. Des ressources adéquates sont consacrées aux services environnementaux ou d'entretien ménager dans tous les milieux de soins, y compris des procédures écrites en vue du nettoyage et de la désinfection des chambres et de l'équipement des clients/patients/résidents, la formation et le perfectionnement du personnel d'entretien et la révision continue des procédures.

Voir 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*¹⁰ du CCPMI.

5. Tous les milieux de soins offrent régulièrement de la formation (notamment de l'orientation et de la formation continue) et du soutien pour aider le personnel à mettre en œuvre uniformément les pratiques de PCI appropriées. Les programmes de formation efficaces mettent l'accent sur :
 - les risques liés aux maladies infectieuses, notamment l'infection respiratoire aiguë (IRA) et la gastro-entérite
 - l'hygiène des mains, y compris l'utilisation de désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) et le lavage des mains
 - les principes et les composantes des pratiques de base ainsi que des précautions supplémentaires visant à prévenir la transmission des infections (précautions supplémentaires)
 - l'évaluation du risque de transmission de l'infection et l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), y compris, sa sélection judicieuse et son application, son retrait et son élimination sécuritaires
 - la désinfection ou le nettoyage approprié du matériel, des fournitures et des surfaces servant aux soins, ou des articles utilisés dans l'environnement de soins
 - la responsabilité de chaque membre du personnel d'assurer sa propre sécurité ainsi que celle des clients/patients/résidents et de ses collègues (en plus de la responsabilité de l'employeur et des superviseurs en matière de sécurité du personnel)
 - la collaboration entre les professionnels de la santé au travail et de la PCI.

NOTE : Les programmes de formation devraient être assez souples pour répondre aux besoins variés de tout l'éventail des fournisseurs de soins et des autres membres du personnel du milieu de soins. Le BSP et les bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections peuvent servir de ressource et aider à élaborer et à offrir des programmes de formation destinés aux milieux communautaires.

6. Tous les milieux de soins de santé encouragent la collaboration entre les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail (SST) et l'équipe de PCI pour mettre en œuvre et maintenir des normes appropriées de PCI qui protègent les fournisseurs de soins de santé ainsi que les patients et visiteurs.
7. Des relations de travail efficaces sont établies entre les milieux de soins de santé et les BSP. Des lignes de communication claires sont maintenues, et on communique avec les BSP pour obtenir des renseignements et des conseils, au besoin. Les parties en cause s'acquittent de leurs obligations (en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7*)¹¹ en ce qui a trait au signalement des maladies à déclaration obligatoire et des maladies transmissibles. (Voir la Section 5 sur la déclaration des infections pour obtenir des précisions sur les renseignements à déclarer et les autorités auxquelles les déclarer.)
8. Les milieux de soins de santé ont continuellement accès à des conseils et lignes directrices sur la PCI et la santé au travail dans le but de soutenir le personnel et de résoudre les différends.
9. Tous les milieux de soins ont adopté des procédures en vue de recevoir les alertes médicales internationales, nationales, régionales et locales, et d'y réagir. Les alertes médicales sont rapidement

communiquées à tous les membres du personnel touchés, et des mises à jour périodiques sont fournies. De nombreuses sources pourraient assurer la publication des alertes médicales actuelles sur leur site Web, y compris le ministère de la Santé, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que les BSP locaux et les Bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections.

10. Le cas échéant, il existe un processus pour évaluer l'ÉPI dans les milieux de soins de santé afin de veiller à ce qu'il réponde aux normes de qualité.
11. Tous les milieux de soins évaluent périodiquement l'efficacité de leur programme de PCI, ainsi que les répercussions de ce programme sur les pratiques. Cette information sert à améliorer encore davantage les programmes de PCI¹.

Les exigences relatives à la santé et à la sécurité au travail doivent être respectées :

1. Les milieux de soins de santé sont tenus de respecter les dispositions pertinentes de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST)*, L.R.O. 1990, chap. O.1, et ses *règlements*¹². Les employeurs, superviseurs et fournisseurs de soins ont des droits et des obligations aux termes de la LSST.
2. La LSST impose des devoirs à plusieurs catégories de personnes qui ont des liens avec le milieu de travail, notamment aux employeurs, entrepreneurs en construction, superviseurs, propriétaires, fournisseurs, titulaires de permis, administrateurs de sociétés et travailleurs. Vous trouverez un *guide* relatif aux exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.
3. Aux termes de l'alinéa 25 (2) h) de la LSST, qui porte sur le « devoir général de diligence », l'employeur est tenu de prendre toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection du travailleur.
4. Des exigences particulières visant certains établissements de soins de santé et résidentiels sont énoncées dans le *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé*. Ce règlement établit une variété d'exigences, dont :
 - a) L'obligation pour l'employeur de mettre en œuvre des mesures et des procédures écrites visant à protéger la santé et la sécurité des travailleurs, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité (CMSS) ou le délégué à la santé et à la sécurité, le cas échéant. Ces mesures et procédures peuvent traiter notamment des questions suivantes :
 - pratiques de travail sécuritaires
 - conditions de travail sécuritaires
 - pratiques d'hygiène adéquates et utilisation d'installations d'hygiène
 - contrôle des infections
 - immunisation et inoculation contre les maladies infectieuses.
 - b) Au moins une fois par année, l'obligation de passer en revue les mesures et méthodes relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs à la lumière des connaissances et pratiques courantes.
 - c) L'obligation pour l'employeur d'élaborer, de mettre sur pied et de proposer des programmes de formation et de sensibilisation relatifs aux mesures et procédures en matière de santé et de sécurité à l'intention des travailleurs qui soient adaptés à leur tâche, en consultation avec le CMSS ou le délégué à la santé et à la sécurité, le cas échéant.

- d) Le travailleur que son employeur ou le *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé* 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.
 - e) L'employeur doit démontrer qu'il a dispensé une telle formation, et devrait donc prendre note du nom des travailleurs qui l'ont suivie, des dates de la formation et de l'information et de la matière abordée.
5. En vertu de la LSST, le travailleur doit se conformer à cette loi et aux règlements pris en application de celle-ci et employer ou porter le matériel et les dispositifs ou vêtements de protection exigés par l'employeur.
 6. Le *Règlement de l'Ontario 474/0713 sur la sécurité des aiguilles*¹³ énonce les exigences entourant l'utilisation d'aiguilles creuses, qui sont conçues pour assurer la sécurité.

Des renseignements supplémentaires sont disponibles sur la page [Santé et soins communautaires du site web du ministère du Travail](#).

Une nouvelle infection respiratoire est une maladie qui cause des symptômes respiratoires (p. ex. fièvre, toux) mais dont l'agent étiologique et (ou) l'épidémiologie n'est (ne sont) pas encore connu(s) et la morbidité et la mortalité sont présumées graves. Dans de tels cas, l'épidémiologie, la gravité et la présentation clinique sont différentes de ce dont on pourrait s'attendre d'éclotions saisonnières habituelles et pourraient s'articuler autour d'un séjour à l'étranger ou d'un lien épidémiologique. Par exemple, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 constituait une nouvelle infection respiratoire causée par un virus précédemment inconnu qui avait débuté en Chine et s'était rapidement propagé à d'autres pays.

Comment et quand utiliser le présent document

Le présent document présente des pratiques exemplaires provisoires, fondées sur une approche prudente de prévention, de surveillance et de gestion d'une **nouvelle infection respiratoire** dans les milieux de soins de l'ensemble du continuum de soins, y compris mais sans s'y limiter les soins préhospitaliers, soins actifs, soins continus complexes, soins de réadaptation, soins de longue durée, soins des maladies chroniques, soins à domicile et soins ambulatoires, dont les soins que prodiguent les cabinets de médecin, cliniques et centres de soins communautaires, cabinets de dentiste, bureaux d'autres membres de professions réglementées, établissements de santé autonomes (ESA) et locaux extra-hospitaliers (LEH). Les milieux de soins de l'ensemble de la province devraient déjà avoir adopté des pratiques exemplaires de surveillance, de prévention et contrôle des infections (PCI) respiratoires aiguës, fondées sur l'*Annexe B* du CCPMI.

Veillez noter que le ministère de la Santé peut activer le Centre ministériel des opérations d'urgence (CMOU) afin de coordonner et de diriger la réaction du système de santé dans l'éventualité d'un cas confirmé de nouvelle infection respiratoire en Ontario. Dans le cadre de cette coordination, le CMOU aidera les partenaires du système de santé à mettre en œuvre une stratégie d'intervention concertée (p. ex. conseils de PCI, surveillance, communications, méthodes de déclaration).

Ce document repose sur l'hypothèse selon laquelle la nouvelle infection respiratoire en cause a été ajoutée à la liste des maladies à déclaration obligatoire si elle n'était pas déjà sur cette liste. Si la déclaration du nouveau pathogène respiratoire n'est pas obligatoire en Ontario, des directives additionnelles seront fournies.

Il est essentiel que les milieux de soins de santé réagissent immédiatement aux nouvelles infections respiratoires. C'est pourquoi l'utilisation de ce document est essentielle avant l'émission de directives spécifiques. Les directives émises évolueront à mesure qu'évoluent les connaissances sur l'agent en cause, et auront préséance sur les recommandations énoncées dans le présent document. Veuillez consulter la Figure 1 pour obtenir des précisions sur le moment d'utiliser ce document.

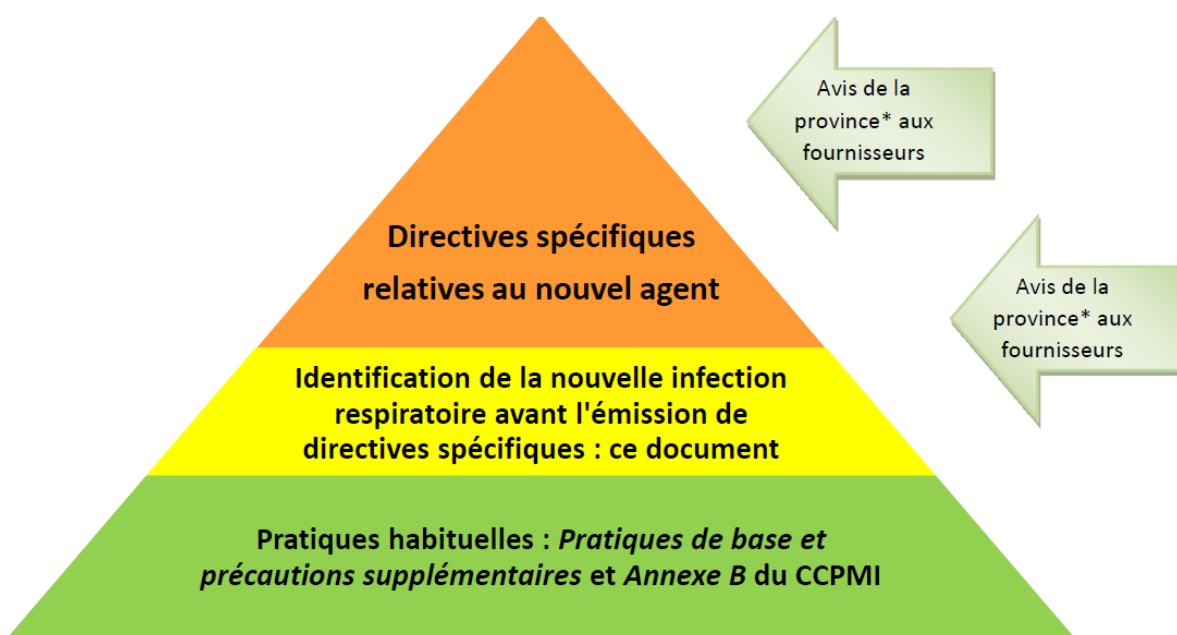
NOTE : Ces pratiques exemplaires ne sont pas destinées à être utilisées durant une épidémie ou pandémie de grippe, ou dans le cas d'agents pour lesquels le ministère de la Santé a déjà émis des

directives. Dans le cas de la grippe, l'épidémiologie de la maladie est connue et les pratiques exemplaires à adopter sont énoncées dans le *Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe*.

Ces pratiques exemplaires ne doivent pas être utilisées pour la gestion des virus respiratoires saisonniers ou toutes autres éclosions d'infections respiratoires dont l'étiologie n'a pas encore été déterminée. Pour obtenir de plus amples renseignements, se reporter aux documents suivants :

- *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* du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).
- *Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Figure 1: Quand utiliser le présent document



*Par « province » on peut entendre le médecin-hygiéniste en chef, SPO ou d'autres directions du ministère de la Santé, selon les circonstances.

Le respect des pratiques de bases et précautions supplémentaires décrites à l'Annexe B protégera les clients/patients/résidents et membres du personnel de l'exposition à des IRA dans les milieux de soins.

Les programmes efficaces de surveillance systématique des IRA feront également en sorte que tous les milieux de soins soient en mesure de :

- détecter rapidement toute nouvelle infection respiratoire
- prendre les mesures requises pour prévenir et contrôler la propagation de l'agent responsable d'une nouvelle infection respiratoire.

Prévention, surveillance et contrôle des nouvelles infections respiratoires

1. Surveillance

1.1 À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

Le ministère de la Santé, le médecin-hygiéniste en chef et Santé publique Ontario (SPO) surveillent sur une base continue l'émergence d'infections respiratoires partout dans le monde. Les mesures prises à cette fin peuvent inclure :

- l'évaluation du niveau de risque pour la population ontarienne
- la détermination des caractéristiques de la maladie (p. ex. symptômes, période d'incubation, mode de transmission)
- l'élaboration d'une définition de cas relative à la maladie
- la mise au point d'outils de dépistage/surveillance et d'évaluation (p. ex. questions clés de dépistage fondées sur les caractéristiques de la maladie)
- l'élaboration de protocoles de laboratoire et d'algorithmes d'analyse d'échantillons
- la collaboration avec les médecins-hygiénistes locaux pour évaluer le niveau de risque à l'échelle locale.

1.2 À L'ÉCHELON DU MILIEU DE SOINS DE SANTÉ

Si le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste local leur conseille, tous les milieux de soins de l'Ontario doivent accroître leur **programme de surveillance active des IRA** pour y inclure ce qui suit :

- Tous les clients/patients/résidents qui se présentent dans un milieu de soins de santé font l'objet d'un dépistage au moyen du protocole de surveillance/dépistage des IRA du CCPMI jusqu'à ce qu'un outil diagnostique des nouvelles infections respiratoires ait été élaboré par le médecin-hygiéniste en chef et le ministère de la Santé, en consultation avec SPO. Voir l'Appendice B de *Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires* du CCPMI pour obtenir un exemple de formulaire de dépistage des IRA. Voir l'Appendice C pour obtenir un algorithme de dépistage et de gestion des patients des salles des urgences aux prises avec une nouvelle infection respiratoire.
- Les fournisseurs de soins de santé devraient maintenir un indice de suspicion élevé au moment d'effectuer le dépistage de toute personne manifestant de nouveaux symptômes d'IRA ou tout symptôme caractéristique de la nouvelle infection.
- Toute personne qui accompagne un client/patient/résident se présentant dans un milieu de santé et obtenant un diagnostic positif devrait aussi faire l'objet d'un dépistage.
- Les visiteurs devraient aussi faire l'objet d'un dépistage si le médecin-hygiéniste local ou le médecin-hygiéniste en chef l'exige.

- Jusqu'à ce que des outils de dépistage visant spécifiquement la nouvelle infection respiratoire aient été élaborés par le médecin-hygiéniste en chef et le ministère de la Santé, en consultation avec SPO, les patients/résidents et le personnel déjà présents dans le milieu de soins doivent faire l'objet d'un suivi au moyen du protocole de dépistage/surveillance des cas d'IRA pour détecter tout cas d'infection acquise. Pour de plus amples renseignements sur le dépistage chez les membres du personnel, consulter la [Section 4](#).

La surveillance passive peut servir à détecter les cas d'IRA au moment de l'arrivée des personnes dans le milieu de soins. Vous trouverez des exemples d'affiches utilisées pour le dépistage passif aux Appendices C et D de *Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires* du CCPMI.

Toute personne qui obtient un diagnostic positif au protocole de dépistage/surveillance des IRA devra prendre les précautions appropriées (p. ex. hygiène des mains, masque, attente dans une zone séparée désignée) et faire l'objet d'une évaluation médicale. Cette évaluation pourra avoir lieu dans toute zone réservée à cette fin par le milieu de soins en consultation avec l'équipe de la prévention et du contrôle des infections (PCI) (p. ex. salle des urgences, clinique de dépistage). Les zones réservées aux évaluations médicales devraient être dotées d'un membre du personnel chargé du triage et de l'identification/acheminement des personnes nécessitant des soins immédiats, et d'ÉPI. La province pourrait élaborer un outil et un algorithme de gestion des risques standardisés pour faciliter l'évaluation des patients individuels. Les résultats de l'évaluation seraient consignés dans le dossier/la fiche du patient, et transmis à l'établissement ou à l'unité d'accueil.

Les personnes admises dans un établissement de soins de santé ou recevant des soins à domicile devraient déjà avoir fait l'objet d'un dépistage et d'une évaluation, et les résultats obtenus devraient avoir été transmis à l'unité, à l'étage ou à l'organisation d'accueil.

Tous les milieux de soins de santé doivent avoir un système en place pour déclarer les cas de nouvelle infection respiratoire aux services internes, aux établissements d'accueil externes et au BSP. Pour de plus amples renseignements sur la déclaration des maladies, consulter la [Section 5](#).

Tous les milieux et fournisseurs de soins de santé doivent faire part de tout cas soupçonné ou confirmé d'infection respiratoire à un nouvel agent à leur BSP local à la suite de l'utilisation du protocole de dépistage/déclaration des IRA du CCPMI.

- Se reporter à l'*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* du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).

2. Réaction initiale aux cas signalés

2.1 GESTION DES CAS

En consultation avec SPO, le ministère de la Santé et le médecin-hygiéniste en chef détermineront les mesures et précautions appropriées que devront prendre les milieux et les fournisseurs de soins, et fourniront des directives spécifiques sur les cas d'écllosion en se basant sur les évaluations initiales et continues de la maladie. Le présent document peut servir à orienter la réaction initiale à un cas d'écllosion en attendant des directives additionnelles fondées sur l'agent spécifique en cause.

La gestion des personnes chez qui on diagnostique un cas soupçonné ou confirmé d'infection respiratoire à un nouvel agent devrait inclure le recours aux précautions appropriées en lien avec la PCI (voir la Section 3) et la réévaluation quotidienne du cas. Après 72 heures, les fournisseurs de soins doivent mener un examen exhaustif en consultation avec l'équipe de la PCI de l'établissement afin de déterminer si des précautions différentes devraient être prises auprès de la personne. Si cet examen donne à penser qu'un diagnostic du nouvel agent est encore possible, les fournisseurs de soins doivent maintenir les précautions et poursuivre l'évaluation clinique quotidienne du cas.

Les précautions doivent être maintenues jusqu'à ce que se termine la période de transmissibilité de la maladie. Durant les premières étapes d'investigation du nouvel agent, il est possible qu'on ne connaisse pas la période de transmissibilité. Il pourrait être nécessaire d'obtenir des conseils d'experts pour déterminer la durée d'application des précautions en fonction de facteurs comme la persistance et la durée des symptômes, les facteurs de risque du patient et autres. Des tests de laboratoire sur l'excrétion du virus pourraient s'avérer utiles dans ces cas.

Les épreuves de laboratoire justifiées sur le plan clinique devraient être menées pour déterminer la nature spécifique de l'agent pathogène et exclure des étiologies plus courantes relatives à des symptômes respiratoires (p. ex., grippe), le cas échéant. Il importe de soumettre à des fins d'analyse des échantillons appropriés compte tenu des symptômes, conformément au protocole du laboratoire utilisé par le milieu de soins de santé. Consultez le médecin microbiologiste du laboratoire de l'hôpital et (ou) le laboratoire de Santé publique Ontario au sujet de la soumission d'échantillons propres au nouvel agent.

2.2 ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUX PRISES AVEC DES CAS D'EXPOSITION POSSIBLES

L'équipe de PCI, le service de santé et sécurité au travail et les bureaux locaux de santé publique doivent collaborer ensemble pour déterminer ce qui constitue une exposition et qui fera l'objet d'un suivi. Dans les établissements de soins de santé où une exposition au nouvel agent a eu lieu, avec ou sans transmission, les stratégies d'isolement suivantes doivent être mises en œuvre :

2.2.1 Si l'examen du patient a eu lieu à la salle des urgences (SU) ou dans un autre milieu ambulatoire sans que des précautions jugées adéquates n'aient été prises pour prévenir la transmission de l'agent :

- Effectuer une surveillance quotidienne de tous les membres du personnel exposés (voir ci-après). Cette surveillance devrait se poursuivre pendant toute la période d'incubation du nouvel agent, si celle-ci est connue.
- Toute personne exposée qui développe des symptômes correspondant à la nouvelle infection respiratoire durant la période d'incubation doit être évaluée :

- les patients hospitalisés seraient évalués par leurs fournisseurs de soins de santé
 - le personnel serait évalué par le personnel de la santé et de la sécurité au travail
 - les patients renvoyés à la maison et les visiteurs seraient évalués par le bureau local de santé publique.
- Les membres du personnel ayant fait l'objet d'une exposition directe, c'est-à-dire qui ont prodigué des soins directs au patient ou se sont trouvés dans un rayon de deux mètres d'un patient symptomatique sans porter de respirateur N95 ou prendre de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes devraient être renvoyés à la maison pour la durée de la période d'incubation du nouvel agent (si elle est connue). Le bureau local de santé publique devrait également en être avisé. Voir les informations additionnelles à la Section 4.
 - Les membres du personnel qui ont travaillé au sein de l'unité du patient sans être directement exposés au patient doivent être regroupés en cohorte. Ces membres du personnel devraient être évalués de façon active au quotidien pour déceler tout signe ou symptôme d'infection. Ils ne doivent pas travailler au sein d'autres unités ou milieux de soins de santé.
 - Le bureau local de santé publique doit être avisé d'effectuer un suivi auprès des patients exposés qui ont reçu leur congé du milieu de soins.
 - Les établissements de soins de santé qui ont accueilli des patients exposés doivent être avisés de la situation.

Aux fins du présent document, deux niveaux de risque d'exposition ont été définis :

1) Les personnes qui se sont trouvées dans un rayon de deux mètres d'un patient symptomatique sans porter de respirateur N95 ou prendre de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes sont considérées comme ayant fait l'objet d'une exposition directe.

2) Les personnes qui se sont trouvées dans la même unité qu'un patient avant que des précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts n'aient été mise en œuvre sont considérées comme n'ayant pas fait l'objet d'une exposition directe.

2.2.2 Si le patient a été admis dans une unité en milieu hospitalier sans que des précautions appropriées n'aient été mises en œuvre (Annexe D):

- Interdire l'admission de nouveaux patients à l'unité et le congé ou le transfert des patients de l'unité à moins que cela ne soit nécessaire sur le plan médical, p. ex. dans le cas d'un transfert à une unité de soins intensifs. Dans le cas d'un transfert nécessaire sur le plan médical, aviser l'unité ou le milieu de soins d'accueil des précautions requises contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts.
- Évaluer immédiatement tous les patients de l'unité pour déceler tout symptôme correspondant à la nouvelle infection respiratoire.
- Mettre en œuvre les précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts auprès des patients qui ont des symptômes correspondant à la nouvelle infection respiratoire. Ces patients devraient continuer d'être hospitalisés dans l'unité où l'exposition s'est produite. Si le milieu de soins ne dispose pas d'un nombre suffisant de chambres d'isolement des infections à transmission aérienne, voir la page 18, *Hébergement en milieu hospitalier*, pour connaître des stratégies d'hébergement de rechange.

- Considérer que tous les patients hébergés au sein de l'unité en même temps que le patient symptomatique qui n'ont pas fait l'objet de précautions ont été potentiellement exposés à l'agent. Utiliser un respirateur N95 et prendre de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes auprès de tous les patients de l'unité.
- Renvoyer à la maison pour la durée de la période d'incubation du nouvel agent (si elle est connue) les membres du personnel ayant fait l'objet d'une exposition directe, c'est-à-dire qui ont prodigué des soins directs au patient ou se sont trouvés dans un rayon de deux mètres d'un patient symptomatique sans porter de respirateur N95 ou prendre de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes. Le bureau local de santé publique devrait également en être avisé. Voir les informations additionnelles à la Section 4.
- Au sein de l'unité fermée, regrouper en cohorte, en compagnie de leurs fournisseurs de soins respectifs, les patients exposés et patients malades dans des salles isolées sur le plan géographique si possible.
- Regrouper en cohorte les membres du personnel qui ont travaillé au sein de l'unité du patient sans être directement exposés au patient. Ces membres du personnel devraient être évalués de façon active au quotidien pour déceler tout signe ou symptôme d'infection. Ils ne doivent pas travailler au sein d'autres unités ou milieux de soins de santé.
- Déterminer si des patients exposés ont été transférés dans d'autres unités ou milieux de soins de santé. Aviser l'unité ou le milieu de soin d'accueil de l'exposition du patient au nouvel agent. Mettre en œuvre des mesures de surveillance et des précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts auprès des patients exposés. Aviser le bureau local de santé publique d'effectuer un suivi auprès de tous les patients exposés qui ont été renvoyés à la maison.
- Aviser le bureau local de santé d'effectuer un suivi auprès des personnes qui ont rendu visite à ces patients, le cas échéant.
- Effectuer la surveillance quotidienne dans l'unité. Pour obtenir un outil de dépistage, consulter l'Appendice E de *Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI. La surveillance doit se poursuivre pour la durée de la période d'incubation, si elle est connue.
- Mettre immédiatement en œuvre les précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts auprès des patients qui ont des symptômes correspondant à la nouvelle infection respiratoire.
- Aviser les autres milieux de soins de santé du secteur de la présence du nouvel agent afin qu'ils se préparent à sa manifestation éventuelle dans leur établissement.
- S'il n'y a aucun nouveau cas après la période d'incubation (si celle-ci est connue), rouvrir l'unité en consultation avec l'équipe de PCI et le bureau local de santé publique. Poursuivre la surveillance des infections respiratoires aiguës.

2.3 ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUX PRISES AVEC UN CAS NOSOCOMIAL, C'EST-À-DIRE ATTRIBUABLE À L'ÉTABLISSEMENT

Un cas est nosocomial ou attribuable à l'établissement s'il satisfait à la définition de nouvelle infection respiratoire et que la personne était asymptomatique au moment de l'admission à l'établissement de santé et a développé des symptômes dans l'établissement uniquement à la suite de la période d'incubation, si elle est connue. Dans un tel cas :

- Aviser le bureau local de santé publique

- Mettre en œuvre les mesures d'isolement prévues au point 2 ci-haut
- Déclarer qu'il y a écloison dans l'établissement
- Passer en revue tous les contacts avec d'autres patients et les membres du personnel, dont tous les contacts avec des patients ou employés d'autres unités que la personne pourrait avoir exposés à l'agent ou qui pourraient l'avoir exposée à l'agent. Tenter de déterminer la source du cas nosocomial. S'il est possible de clairement établir un lien épidémiologique, poursuivre les mesures d'isolement de la façon prévue au point 2. S'il n'est pas possible d'établir un lien épidémiologique clair, obtenir des conseils du bureau local de santé publique et de Santé publique Ontario.

Tableau 1 : Sommaire des résultats de la surveillance et des mesures connexes à prendre

Résultats de la surveillance	Mesures à prendre
Aucun nouvel agent repéré à l'échelle mondiale	Surveillance systématique des IRA
Nouvel agent dans des zones géographiques bien délimitées.	Surveillance systématique des IRA, y compris l'historique des séjours à l'extérieur
Cas présents dans la région mais pas dans l'établissement	Surveillance des IRA, y compris l'historique des séjours dans la zone géographique d'origine ou les zones touchées de la région + transfert en direction/provenance des établissements touchés
Cas dans l'établissement même, sans exposition non protégée	Maintien des précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts pour les cas soupçonnés/confirmés Surveillance quotidienne des patients et membres du personnel de l'unité qui se chargent du (des) patient(s)
Exposition dans l'établissement même (avec ou sans transmission)	Mise en œuvre des précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts auprès des patients ayant des symptômes Interdiction des admissions à l'unité, des congés de l'unité et des transferts en provenance et en direction de l'unité, à moins d'une nécessité médicale Surveillance quotidienne de tous les patients et membres du personnel exposés à des fins de détection des symptômes Regroupement en cohorte des patients exposés ou malades Renvoi à la maison du personnel directement exposé pour toute la période d'incubation (si connue) et notification du bureau de santé publique Regroupement en cohorte et maintien dans l'unité des membres du personnel non exposés directement au patient Notification des établissements d'accueil de tout patient exposé et transféré dans leurs installations Notification du bureau de santé publique de tout

Résultats de la surveillance	Mesures à prendre
	patient exposé ayant obtenu son congé
Cas attribuables à l'établissement même	Déclaration d'une éclosion en milieu de soins et fermeture de l'unité Notification du bureau de santé publique Mise en œuvre de toutes les mesures prévues à la partie <i>Exposition dans l'établissement même</i> (ci-haut)

3. Pratiques de prévention et de contrôle des infections

3.1 PROCÉDURES GÉNÉRALES

Pour effectuer les préparatifs et intervenir en vue d'enrayer tout nouvel agent, tous les milieux de soins devraient disposer d'un programme de PCI fonctionnel qui comprend :

- Un programme fonctionnel de surveillance et de dépistage des infections respiratoires aiguës
 - Se reporter à l'*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* du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).
- Des lignes de communication bien établies avec le bureau local de santé publique
 - Pour savoir où se trouve son bureau local de santé publique, consulter le [Localisateur de bureau de santé publique](#).
- L'accès à des informations et conseils éclairés en matière de PCI provenant par exemple de l'équipe de PCI du milieu de soins, des Bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections et (ou) de SPO
 - [Bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections](#)
- Des postes d'hygiène des mains munis de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) au point de service pour tous les fournisseurs de soins de santé
 - Pour obtenir des renseignements additionnels sur l'hygiène des mains, consulter les *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI.
- De l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié à la disposition immédiate de tous les fournisseurs de soins de santé
 - Pour en savoir davantage sur l'ÉPI, consulter les *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé* du CCPMI.
- Des processus clairs d'obtention des analyses de laboratoire appropriées
 - [Coordonnées des laboratoires de Santé publique Ontario](#)

Tous les milieux de soins doivent avoir des affiches à toutes les entrées qui fournissent à tous les clients/patients/résidents, visiteurs et bénévoles des renseignements sur :

- tout risque cerné dans le milieu de soins
- toutes procédures de dépistage adoptées dans le milieu de soins

- toutes restrictions existantes (p. ex. toute restriction des personnes pouvant entrer dans le milieu de soins)
- toutes pratiques de PCI exigées, comme le moment auquel se laver les mains.

3.2 PRATIQUES ET ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Les fournisseurs de soins de santé qui courent le risque d'être directement exposés à des clients/patients/résidents chez qui on soupçonne ou on a confirmé une infection à un nouvel agent respiratoire doivent systématiquement avoir recours aux pratiques de base et précautions contre la transmission par voie aérienne, les contacts et l'exposition aux gouttelettes.

La plupart des infections respiratoires se transmettent par des contacts ou l'exposition à des gouttelettes. Les seules maladies dont on sait qu'elles sont transmises de personne à personne par voie aérienne sont la tuberculose, la varicelle et la rougeole. Cependant, on devrait utiliser une approche prudente fondée sur le recours jumelé aux précautions contre la transmission par voie aérienne, les contacts et l'exposition aux gouttelettes jusqu'à ce qu'on ait pu établir l'épidémiologie du nouvel agent.

Les pratiques de base comprennent notamment :

- l'hygiène des mains (p.ex. l'utilisation d'un DMBA ou le lavage des mains) :
 - avant d'entrer dans la chambre du client/patient/résident
 - après avoir quitté la chambre du client/patient/résident
 - après avoir retiré et jeté l'équipement de protection individuelle
- l'adoption de procédures d'examen qui minimisent les contacts avec les gouttelettes/aérosols (p. ex. s'asseoir à côté d'un client/patient/résident qui tousse plutôt que devant lui au moment de s'informer de ses antécédents médicaux et d'effectuer un examen)
- le nettoyage et la désinfection du matériel commun ou partagé après chaque utilisation
- le respect par les clients/patients/résidents de l'étiquette relative à la toux et aux éternuements, c'est-à-dire :
 - se détourner le visage des autres
 - se couvrir le nez et la bouche à l'aide d'un mouchoir ou, si on ne possède pas de mouchoir, tousser ou éternuer dans le haut de la manche ou le coude, et non dans la main
 - jeter immédiatement dans la poubelle les mouchoirs après leur utilisation
 - se laver les mains immédiatement après avoir jeté des mouchoirs.

Les précautions contre la transmission par voie aérienne, l'exposition aux gouttelettes et les contacts incluent :

- l'utilisation d'un respirateur N95 couvrant le nez et la bouche, et dont l'étanchéité et l'ajustement ont été vérifiés
 - au moment d'entrer dans la chambre du client/patient/résident

- lorsqu'on se trouve dans un rayon de deux mètres du client/patient/résident
- le port de protection oculaire dans un rayon de deux mètres du client/patient/résident
- le port de gants, d'une blouse et d'un masque au moment d'entrer dans la chambre du client/patient/résident
- le port, par le client/patient/résident, d'un masque lorsqu'il est à l'extérieur de sa chambre ou de l'aire de soins et la pratique de l'hygiène des mains au moment de quitter la chambre.

Une fois que le fournisseur de soins a terminé de prodiguer des soins et se trouve à un rayon de plus de deux mètres de distance du client/patient/résident, ou au moment de quitter une CIA, il doit retirer son ÉPI d'une façon qui ne le contamine pas et ne contamine pas l'environnement. Se reporter à l'Annexe L des *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI pour connaître les étapes de retrait de l'ÉPI en toute sécurité.

Si un fournisseur de soins de santé croit que ses mains ont été contaminées à une étape quelconque du retrait de l'ÉPI, il doit pratiquer l'hygiène des mains avant de faire quoi que ce soit. Les éviers utilisés par les patients/résidents peuvent être très contaminés et ne devraient pas être utilisés par les fournisseurs de soins de santé à des fins d'hygiène des mains.

- Pour de plus amples renseignements sur l'utilisation de l'ÉPI, consulter les *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI.

3.3 NETTOYAGE DES ZONES GRAND PUBLIC ET À HAUT RISQUE

Les milieux de soins de santé doivent bien laver les surfaces des aires de soins et des zones publiques jugées à haut risque par les professionnels de la prévention et du contrôle des infections, comme les salles des urgences, les zones de triage et les salles d'attente. Une attention particulière devrait être portée aux surfaces touchées fréquemment. Le nettoyage devrait être fait au moyen d'un nettoyant pour hôpitaux qui a des propriétés virucides et bactéricides, est approuvé par l'établissement et a un numéro d'identification du médicament (DIN).

- Pour de plus amples renseignements sur le nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé, consulter les *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé* du CCPMI.

3.4 HÉBERGEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Les clients/patients/résidents chez qui une infection au nouvel agent respiratoire est soupçonnée ou confirmée devraient être hébergés dans (en ordre de préférence) :

1. une chambre d'isolement des infections par transmission aérienne (CIITA)
2. une chambre individuelle dotée d'un appareil portable de filtration à haute efficacité contre les particules de l'air (HEPA)
3. une chambre individuelle sans appareil portable de filtration HEPA.

4. Les milieux de soins qui ne disposent pas de chambres individuelles suffisantes peuvent, en consultation avec l'équipe de PCI et le BSP, envisager le regroupement en cohorte des personnes chez qui on a confirmé en laboratoire la présence du nouvel agent respiratoire.

Durant une éclosion d'une nouvelle infection respiratoire, le médecin-hygiéniste en chef et le ministre de la Santé pourraient demander à certains milieux de soins de santé (p. ex. hôpitaux) de créer des unités de soins pour les personnes chez qui on soupçonne ou on a confirmé une infection. Le but de la création d'unités dédiées serait d'isoler les patients infectés et de faciliter la prestation de soins uniformes.

3.5 PRÉCAUTIONS À PRENDRE DURANT LES INTERVENTIONS MÉDICALES GÉNÉRANT DES AÉROSOLS (IMGA)

Les interventions générant des aérosols (IMGA) ou des gouttelettes, pratiquées auprès de clients/patient/résidents chez qui on a confirmé ou soupçonne une nouvelle infection respiratoire, peuvent exposer le personnel à des agents pathogènes des voies respiratoires et présenter un risque pour les membres du personnel et d'autres personnes se trouvant dans les environs. Toutes les IMGA non urgentes, comme les soins dentaires, devraient être reportées et pratiquées une fois que le patient est guéri. Le client/patient/résident doit être évalué à intervalles réguliers de façon à anticiper ses besoins en matière de soins et faire en sorte que l'on pratique les IMGA dans des conditions optimales.

Les IMGA non urgentes devraient être exécutées à l'aide de processus et de pratiques conçus pour éviter de générer des aérosols. Cela inclut ce qui suit :

- Intervention pratiquée dans une CIITA dont la porte est fermée, dans la mesure du possible
- Intervention pratiquée uniquement par du personnel très chevronné avec un minimum de personnes présentes dans la chambre
- Port de l'ÉPI approprié par toutes les personnes présentes, qui ont reçu des directives quant à son utilisation. L'ÉPI inclut un respirateur N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés, une protection des yeux/du visage, des gants, une blouse et l'hygiène des mains. Le port de l'ÉPI s'applique également aux membres de la famille qui sont présents pour des motifs humanitaires.
 - Utiliser du matériel et des techniques qui minimisent l'exposition aux pathogènes respiratoires. Se reporter à l'*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* du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).
 - Pour obtenir une liste d'IMGA dont il existe des cas documentés de transmission d'infections par exposition aux aérosols et d'autres IMGA dont il n'existe pas de cas dans la documentation publiée, se reporter aux *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* du CCPMI.

3.6 DÉPLACEMENT DE PATIENTS/RÉSIDENTS

3.6.1 Au sein d'un même milieu de soins : Le déplacement au sein d'un même milieu de soins de patients/résidents chez qui on soupçonne ou on a confirmé une infection au nouvel agent respiratoire

devrait se limiter à l'obtention des analyses et à l'exécution des interventions essentielles, et le temps passé à l'extérieur de la chambre devrait être minimal.

Lorsque la personne doit être déplacée :

- Le patient/résident doit porter un masque chirurgical dès qu'il se trouve à l'extérieur de sa chambre ou de l'aire de soins et pratiquer l'hygiène des mains au moment de quitter la chambre.
- Le personnel doit prendre les précautions appropriées et porter l'ÉPI approprié en tout temps.

Des précautions appropriées doivent être prises auprès des patients/résidents provenant d'une unité où il y a eu une exposition au nouvel agent ou la transmission de cet agent, jusqu'à l'exclusion du diagnostic ou la fin de la période d'incubation.

3.6.2 Entre des milieux de soins : On devrait éviter de transférer d'un établissement à un autre tout patient/résident chez qui on soupçonne ou on a confirmé une infection au nouvel agent jusqu'à ce qu'on en connaisse davantage sur l'agent. Si le transport du patient/résident est nécessaire sur le plan médical, l'établissement d'accueil doit être avisé de l'état de santé du patient/résident et du statut de l'établissement d'origine en matière d'éclosion, et être en mesure de recevoir le patient/résident avant que l'on initie le transfert.

Des précautions appropriées doivent être prises auprès des patients/résidents provenant d'une unité d'un autre établissement de soins où s'est produite l'exposition au nouvel agent ou la transmission du nouvel agent, jusqu'à l'exclusion du diagnostic ou la fin de la période d'incubation.

3.6.3 Renvoi au domicile ou en milieu communautaire : Les patients ayant développé la nouvelle infection respiratoire qui reçoivent leur congé de l'hôpital devraient être évalués pour connaître la phase de leur exposition ou maladie :

- Les plans de renvoi au domicile des personnes nécessitant des précautions additionnelles ou une surveillance devraient être élaborés en consultation avec le BSP. La nécessité d'isoler, de mettre en quarantaine ou d'effectuer le suivi des personnes exposées ou infectées sera déterminée à l'échelle provinciale* selon les caractéristiques du nouvel agent. (*par « provincial » on entend les activités qui concernent à la fois le ministère de la Santé, le médecin-hygiéniste en chef et SPO).
- Des mesures additionnelles, comme l'autosurveillance, pourraient être mises en place.
- Si le patient a été malade, mais est assez bien pour rentrer à la maison, et que la période de transmissibilité n'est pas terminée, il recevra des directives sur les précautions appropriées à prendre pour éviter de transmettre le nouvel agent aux autres. Les personnes qui fournissent des soins au domicile ou en milieu communautaire devraient être informées des précautions appropriées à prendre et de la façon d'utiliser l'ÉPI. Les précautions seront maintenues durant l'obtention du congé et au domicile jusqu'à ce que la période de transmissibilité, si elle est connue, soit passée ou que les symptômes se soient résorbés.

Des précautions appropriées doivent être prises auprès des patients/résidents provenant d'une unité où il y a eu une exposition au nouvel agent ou la transmission de cet agent, jusqu'à l'exclusion du diagnostic ou la fin de la période d'incubation.

3.7 RESTRICTION DE L'ACCÈS DES VISITEURS À UN MILIEU DE SOINS ET DE LEUR DÉPLACEMENT AU SEIN DU MILIEU DE SOINS

- Les milieux de soins où une exposition s'est produite, qu'il y ait eu transmission ou non, limiteront le nombre de leurs portes d'entrée accessibles.
- Les milieux de soins peuvent être obligés de bloquer ou de limiter l'accès des visiteurs aux patients/résidents nécessitant des précautions en raison du nouvel agent. Si une telle mesure est requise, il sera nécessaire d'adopter un processus d'exceptions pour motifs humanitaires, en consultation avec l'équipe de PCI et le personnel médical et infirmier qui soigne le patient/résident. Le milieu de soins de santé élaborera des critères de détermination des personnes pouvant être admises pour des motifs humanitaires. Les visiteurs doivent pratiquer l'hygiène des mains, être informés des précautions appropriées à prendre durant les visites, respecter ces précautions et ne pas effectuer de visite s'ils sont malades.
- Tous les milieux de soins auront recours aux communications, aux relations publiques, à des affiches et au personnel (qui a reçu des informations et une formation appropriées) pour expliquer les restrictions imposées et effectuer le contrôle des visiteurs. Dans la mesure du possible, les milieux de soins de santé devraient disposer de documentation écrite qui explique toutes les restrictions et les exigences (p. ex. hygiène des mains, ÉPI) aux visiteurs, et fournir un numéro à composer pour obtenir davantage d'information.
- Les milieux de soins de santé devraient fournir aux visiteurs de l'information sur les mesures à prendre s'ils manifestent des symptômes du nouvel agent.
- Tous les milieux de soins demanderont aux visiteurs de s'inscrire afin de pouvoir retracer, au besoin, les personnes ayant été exposées à l'agent.
- Les visiteurs qui ne respectent pas les exigences de PCI seront considérés comme ayant été exposés au nouvel agent, et les milieux de soins transmettront leur nom au BSP à des fins de contact.
- Les visiteurs devraient porter l'ÉPI, y compris une blouse, des gants, une protection oculaire et un masque bien ajusté.
- Les visiteurs devraient être informés des symptômes à surveiller. Les visiteurs d'un patient/résident nécessitant des précautions supplémentaires en raison du nouvel agent qui développent des symptômes doivent prendre contact avec leur BSP local et aviser les professionnels de la prévention et du contrôle des infections du milieu de soins. Les professionnels de la prévention et du contrôle des infections du milieu de soins transmettront le nom de ces visiteurs au BSP à des fins de contacts éventuels.
- Les professionnels de la prévention et du contrôle des infections des milieux de soins conserveront un journal des visiteurs, qui sera mis à la disposition du BSP au besoin.
- Les BSP seront chargés de déterminer les précautions à prendre et de retracer les personnes à contacter. L'évaluation médicale de ces personnes devrait être coordonnée par l'entremise du BSP.

4. Santé et sécurité au travail

4.1 GÉNÉRALITÉS

Conformément à la LSST, les organisations qui emploient des fournisseurs de soins de santé ont l'obligation de prendre toutes les précautions nécessaires pour protéger ces travailleurs. Aux termes du *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé*, les employeurs situés dans des établissements de soins de santé ont le devoir d'établir des mesures et procédures pour protéger les travailleurs, y compris en matière de prévention et de contrôle des infections.

On s'attend à ce que les employeurs du domaine des soins de santé maintiennent des environnements de travail favorables à la santé. Ces employeurs doivent, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité du milieu de travail, mettre sur pied des mesures et procédures adéquates et fournir une formation pertinente aux travailleurs.

Dans les environnements où l'on traite des personnes ayant des maladies infectieuses, il pourrait être possible de réduire ou de contrôler les risques des patients, visiteurs et membres du personnel, mais pas de les éliminer. Cependant, les milieux de soins de santé devraient prendre des mesures pour protéger les travailleurs et réduire de façon significative les risques de transmission associés à la prestation de soins.

Tous les milieux de soins de santé devraient promouvoir activement la collaboration entre le service de santé et de sécurité au travail et l'équipe de PCI pour mettre en œuvre et maintenir des normes appropriées de PCI qui protègent les travailleurs. Toutes les politiques et mesures de protection relatives à la PCI doivent se conformer à la *LSST, L.R.O. 1990, chap. O.1* et ses règlements, et à toutes autres mesures législatives pertinentes.

Aux termes de la LSST, les fournisseurs de soins de santé doivent employer ou porter le matériel et les appareils ou vêtements de protection exigés par l'employeur.

Les milieux de soins s'assureront que l'ÉPI approprié est disponible et facilement accessible, et que les membres du personnel ont reçu une formation sur son utilisation.

4.2 ÉDUCATION, FORMATION ET SUPERVISION

Les milieux de soins de santé ont l'obligation d'élaborer, de mettre sur pied et de fournir aux travailleurs des programmes de formation et de sensibilisation relatifs aux mesures et procédures de santé et de sécurité pertinentes compte tenu de leurs responsabilités, et devraient fournir des activités de formation et de sensibilisation sur les pratiques de PCI fondées sur des données probantes. L'éclosion du SRAS a démontré que la formation et l'éducation sont des mesures importantes de réduction de la transmission^{15,16}.

Les organisations de soins de santé devraient avoir adopté des plans d'éducation juste-à-temps du personnel en cas d'éclosion du nouvel agent respiratoire.

Dans le cas d'une éclosion de nouvelle infection respiratoire, les milieux de soins de santé devraient fournir des programmes d'éducation qui incluent :

- les caractéristiques de la maladie, y compris les symptômes

- le niveau de risque au sein de la collectivité et du milieu de soins de santé
- le plan d'intervention du milieu de soins pour éliminer la nouvelle infection
- de l'information sur les pratiques de protection appropriées, dont le respect strict de l'hygiène des mains pour minimiser les risques de transmission, et l'importance des pratiques de PCI de base et des précautions supplémentaires à prendre pour prévenir la transmission d'infection durant la prestation de soins de santé dans tous les milieux de soins
- l'utilisation appropriée de l'ÉPI
- les fondements scientifiques des recommandations en matière de pratiques de protection
- tous les changements aux pratiques de protection qui pourraient être apportés à mesure que l'on en connaît davantage sur la nouvelle infection.

Tous les milieux de soins de santé offriront une supervision et des mesures de soutien appropriées au personnel durant une éclosion de nouvelle infection respiratoire.

4.3 DÉPISTAGE AU SEIN DE PERSONNEL

Les milieux de soins de santé doivent aviser tout le personnel d'effectuer l'autodépistage à la maison. Les membres du personnel qui ont des symptômes d'infection respiratoire aiguë ne doivent pas se présenter au travail et doivent faire part de leurs symptômes au service de santé et de sécurité au travail.

Les milieux de soins de santé où s'est produite une exposition au nouvel agent ou la transmission du nouvel agent doivent adopter des mesures de dépistage actif du personnel.

4.4 DOTATION EN PERSONNEL

La dotation en personnel sera déterminée en fonction du comportement et de la transmissibilité du nouvel agent. Le personnel des milieux où aucune exposition au nouvel agent ne s'est produite pourrait travailler dans d'autres milieux où aucune exposition au nouvel agent ne s'est produite ou dans des zones non touchées de milieux où une exposition au nouvel agent s'est produite.

Les membres du personnel qui ont travaillé dans une unité de soins touchée mais qui n'ont pas été directement exposés doivent être regroupés en cohorte dans l'unité et être évalués activement au quotidien pour dépister tout signe ou symptôme d'infection.

Pour déterminer le degré d'exposition du personnel à un patient ayant développé une nouvelle infection respiratoire, une évaluation des risques sera menée par un professionnel de la prévention et du contrôle des infections, de la santé au travail ou de la santé publique. Cela déterminera le degré requis de suivi et de surveillance du travailleur, le cas échéant.

Seul le personnel essentiel peut travailler dans des zones touchées par une ou plusieurs expositions. Ces membres du personnel doivent travailler dans les zones touchées seulement et non dans d'autres milieux de soins.

Les membres du personnel qui ont eu une exposition directe au nouvel agent respiratoire, ou qui font partie du même ménage qu'une personne exposée, seront renvoyés à la maison et le BSP sera informé de la situation. Ces membres du personnel recevront des directives sur les mesures de précaution à prendre, comme l'utilisation d'ÉPI. Au minimum, ils devront effectuer l'autosurveillance de leurs symptômes,

demeurer à leur domicile pendant toute la période d'incubation (si elle est connue) et aviser le service de santé et de sécurité au travail et le BSP s'ils développent des symptômes. Le personnel devra consulter le service de santé et de sécurité au travail avant de reprendre le travail. Les précautions seront maintenues au domicile jusqu'à ce que la période de transmissibilité, si elle est connue, soit terminée ou que les symptômes se soient résorbés.

S'il s'agit d'une infection respiratoire hautement transmissible, il pourrait être interdit au personnel non essentiel (p. ex. bénévoles, chercheurs, consultants, entrepreneurs en construction, personnel de livraison, messagers, employés de boutique) d'accéder aux zones où se trouvent des cas de nouvelle infection respiratoire.

Les composantes de l'exposition ayant trait à la distance et à la durée peuvent changer à mesure qu'évoluent les connaissances sur l'épidémiologie de la nouvelle maladie.

4.5 PRATIQUES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS AU SEIN DU PERSONNEL

Tous les milieux de soins de santé feront la promotion active des pratiques de PCI appropriées, et tous les membres de leur personnel les adopteront (Voir la [Section 3](#)).

Les membres du personnel qui ne se sentent pas bien et pourraient infecter d'autres personnes doivent en aviser leur superviseur ou les gestionnaires appropriés et se retirer du milieu de travail. Le service de santé et de sécurité au travail doit être avisé. Il effectuera un suivi de la situation, documentera la maladie, enquêtera sur toute exposition possible en milieu de travail et planifiera une évaluation médicale, au besoin.

Les travailleurs qui deviennent malades au travail devront en informer leur superviseur et quitter le travail. Ils doivent également faire l'objet d'une évaluation ou d'un suivi par le service de santé et de sécurité au travail. Les gestionnaires ou superviseurs qui croisent au travail des membres du personnel chez qui on soupçonne une IRA doivent les acheminer vers le service de santé et de sécurité au travail et (ou) les renvoyer à la maison.

Si des symptômes débutent au travail, le membre du personnel doit retourner à la maison.

5. Déclaration

Les procédures de déclaration devraient être conçues de façon à s'assurer que les milieux de soins de santé et autorités de la santé publique détiennent l'information dont ils ont besoin pour prévenir l'infection au nouvel agent et en contrôler la transmission.

- Un cas confirmé d'infection respiratoire aiguë constitue un événement sentinelle et doit immédiatement être signalé au BSP local.
- La déclaration des éclosions de maladie respiratoire infectieuse qui se produisent dans un établissement de soins est obligatoire en Ontario. Pour obtenir de plus amples renseignements en ce qui concerne les milieux de soins de longue durée, consulter le document *Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Tout cas, même unique, de nouvelle infection respiratoire dont on soupçonne ou on a confirmé la transmission dans le milieu de soins doit être considéré comme une éclosion.

Dans le cas d'une éclosion de nouvel agent respiratoire, les exigences de déclaration au ministère de la Santé qui ont trait à la prestation de soins (p. ex. la capacité) pourraient être différentes des exigences de déclaration au BSP, lesquelles portent sur des renseignements spécifiques en lien avec le patient. Ces déclarations devraient passer par le système de gestion des incidents de l'établissement.

5.1 DÉCLARATION DES CAS À L'ÉQUIPE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le personnel clinique doit rapidement aviser l'équipe de PCI de tous les cas ou grappes de cas d'infection respiratoire aiguë chez les clients/patients/résidents dès qu'il en prend conscience ou que les mesures de surveillance quotidienne indiquent leur présence.

Le service de santé et sécurité au travail avisera l'équipe de PCI de tout cas ou de toute grappe d'infection respiratoire chez les membres du personnel.

5.2 DÉCLARATION DES CAS AU SERVICE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Les membres du personnel qui développent des symptômes d'infection respiratoire doivent le signaler au service de santé et sécurité au travail ou à son délégué. Les milieux de soins de santé sont également tenus de déclarer toute infection acquise en milieu de travail au CMSS ou à son délégué, ainsi qu'au syndicat le cas échéant.

L'équipe de PCI avisera le service de santé et de sécurité au travail de tout cas ou de toute grappe d'infection respiratoire chez les clients/patients/résidents ou le personnel.

5.3 DÉCLARATION DES CAS AUX BUREAUX LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Tous les milieux de soins de santé doivent immédiatement signaler aux bureaux locaux de santé publique :

- tout cas soupçonné ou confirmé d'infection au nouvel agent chez un client/patient/résident

- tout cas soupçonné ou confirmé d'infection au nouvel agent chez le personnel
- toute exposition possible de visiteurs ou de membres du personnel à un cas soupçonné ou confirmé d'infection au nouvel agent dans le milieu de soins de santé.

La déclaration des cas au BSP sera effectuée au moyen d'une méthode standard fournie par le BSP.

5.4 DÉCLARATION DES CAS AU MINISTÈRE DU TRAVAIL

Les milieux de soins de santé déclareront par écrit tout cas d'infection acquise au travail au ministère du Travail au plus tard quatre jours après en avoir été avisés, conformément à la LSST.

5.5 DÉCLARATION DES CAS À LA COMMISSION DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les milieux de soins de santé doivent aviser la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) de tout cas d'infection de source professionnelle au sein du personnel dans les 72 heures suivantes.

Annexe A : Ressources en prévention et contrôle des infections

1. Santé publique Ontario

1.1 COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (CCPMI)

- [Liste des documents sur les pratiques exemplaires](#)
- [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)
- [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](#)
- [Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé](#)
- [Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé](#)

1.2 LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO (LSPO)

- [Coordonnées des laboratoires](#)
- [Information sur les analyses de laboratoire](#) (en anglais)

1.3 BUREAUX RÉGIONAUX DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

- [Coordonnées des Bureaux régionaux de prévention et de contrôle des infections](#)

2. Ministère de la Santé

- [Site Web](#) où seront publiées toutes les recommandations concernant des agents spécifiques :
- [Localisateur de bureau de santé publique](#)
- [Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018](#)

3. Ministère du Travail

- [Site Web](#) principal du ministère du Travail

4. Ministère du Solliciteur général

- [Gestion des urgences Ontario](#)

5. Agence de la santé publique du Canada

- [Conseils de santé aux voyageurs](#)

6. Organisation mondiale de la Santé

- [Flambées épidémiques](#)
- [Alerte et actions au niveau mondial](#)
- [Global Infection Prevention and Control Network \(GIPC Network\)](#)

Annexe B : Liste de vérification des préparatifs à faire en vue de la prévention et du contrôle des nouvelles infections respiratoires

Tableau 2 : Préparatifs avant l'arrivée du premier patient aux prises avec une nouvelle infection respiratoire

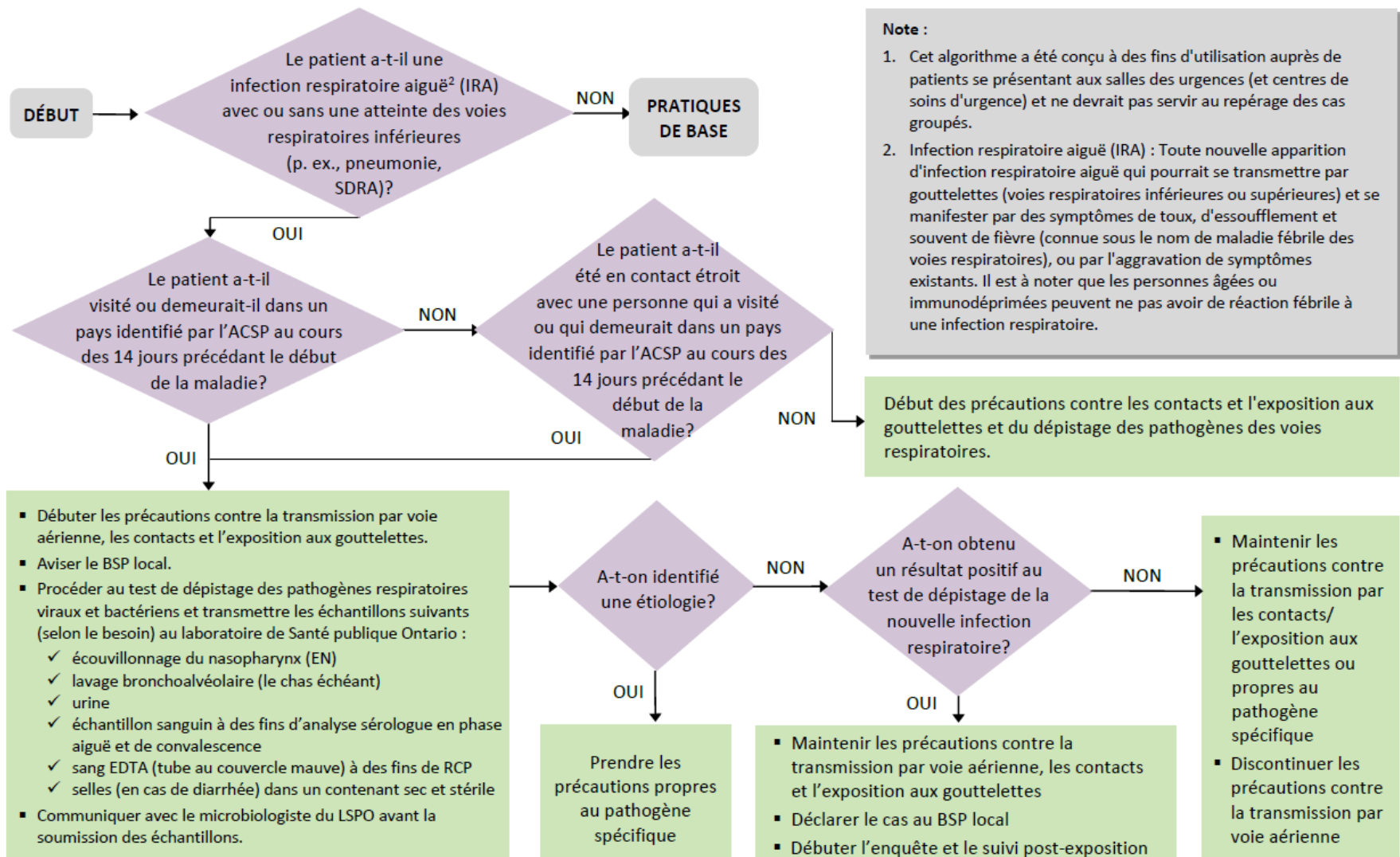
Domaine	Élément
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déterminer quelle unité sera responsable d'effectuer le suivi de l'information sur les pathogènes des voies respiratoires ou autres pathogènes émergents.
Formation	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Veiller à ce que les membres du personnel des salles des urgences (SU) connaissent les critères de détection de l'exposition et des signes cliniques et obtiennent de l'information à jour sur les définitions de cas et le suivi des séjours à l'extérieur du pays <input type="checkbox"/> Songer à vérifier les mesures de dépistage utilisées par les SU au moment du triage <input type="checkbox"/> Fournir des renseignements aux fournisseurs de soins de santé (surtout le personnel infirmier, les médecins, les inhalothérapeutes; attention particulière aux SU et unités de soins intensifs (USI)) sur les précautions à prendre auprès de patients chez qui on soupçonne ou on a confirmé une nouvelle infection respiratoire
État de préparation des laboratoires	<p>Établir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un système de déclaration de cas soupçonnés aux laboratoires <input type="checkbox"/> un mécanisme de déclaration des cas soupçonnés et de livraison rapide d'échantillons au laboratoire de Santé publique Ontario <input type="checkbox"/> un système de communication des résultats aux employés et services pertinents; un résultat positif indiquant une nouvelle infection respiratoire devrait être jugé critique <input type="checkbox"/> des protocoles de sécurité pour le personnel de laboratoire qui manipulera les échantillons
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tracer les grandes lignes d'un plan de communication relatif à l'admission d'un cas confirmé/soupçonné
Planification	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Élaborer un plan de gestion des patients (voir ci-après) <input type="checkbox"/> Passer en revue/mettre à jour le plan deux fois par année si le CMSST ou le représentant de la santé et la sécurité décide que des révisions sont nécessaires ou s'il survient un changement de circonstance ou de connaissances relatives à l'agent qui peut toucher la santé ou la sécurité d'un fournisseur de soins
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Envisager de participer aux enquêtes visant à décrire les caractéristiques cliniques et l'épidémiologie des cas, et à examiner les nouveaux traitements possibles (p. ex. isaric.tghn.org).

Tableau 3 : Plan de gestion d'un patient aux prises avec une nouvelle infection

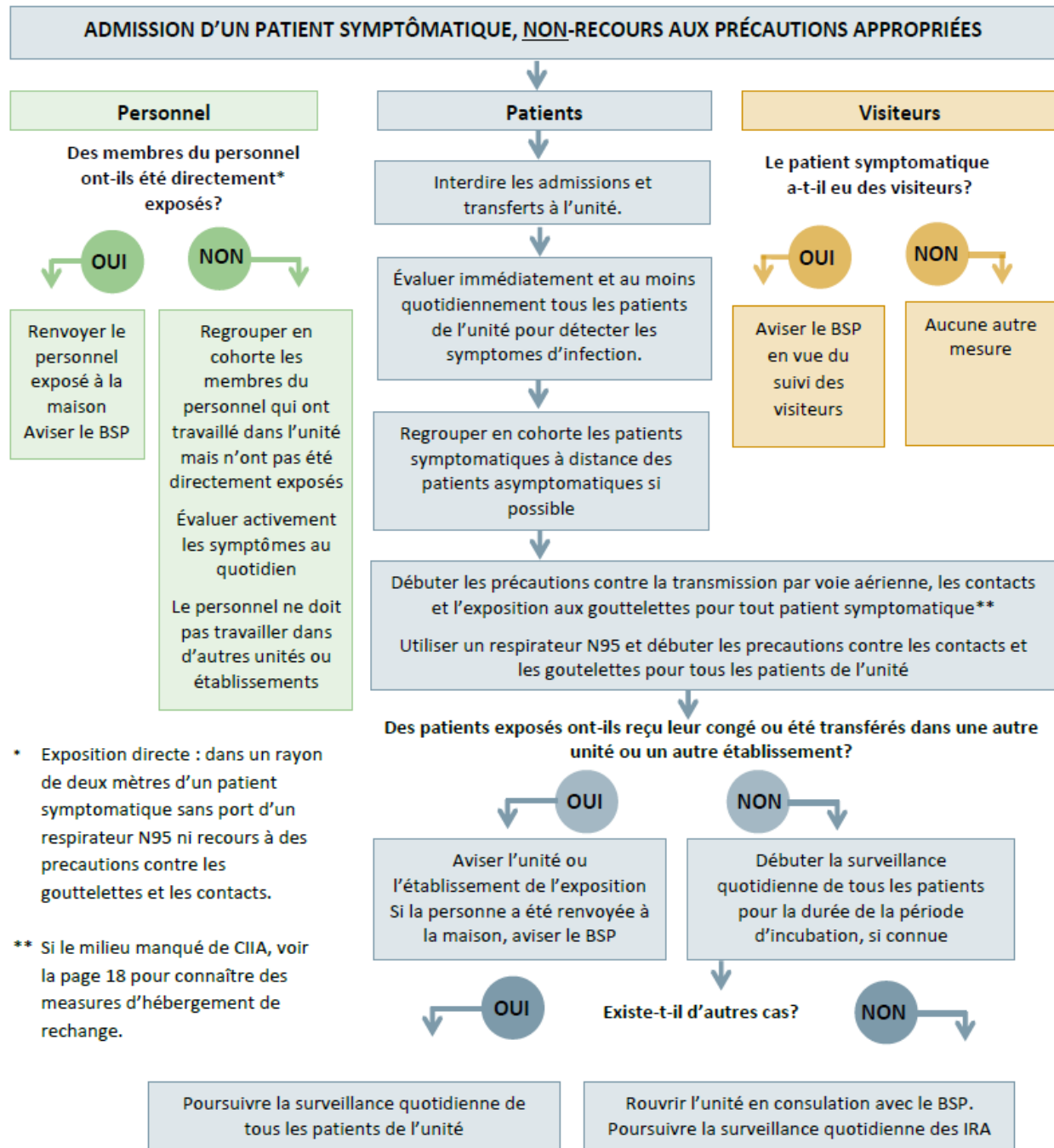
Domaine	Élément
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifier une salle appropriée aux SU où installer les patients soupçonnés d'avoir contracté une nouvelle infection <input type="checkbox"/> Établir un calendrier de transfert des patients de la SU à une unité de soins si l'admission est requise
Précautions supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Placer les patients dans une chambre d'isolement des infections à transmission aérienne (CIITA) si possible <input type="checkbox"/> Veiller à ce que des mesures et procédures soient en place pour assurer le bon fonctionnement des CIITA <input type="checkbox"/> Faire en sorte que les fournisseurs de soins de santé prennent des précautions contre les contacts, l'exposition aux gouttelettes et la transmission par voie aérienne (c'est-à-dire, porter une blouse, des gants, une protection oculaire et un respirateur N95) <input type="checkbox"/> Faire en sorte que les patients portent un masque chirurgical durant le transport, s'ils le tolèrent <input type="checkbox"/> Veiller à ce que des précautions soient prises dès qu'on soupçonne un cas et qu'elles soient maintenues jusqu'à ce que l'équipe de PCI, ou une personne désignée par celle-ci, donne son accord à leur abandon
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documenter le processus établi pour déterminer qu'un patient satisfait à la définition de cas et doit faire l'objet d'un dépistage <input type="checkbox"/> Songer à mettre à la disposition du personnel l'information requise pour lui rappeler les précautions à suivre au moment de prélever des échantillons <input type="checkbox"/> Documenter le processus et les documents requis en vue du transport et de l'analyse rapides des échantillons pertinents
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documenter le processus visant à informer le BSP local et le LSPO <input type="checkbox"/> Documenter le processus visant à informer les parties internes nommées dans le plan (p. ex. haute direction, équipe de santé au travail, équipe de PCI, équipe des communications, laboratoire de microbiologie)
Éducation/formation	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Établir des mécanismes de mise à jour des renseignements dont dispose l'établissement relativement au statut de la nouvelle infection respiratoire (p. ex. lignes directrices du ministère de la Santé) <input type="checkbox"/> Déterminer quel matériel sera requis (p. ex. foires aux questions pour le personnel des urgences et unités de soins intensifs; courriel aux cadres supérieurs; information visant à rassurer le personnel qui manipulera les échantillons) et qui sera responsable de le préparer et d'en revoir le contenu <input type="checkbox"/> Déterminer quels services hospitaliers pourront prodiguer des soins ou des services diagnostiques aux patients, et obtenir de l'information (p. ex. services infirmiers, d'inhalothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie, de nutrition, d'imagerie diagnostique, de soins pastoraux, de laboratoire, de pharmacie, de bénévoles et de sécurité); limiter la pratique d'IMGA au personnel essentiel <input type="checkbox"/> Déterminer quels employés de sous-traitants et d'organismes externes pourraient être exposés (p. ex. services médicaux d'urgence, autres intervenants de première ligne, services de soins à domicile)

	<input type="checkbox"/> En collaboration avec le bureau local de santé publique, préparer des messages/de l'information à l'intention des familles et visiteurs
Suivi en matière de transmission de l'infection	<input type="checkbox"/> Consulter le bureau local de santé publique relativement à l'évaluation des risques et élaborer un plan de suivi du personnel et des visiteurs exposés à l'agent <input type="checkbox"/> Documenter le processus de signalement des cas au bureau local de santé publique à des fins de dépistage et de gestion des cas d'exposition extra-hospitalière <input type="checkbox"/> Confirmer les directives de suivi du personnel et des patients (p. ex. ministère de la Santé, ASCP, Organisation mondiale de la Santé)

Annexe C : Algorithme de dépistage des nouvelles infections respiratoires et de gestion des patients atteints



Annexe D : Algorithme d'intervention auprès des patients symptomatiques admis dans un milieu de soins de santé sans recours aux précautions appropriées



Bibliographie

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé, 3^e édition*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-ipac-hc-settings.pdf?la=fr>.
2. 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*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr>.
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA)*. Annexe aux *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/aros-screening-testing-surveillance.pdf?la=fr>.
4. 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 dans tous les établissements de soins de santé*. Annexe aux *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-prevention-transmission-ari.pdf?la=fr>.
5. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Annexe C : Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé*. Annexe aux *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/cdiff-testing-surveillance-management.pdf?la=fr>.
6. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique, 1^{re} révision*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-clinical-office-practice.pdf?la=fr>.
7. 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, 4^e édition*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-hand-hygiene.pdf?la=fr>.

8. Santé publique Ontario [Internet]. *Lavez-vous les mains*, programme ontarien d'hygiène des mains fondé sur des données probantes. Publié en 2008. [cité le 3 février 2020] Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/hand-hygiene>.
9. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins, 3^e édition*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-cleaning-disinfection-sterilization-hcs.pdf?la=fr>.
10. 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 du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3^e édition*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-environmental-cleaning.pdf?la=fr>.
11. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Disponible à l'adresse : www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07.
12. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. O.1. Disponible à l'adresse : www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01.
13. *Règlement sur la sécurité des aiguilles*, Règl. de l'Ont. 474/07. Disponible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/070474>.
14. Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Disponible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/RESP_Infectn_ctrl_guide_LTC_2018_fr.pdf.
15. Moore D, Gamage B, Bryce E, Copes R, Yassi A. Protecting health care workers from SARS and other respiratory pathogens: organizational and individual factors that affect adherence to infection control guidelines. *Am J Infect Control*. 2005;33(2):88-96.
16. Ofner-Agostini M, Gravel D, McDonald LC, Lem M, Sarwal S, McGeer A, et al. Cluster of cases of severe acute respiratory syndrome among Toronto healthcare workers after implementation of infection control precautions: a case series. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006;27(5):473-8.

Santé publique Ontario

480, avenue University, bureau 300
Toronto, Ontario
M5G 1V2

647.260.7100

ipac@oahpp.ca

www.santepubliqueontario.ca

