

AVIS SCIENTIFIQUE

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins

CONTEXTE ET DONNÉES

L'émergence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2002 s'est traduite par une épidémie dont la transmission est, heureusement, actuellement déclarée interrompue (Organisation Mondiale de la Santé, annonce faite le 5 juillet 2003). Cependant, la possibilité d'une résurgence du SRAS constitue quand même une menace globale de santé publique dont les répercussions médicales (hospitalières et communautaires) pourraient être considérables puisque sa gravité est significative : sa létalité globale atteint 10 à 15 % (mais elle est de plus de 50 % chez les patients âgés de 65 ans et plus) et sa morbidité est importante (ex. : insuffisance respiratoire, séjour prolongé à l'hôpital). La transmission nosocomiale de l'agent étiologique, le Coronavirus-SRAS (CoV-SRAS), en milieu de soins et sa facilité à infecter des travailleurs de la santé, d'autres patients hospitalisés et même des visiteurs soulignent l'importance d'appliquer consciencieusement et en tout temps les mesures reconnues de prévention des infections (Abdullah et autres 2003, JAMC 2003, Varia et autres 2003).

Les éclosions annuelles d'influenza et de gastroentérites virales mettent aussi en lumière la facilité d'introduction et la rapidité de transmission de certains virus en milieu de soins, en particulier en milieu gériatrique ou pédiatrique (Fichier éclosions INSPQ/LSPQ). Ces éclosions fréquentes combinées à la menace d'une pandémie d'influenza, d'infections en émergence ou d'une résurgence du SRAS (associées à la rapidité des transports de passagers) nous sensibilisent aussi au problème de l'introduction et de la transmission des infections en milieu de soins.

Tout comme cela avait été le cas pour l'infection par le VIH et les autres infections transmissibles par le sang dans les années 80, ces réalités nous forcent à revoir nos mesures préventives et à les adapter de façon à être mieux préparés à répondre à de nouvelles menaces en milieu de soins. **La stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins est détaillée dans les prochaines sections et illustrée dans l'algorithme décisionnel 1 à la page 14 du présent document.** Cette stratégie comporte (1) des mesures usuelles à consolider et (2) certaines nouvelles mesures à instaurer selon le contexte épidémiologique.

MESURES USUELLES À CONSOLIDER

Plusieurs mesures préventives usuelles, rappelées ci-dessous, doivent faire l'objet d'une attention particulière en milieu de soins (DGSPSP 1996, DGSPSP 1998, DGSPSP 1999, HICPAC 1996, CDC 1994, CDC 1994a).

- **Mesures d'hygiène et pratiques de base en milieu de soins**

Les mesures simples d'hygiène, notamment le lavage des mains, devraient être appliquées couramment et, tout particulièrement, en milieu de soins. Diverses stratégies, telles que fournir des informations appropriées et rendre disponible des postes de lavage des mains ou des distributeurs de rince mains antiseptique, ont été proposées pour améliorer l'adhésion au lavage des mains (DGSPSP 1998, DGSPSP 2002). L'application soignée de mesures d'hygiène peut certainement contribuer à réduire le risque de transmission d'infection en milieu de soins (DGSPSP 1998, HICPAC 1996). **L'encadré 1**, présenté à la page 10, fournit une liste de mesures d'hygiène qui peuvent être appliquées, par exemple, à l'urgence, en clinique externe ou à l'étage en milieu hospitalier et proposent quelques moyens qui peuvent faciliter leur application en milieu de soins.

Les pratiques de base doivent être intégrées en tout temps aux soins courants dispensés à tous les patients en milieu de soins. Ces pratiques précisent les modalités (1) du lavage et de l'antisepsie des mains, (2) du port de gants, (3) du port de masque, (4) du port de lunettes protectrices et de l'écran facial, (5) du port de la blouse, (6) de l'hébergement, (7) de l'équipement servant aux soins des patients et (8) du contrôle de l'environnement. Les pratiques de base à appliquer dépendent du risque de contamination lors des gestes médicaux ou infirmiers prodigués au patient. Par exemple, les pratiques de base prévoient entre autres qu'il faut porter un masque et des lunettes protectrices ou un écran facial pour protéger les muqueuses du visage pendant toute intervention de soins aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang ou de liquides organiques comme lors d'une réanimation cardiorespiratoire ou d'une intubation (DGSPSP 1999).

Note : Les pratiques de base sont définies pour les soins actifs, les soins prolongés, les soins ambulatoires et les soins à domicile et sont décrites dans un document publié par Santé Canada (DGSPSP 1999).

- **Précautions additionnelles selon le tableau clinique**

Avant qu'un diagnostic étiologique ne soit posé, il est important que le personnel soignant applique des précautions additionnelles selon le tableau clinique du patient qui consulte, notamment en milieu hospitalier (DGSPSP 1999, DGSPSP 2002) (pour plus de détails, le lecteur peut consulter le tableau récapitulatif *Caractéristiques de transmission et précautions empiriques selon le tableau clinique : recommandations pour les établissements de soins actifs* aux pages 93 à 101 de la référence DGSPSP 1999). Préférentiellement, les précautions additionnelles selon le tableau clinique devraient être appliquées pour tout patient, incluant les patients « admis ou en investigation » à l'urgence. Dans ce contexte, la décision d'appliquer ces précautions dépend du mode de transmission associé aux symptômes du patient ou selon son diagnostic présumé. Le personnel se protégera et protégera d'autant mieux les autres patients si un patient est identifié rapidement comme à risque de propager une infection selon un mode de transmission déjà ciblé. Par exemple, les précautions additionnelles selon le tableau clinique peuvent comprendre le placement d'un patient en chambre à pression négative si, par exemple, une tuberculose infectieuse ou une varicelle est

présumée. **L'encadré 2**, placé à la page 11, résume les précautions additionnelles selon le tableau clinique pour un patient qui présente de la fièvre et de la toux (DGSPSP 1999). Le **tableau 1**, placé à la page 13, présente les précautions additionnelles selon le tableau clinique à mettre en place selon les symptômes présentés (fièvre et toux, diarrhée ou vomissements non contrôlés) par les patients à la salle d'urgence.

- **Précautions additionnelles selon le diagnostic étiologique**

Une fois le diagnostic étiologique précisé chez un patient admis ou en investigation, on doit réévaluer la nécessité de recourir aux précautions additionnelles mises en place sur la foi du tableau clinique. Il est important de noter que, dans un établissement de soins actifs, les pratiques de base ou les précautions additionnelles requises devraient être appliquées peu importe l'endroit où se trouve ce patient diagnostiqué (ex. : à l'urgence, à l'étage) (DGSPSP 1996, DGSPSP 1999).

Note : Les précautions additionnelles contre la transmission aérienne, par contact ou par gouttelettes sont définies et décrites selon qu'il s'agit de soins actifs, de soins prolongés, de soins ambulatoires ou de soins à domicile dans un document publié par Santé Canada (DGSPSP 1999) (le lecteur peut aussi consulter le tableau récapitulatif *Caractéristiques de transmission et précautions selon l'étiologie précise : recommandations pour les établissements de soins actifs* aux pages 102 à 126 de la même référence).

NOUVELLES MESURES À INSTAURER SELON LE CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE
--

De nouvelles mesures préventives ont été proposées pour réduire le risque de propagation d'infections en milieu de soins (OMS 2003, CDC 2003, DGSPSP 1999, DGSPSP 2002). Ces mesures devraient être appliquées :

- en période de transmission d'infections respiratoires (ex. : influenza, virus respiratoire syncytial);
- en période de transmission de gastro-entérites (ex. : norovirus, rotavirus);
- en période de résurgence du SRAS dans le monde;
- ou dans toute autre situation épidémiologique, selon le jugement du personnel en prévention des infections.

Les sections suivantes décrivent ces nouvelles mesures préventives.

- **Étiquette pour tout patient fébrile* avec de la toux**

Plusieurs virus respiratoires (ex. : influenza, adénovirus, virus respiratoire syncytial, métapneumovirus, parainfluenza) partagent des caractéristiques de transmission avec, entre autres, le CoV-SRAS et peuvent aussi être fréquemment transmis en milieu de soins (Musher 2003). D'ailleurs, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) supposent que l'adhésion de tout patient présentant de la fièvre et de la toux à l'étiquette « respiratoire » dès son arrivée en milieu de soins puisse réduire le risque de transmission à partir de patients infectés par le CoV-SRAS mais non reconnus comme tels, et prévenir la propagation d'agents pathogènes respiratoires plus communs (CDC 2003). Pour implanter la pratique de l'étiquette pour le patient présentant de la fièvre et de la toux, il est nécessaire de mettre en place un

* Un patient est considéré comme fébrile si la température est plus grande ou égale à 100,4 °F ou 38,2 °C ou s'il rapporte s'être senti fiévreux dans les dernières 48 heures.

ensemble de mesures décrites dans l'encadré 3, placé à la page 12. L'application de l'étiquette « respiratoire » devrait être proposée à tout patient fébrile avec de la toux qui pénètre en milieu de soins (ex. : salle d'attente en clinique médicale, en CLSC, en salle d'urgence, en milieu hospitalier) (OMS 2003a, CDC 2003, HKHA 2003).

Par ailleurs, le *Mycobacterium tuberculosis* peut se transmettre par voie aérienne (aérosol) et l'identification d'un patient infecté et contagieux peut permettre d'éliminer le risque de transmission par une application rapide des autres mesures appropriées (Frieden et autres 2000, NIOSH 1996).

- **Précautions additionnelles selon le tableau clinique : mesure élargie aux adultes présentant de la fièvre et de la toux**

Les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact sont recommandées d'emblée pour tout enfant présentant de la fièvre et de la toux, admis ou en investigation à l'urgence d'un établissement pédiatrique (DGSPSP 1999). Selon le contexte épidémiologique ou le jugement du personnel de prévention des infections, ces précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact[†] devraient aussi être appliquées à tout adulte présentant de la fièvre et de la toux dès l'admission ou s'il y a investigation à l'urgence.

- **Situation épidémiologique particulière requérant un triage rapide ou un pré triage**

Le **triage rapide** est une évaluation sommaire des motifs de consultation de tout patient dès son entrée en milieu de soins. Le plus souvent, le triage est effectué par une infirmière. En période d'affluence (ex. : durant le pic d'activité des virus respiratoires, en période d'éclosion), à cause du délai entre l'entrée du patient en milieu de soins et le moment de son évaluation au triage, il peut être nécessaire d'établir un **pré triage** qui permet de cibler rapidement certaines clientèles particulières (ex. : patient qui présente de la fièvre et de la toux) afin de prendre rapidement certaines mesures (ex. : étiquette «respiratoire», précautions selon le tableau clinique). Le pré triage pourra être effectué par une infirmière ou par un membre formé du personnel selon la situation épidémiologique qui prévaudra.

Le SRAS a mis en relief l'importance d'être vigilant et d'appliquer de façon précoce des mesures de prévention des infections comme l'instauration d'un triage rapide des patients ayant de la fièvre et de la toux qui se présentent en milieu de soins (Skorowski 2003). En effet, le triage rapide des patients en milieu de soins ou un pré triage en période d'affluence peut permettre :

- d'identifier rapidement les patients infectieux;
- d'instaurer rapidement les mesures de prévention appropriées dès l'entrée de ces patients dans un milieu de soins;
- d'empêcher la transmission d'agents infectieux aux autres patients présents en milieu de soins (ex. : salle d'attente de l'urgence) ou aux membres du personnel soignant.

Les États-Unis ont déjà inclus des mesures spécifiques de triage rapide pour tout patient se présentant avec de la fièvre et de la toux en milieu de soins selon les recommandations du programme global de prévention des maladies infectieuses d'origine respiratoire comme pour la tuberculose (NIOSH 1995, HICPAC 1996). D'ailleurs, les CDC recommandent toujours qu'un patient vu dans une salle d'urgence, qui présente de la fièvre et de la toux (surtout si le

[†] Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

patient est symptomatique depuis deux semaines), soit placé dans une pièce isolée ou porte un masque pour protéger d'une éventuelle tuberculose, les autres patients ou les travailleurs de la santé. Une expérience canadienne laisse penser que la vigilance et une application précoce de mesures préventives dès l'arrivée d'un patient malade en milieu de soins (ex. : précautions additionnelles selon le tableau clinique comportant, entre autres, masque de type chirurgical ou de procédure au patient et isolement) a pu contribuer à empêcher la transmission secondaire du CoV-SRAS à Vancouver (Skowronski 2003). Une approche comparable, basée sur le triage rapide des patients et l'application de l'étiquette « respiratoire », est reprise dans la dernière version du guide américain de prévention du SRAS (CDC 2003) de même que dans les conseils en matière de lutte contre l'infection nosocomiale de l'OMS (OMS 2003a).

Au Québec, des modalités de triage rapide appliquées afin d'évaluer le risque infectieux de tout patient, sont déjà implantées par plusieurs milieux pédiatriques ou adultes de certaines régions fortement sensibilisés à cette réalité. **Un système de pré triage devrait être mis en place si le triage rapide est difficilement applicable en période d'affluence à l'urgence comme :**

- **en période d'écllosion d'infections respiratoires (ex. : influenza);**
- **en période d'écllosion de gastro-entérites (ex. : norovirus);**
- **en période de résurgence du SRAS dans le monde;**
- **ou dans toute autre situation épidémiologique, selon le jugement du personnel en prévention des infections.**

En contexte d'écllosion, il serait essentiel d'identifier une ressource pour effectuer le pré triage durant les heures d'affluence. Durant les heures de moindre achalandage, le triage rapide pourrait être suffisant.

En pratique, la considération suivante devrait guider l'approche adoptée par un milieu de soins :

- **Tout patient sera jugé à risque de transmettre une infection en milieu de soins ou même d'avoir le potentiel de produire une écllosion en établissement, s'il présente :**
 - **de la fièvre accompagnée de toux;**
 - **de la diarrhée ou des vomissements incontrôlables présumés de cause infectieuse;**
 - **d'autres symptômes** tels que déterminés par le médecin, le service de prévention des infections d'un établissement ou par les autorités de santé publique selon la situation épidémiologique (ex. : menace de résurgence du SRAS, nouvelle souche d'influenza, écllosion de méningite ou d'encéphalite, écllosion de gastro-entérite dans un établissement ou dans la région).

Par conséquent, il serait utile en tout temps :

- Que tout patient (ainsi que toute personne qui l'accompagne ou le visite) qui se présente en milieu de soins soit invité à se laver les mains.
- Que tout patient soit sensibilisé aux mesures préventives et d'hygiène qui réduisent les risques de transmission en milieu de soins (ex. : affiches ou dépliants avec pictogrammes sur le lavage des mains).
- Que tout patient soit, dès son arrivée, questionné sur la présence ou non de **fièvre** (ou de symptômes la suggérant) **et de toux**, tout particulièrement durant la période saisonnière de recrudescence ou d'activité (ex. : influenza) (Santé Canada 2003).

De plus, selon la situation épidémiologique, il pourra être nécessaire pour tout patient présentant de la fièvre avec toux ou d'autres symptômes :

- **Qu'un questionnaire épidémiologique comportant des questions supplémentaires soit instauré au moment du triage rapide ou du pré triage dans le but de détecter rapidement un patient potentiellement infecté et de prendre les précautions additionnelles requises selon le diagnostic suspecté** (ex. : si l'on désire en milieu de soins détecter rapidement un patient infecté par le CoV-SRAS, il sera nécessaire, en présence d'un patient présentant de la fièvre et de la toux, de vérifier si ce patient a séjourné au cours des deux dernières semaines dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence du SRAS ou s'il y a histoire d'un contact avec un voyageur atteint d'une maladie respiratoire sévère).
- Que le patient identifié à risque au triage rapide ou au pré triage selon les critères qui précèdent, soit évalué par une autorité compétente (ex. : infirmière du triage). Pour plus de détails, **l'encadré 2** à la page 11, **l'encadré 3** à la page 12, **le tableau 1** à la page 13 et **l'algorithme décisionnel 2** de la page 15 peuvent être consultés.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu du contexte et des données présentées précédemment, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) est d'avis :

- Que les **mesures d'hygiène** en milieu de soins soient renforcées (voir **l'encadré 1** à la page 10). La disponibilité de salles de bain avec lavabos, bien équipées, approvisionnées régulièrement et nettoyées fréquemment doit être favorisée, et au besoin, installer des distributeurs de rince mains antiseptique ou fournir des serviettes antiseptiques dans des lieux stratégiques.
- Que les **pratiques de base** soient intégrées en tout temps aux soins courants dispensés à tous les patients en milieu de soins (pour plus de détails, voir le document de Santé Canada [DGSPSP 1999]).
- Que les **précautions additionnelles selon le tableau clinique**, soient mises en place et appliquées rigoureusement en milieu de soins au Québec et en particulier, pour tout patient admis en milieu hospitalier (voir **l'encadré 2** à la page 11 et **le tableau 1** à la page 13). L'admission doit inclure les patients « admis ou en investigation » à l'urgence. Dans ce contexte, la décision d'appliquer des précautions additionnelles se fera sur une base clinique tant que le diagnostic étiologique ne sera pas établi.
- Qu'au moins une **chambre à pression négative** soit disponible à la salle d'urgence en milieu hospitalier pour tout patient ayant un tableau clinique compatible avec une transmission aérienne (ex. : tuberculose contagieuse).
- Que l'application des **précautions additionnelles** instaurées initialement selon le tableau clinique d'un patient soient réévaluées à la lumière de son diagnostic étiologique. Ce processus de réévaluation des précautions devrait systématiquement être fait dès que le diagnostic étiologique est confirmé. (pour plus de détails, voir le document de Santé Canada [DGSPSP 1999]).
- Que les mesures regroupées sous l'appellation **étiquette « respiratoire »** (voir **l'encadré 3** à la page 12) soient proposées et applicables par tout patient présentant de la fièvre et de la toux qui pénètre en milieu de soins (ex. : salle d'attente, urgence, clinique médicale, CLSC, soins ambulatoires).
- Qu'idéalement ou en situation épidémiologique particulière, un système soit mis en place pour procéder au **triage rapide** de tout patient potentiellement contagieux au moment de leur entrée dans un milieu de soins. Le milieu de soins (ex. : centre hospitalier, salle d'urgence, clinique) sélectionnera la meilleure approche possible en tenant compte de son environnement, de l'affluence de la clientèle et de ses ressources.
- Qu'un système de **pré triage** soit mis en place si le triage rapide est difficilement applicable comme, par exemple, en période d'affluence à l'urgence et (1) en période d'éclosion d'infections respiratoires (ex. : influenza) ou (2) en période de résurgence du SRAS dans le monde ou (3) dans toute autre situation épidémiologique, selon le jugement du personnel en prévention des infections (voir **l'algorithme décisionnel 2**, pages 15).

IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS

Les membres du CINQ proposent que certaines mesures préventives soient mises en place de façon prioritaire par les différents milieux de soins.

- Dans le contexte d'une possible résurgence mondiale du SRAS, **le CINQ recommande que les milieux de soins concernés soient en mesure d'instaurer sans délai un triage rapide ou un pré triage de leur clientèle se présentant avec de la fièvre et de la toux, afin de préserver le système de soins et la population des conséquences d'une éclosion de SRAS.** En contexte d'éclosion appréhendée ou en cours d'éclosion, cette approche peut aussi contribuer à limiter la transmission du virus influenza ou d'autres conditions respiratoires transmissibles (ex. : autres agents pathogènes respiratoires) en milieu de soins.

En contexte épidémique, le triage rapide peut aussi être envisagé pour les patients présentant une gastro-entérite parce qu'il réduira le risque de transmission nosocomiale ou d'éclosions tout particulièrement en établissement (voir les précautions selon le tableau clinique du **tableau 1**, placé à la page 13, et **l'algorithme décisionnel 2**, placé à la page 15).

- L'application rigoureuse **des mesures d'hygiène et des pratiques de base** (ex. : lavage des mains, usage de rince mains antiseptique, entretien soigné et régulier de l'environnement) et la **nécessité de recourir à des précautions additionnelles selon le tableau clinique** (incluant, telle que décrite précédemment, la mesure élargie aux adultes présentant fièvre et toux), **doivent être une priorité dans chaque milieu de soins** (soins actifs, soins prolongés, soins ambulatoires et soins à domicile).
- L'application de l'étiquette « respiratoire » est souhaitable dans tous les milieux de soins. L'ensemble des mesures regroupées sous cette appellation peut contribuer à réduire le risque de transmission d'infections respiratoires en salle d'attente.

En conséquence, il est important que les autorités des établissements de soins, celles des hôpitaux en particulier, soient informées de l'importance d'appliquer ces différentes mesures préventives afin qu'elles puissent avec diligence :

- supporter leur implantation, dans les plus brefs délais;
- favoriser leur mise en application en fournissant les ressources humaines et matérielles nécessaires;
- établir, pour le personnel, un programme de formation continue en prévention des infections.

OUTILS ET ALGORITHMES

Pour faciliter l'implantation ou le maintien des mesures recommandées, des exemples d'affiches, de dépliants et une affichette portant sur le port du masque et l'usage du rince mains antiseptique sont disponibles sur le site Internet de la Direction de santé publique de Montréal-Centre à l'adresse suivante : www.santepub-mtl.qc.ca. L'algorithme décisionnel 2 (page 15) peut être utilisé en milieu de soins pour faciliter le travail du personnel chargé d'effectuer le triage.

Avis scientifique du Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins

Préparé par : Renée Paré, M.D. et Pierre A. Pilon, M.D.

En collaboration avec : Ramona Rodrigues, M. Sc. (A), Patrick Dolcé, M.D., Dorothy Moore, M.D., Marie Gourdeau, M.D., et les autres membres du CINQ.

Les personnes suivantes ont commenté les premières versions de cet avis : Paul Le Guerrier, M.D. et Michèle Bier, M.D., Direction de santé publique de Montréal-Centre, Andrée Larose, conseillère en prévention des infections du CHUM, Agnès Morin-Fecteau, infirmière en prévention des infections, Hôpital Sainte-Anne.

Approuvé par les membres du CINQ à la réunion du 2004/01/16.

2004 CINQ Avis Stratégie globale de prévention
Version finale : 2004/01/26

Encadré 1

Mesures d'hygiène en milieu de soins*

- Fournir sous la forme de pictogrammes placées sur des affiches ou à l'intérieur de dépliants, les instructions sur le lavage des mains (ex. : se laver les mains après avoir utilisé les toilettes, avant les repas, après s'être mouché ou après avoir mouché son enfant) et les mesures d'hygiène de base (ex. : message de sensibilisation pour les personnes non infectées présentes dans la salle d'attente : des personnes ayant une infection peuvent se retrouver dans la salle d'attente, faites attention où vous portez vos mains, éviter de les porter à vos yeux, à votre nez ou à votre bouche).
- Afin d'optimiser le lavage des mains, donner accès dans des lieux stratégiques :
 - à des postes de lavage des mains bien situés dans l'ensemble de l'établissement de soins;
 - à un ou plusieurs lavabos dans la salle d'attente, préférablement avec installation de robinets actionnés par le pied, le poignet, le genou ou par un œil magique, et bien approvisionnés en savon et en papier essuie-mains; ou
 - à des préparations de rince mains antiseptique (ex. : distributeurs muraux) ou à des serviettes antiseptiques jetables.
- S'assurer que les toilettes publiques en milieu de soins, tout particulièrement en milieu hospitalier, soient en bon état et approvisionnées en quantité suffisante de savon, de papier essuie-mains et de papier hygiénique, surtout pendant les fins de semaine et pendant les périodes d'achalandage à la salle d'urgence. Placer des pictogrammes pour encourager le public à se laver les mains.
- Veiller à ce que les toilettes soient nettoyées fréquemment et ce, même les fins de semaine.
- Fournir des endroits pour le changement de couches dans les salles de toilette.
- Fournir, en tout temps, un service d'entretien rapide si un patient présente des vomissements ou de l'incontinence fécale dans un endroit public.

*Modifié d'après DGSPSP 1998 (Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé) et DGSPSP 2002 (La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé)

Encadré 2

Application de précautions selon le tableau clinique par le personnel soignant pour un patient présent de la fièvre et de la toux* lors du processus d'investigation ou d'admission à l'urgence

- Évaluer l'environnement au triage pour maintenir une distance suffisante (au moins un mètre entre la personne effectuant le triage et le patient).
- Promouvoir le port du masque de type chirurgical ou de procédure (en particulier durant la saison des infections respiratoires).
- Envisager l'installation d'une barrière physique à l'endroit de l'enregistrement, du pré triage ou du triage des patients pour protéger le personnel d'un contact avec des gouttelettes respiratoires infectieuses.
- Placer, si possible, tout patient ayant de la fièvre et de la toux dans une pièce séparée (ou bien les regrouper dans une aire séparée) ou dans un endroit séparé à un mètre des autres ou lui donner un masque de type chirurgical ou de procédure aussitôt que possible en attendant une évaluation plus poussée.
- Mettre en place l'utilisation du masque de type chirurgical ou de procédure et les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact[‡] par le personnel soignant durant l'évaluation de tout patient ayant de la fièvre et de la toux (si ces mesures ne sont pas déjà appliquées).
- Utiliser, avec les enfants et les adultes admis et ayant de la fièvre et de la toux, les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact[§] jusqu'au moment où il sera déterminé que la cause des symptômes n'est pas un agent infectieux qui nécessite des précautions au-delà des pratiques de base.
- Réduire l'exposition des nouveaux-nés, des enfants et des adultes immunodéprimés ou atteints de maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques.
- Envisager une infection virale chez tout enfant âgé de moins de 2 ans présentant une fièvre et de l'asthme.
- Prendre des précautions selon le tableau clinique pour contrer la transmission aérienne pour tout patient à risque de tuberculose contagieuse présentant de la fièvre, de la toux et ayant un infiltrat pulmonaire à la radiographie jusqu'à l'exclusion de ce diagnostic.
- Recommander la mise en place d'au moins une chambre à pression négative à la salle d'urgence en centre hospitalier.

*Modifié d'après CDC 2004 (8 janvier), Supplément C, page 11 de 35 (*Respiratory Hygiene / Cough etiquette Strategy for Healthcare Facilities*) et d'après DGSPSP 1999 (Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé).

[‡] Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

Encadré 3

Description des mesures nécessaires pour implanter l'étiquette pour tout patient ayant de la fièvre et de la toux en milieu de soins*

- Rendre disponible le matériel nécessaire à l'hygiène des mains et encourager tout patient ayant de la fièvre et de la toux à se laver les mains (au lavabo avec de l'eau et du savon, avec un rince mains antiseptique ou avec des serviettes antiseptiques jetables).
- Fournir des papiers mouchoirs et les instructions pour bien les utiliser (ex. : au moment de tousser ou pour contrôler les sécrétions nasales) pour tout patient ayant de la fièvre et de la toux, et en particulier pour ceux qui ne peuvent porter un masque de type chirurgical ou de procédure. En plus, préciser comment et à quel endroit les jeter, et rappeler l'importance du lavage des mains après chaque usage.
- Rendre disponible un masque de type chirurgical ou de procédure à tout patient qui présente de la fièvre et de la toux. Fournir les instructions pour un usage approprié du masque et quand, comment et à quel endroit le jeter.
- Désigner, si possible, un endroit dans la salle d'attente où les patients ayant de la fièvre et de la toux peuvent être regroupés et les placer à au moins un mètre des autres patients.
- Fournir les instructions pour le lavage des mains, l'usage des papiers mouchoirs et le port du masque sous la forme de pictogrammes afin de faciliter la compréhension et l'adhésion aux messages préventifs tout en réduisant les inconvénients associés à la barrière de langue. Des affiches et des dépliants peuvent être utiles.

*Modifié d'après CDC 2004 (8 janvier), Supplément C, page 11 de 35 (*Respiratory Hygiene / Cough Etiquette Strategy for Healthcare Facilities*).

Tableau 1

Précautions additionnelles à mettre en place **selon le tableau clinique** (en plus du lavage des mains) présenté par les patients* **lors du processus d'investigation ou d'admission à l'urgence.**

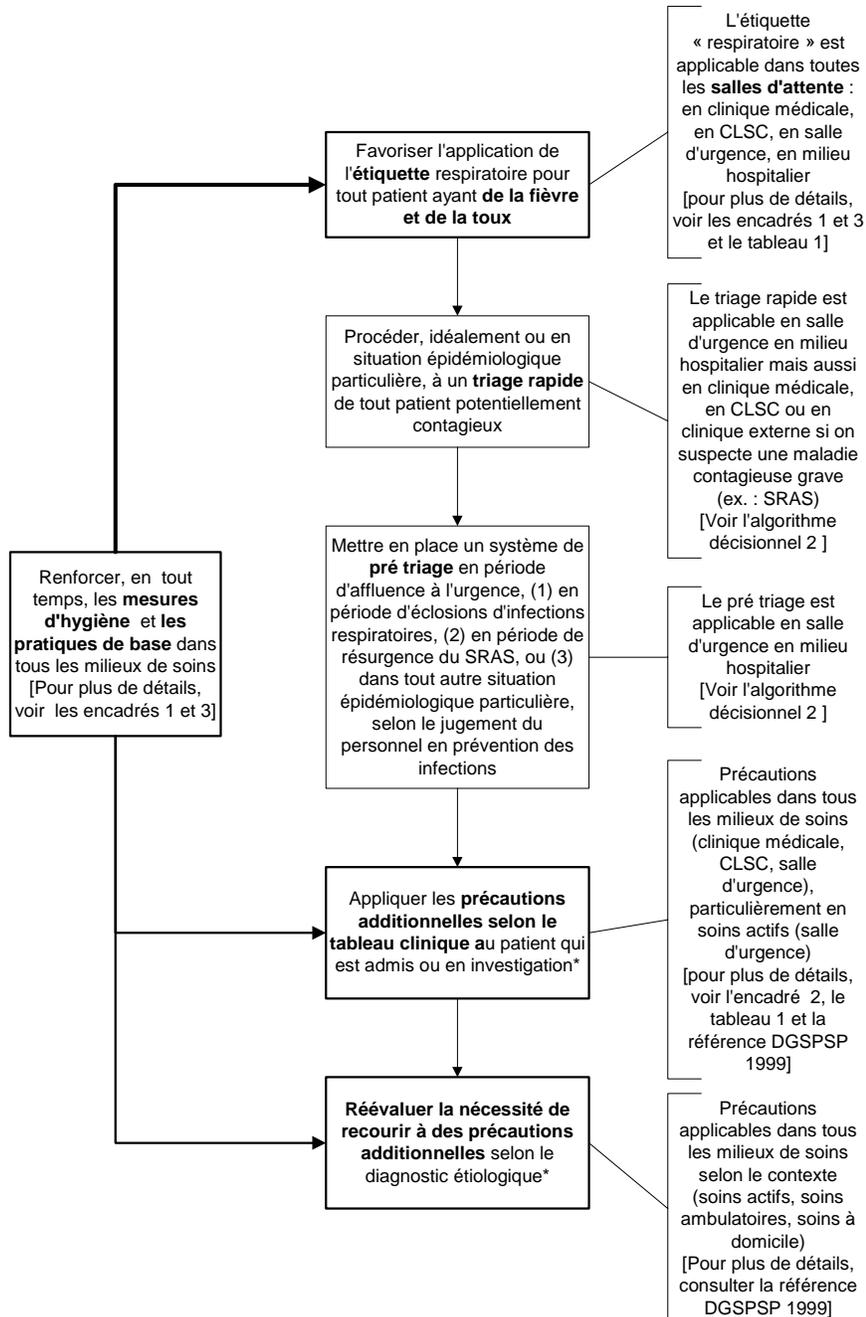
Tableau clinique du patient	Mesures minimales à implanter	Mesures spéciales à implanter
<p align="center">Fièvre* et toux</p>	<p>Placer des affiches avec pictogrammes dans la salle d'attente expliquant l'étiquette « respiratoire » (voir l'encadré 3 placé à la page 12)</p> <p>Si possible, isoler le patient dans une pièce ou maintenir un mètre de distance entre ce patient et les autres</p> <p>Suivre et appliquer les précautions additionnelles selon le tableau clinique contre la transmission par gouttelettes et par contact** à moins qu'une maladie transmissible ait été éliminée et qu'aucun geste clinique posé ne requiert l'application de ces mesures</p>	<p>Si le tableau clinique suggère la possibilité d'une transmission aérienne (ex. : tuberculose), on doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer immédiatement le patient dans une chambre à pression négative • Suivre et appliquer le protocole en vigueur dans votre établissement (chambre à pression négative ou isolement) <p>En contexte épidémique ou si une éclosion est suspectée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer les patients qui ont le même diagnostic en cohorte dans un secteur de l'urgence
<p>Diarrhée ou vomissements non contrôlés (présumés de cause infectieuse)</p>	<p>Placer des affiches avec pictogrammes dans les salles de bain expliquant la technique de lavage des mains</p> <p>Suivre et appliquer les précautions additionnelles selon le tableau clinique contre la transmission par contact</p> <p>Si possible, isoler le patient dans une pièce</p> <p>Prévoir un mécanisme pour la désinfection de l'environnement et de l'équipement</p> <p>Prévoir une augmentation de la fréquence de l'entretien (ex : salle de toilette)</p> <p>(Fournir une chaise d'aisance réservée, au besoin)</p>	<p>En contexte épidémique ou si une éclosion est suspectée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer les patients qui ont le même diagnostic en cohorte dans un secteur de l'urgence • Dédier une salle de toilette à ces patients et fournir une chaise d'aisance réservée, au besoin • Mettre en place les mesures de désinfection de l'environnement (ex : salle de toilette) et de l'équipement pour chaque quart de travail • Aviser immédiatement la personne responsable de la prévention des infections si une éclosion est suspectée

Note : * Un patient est considéré comme fébrile si la température est plus grande ou égale à 100,4 °F ou 38,2 °C ou s'il rapporte s'être senti fébrile dans les dernières 48 heures.

** Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

Algorithme décisionnel 1

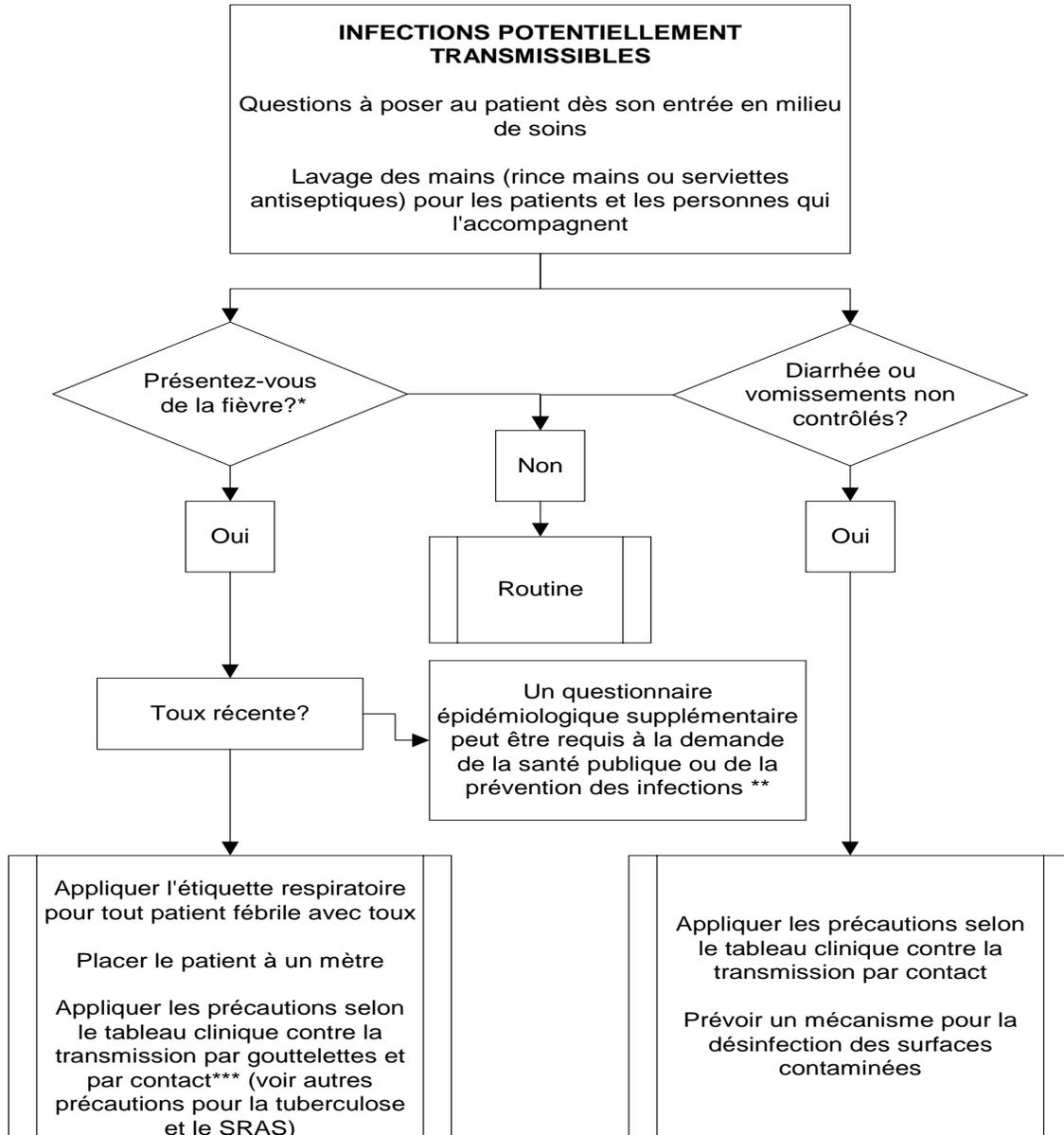
Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins



*Note : Les pratiques de base doivent être appliquées en tout temps.

Algorithme décisionnel 2

Triage rapide par le personnel soignant en situation épidémiologique particulière : Conduite à faire suivre aux patients qui pourraient présenter une infection potentiellement transmissible en milieu de soins



Note : *Un patient est considéré comme fébrile si la température est plus grande ou égale à 100,4 °F ou 38,2 °C ou s'il rapporte s'être senti fébrile dans les dernières 48 heures.

**Par exemple, en présence d'un patient présentant de la fièvre et de la toux, en période de résurgence possible du SRAS, il y a lieu de questionner le patient sur une histoire de voyage dans les deux dernières semaines dans une zone potentielle de réémergence du SRAS ou de contact avec un voyageur hospitalisé et atteint d'une maladie respiratoire sévère. Dans ce contexte, le questionnaire épidémiologique a pour but de détecter rapidement les nouveaux cas possibles de SRAS émanant d'une zone potentielle de réémergence. Un questionnaire différent pourrait être approprié selon la situation épidémiologique en vigueur (ex. : influenza causée par une souche pandémique, éclosion de méningite ou d'encéphalite).

***Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

BIBLIOGRAPHIE

ABDULLAH, A.S.M., B. TOMLINSON, C.S. COCKRAM, ET G.N. THOMAS (2003). «Lessons from the severe acute respiratory syndrome outbreak in Hong Kong», *Emerging Infectious Diseases Journal*, vol. 9, n° 9 (septembre), p. 1042-1045.

JOURNAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (JAMC 2003). « Leçons tirées du SRAS [Éditorial] », *Journal de l'Association médicale Canadienne*, vol. 168, n° 11 (27 mai), p. 1383 (publication anticipée sur www.jamc.ca , consultée le 2003/05/07).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC 1994). « Guideline for prevention of nosocomial pneumonia », Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Document disponible sur www.cdc.gov/ncidod/hip/pneumonia/pneu_mmw.htm.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC 1994a). « Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-Care facilities », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 43, n° RR-13.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC 2004). « Public health guidance for community-level preparedness and response to severe acute respiratory syndrome (SARS) [Draft] », Supplement C: Preparedness and response in healthcare facilities, page 11 de 35. Version du 8 janvier 2004.

Document disponible sur www.cdc.gov/ncidod/sars/guidance/C/index.htm .

GARNER, J.S. ET LE HOSPITAL INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE (HICPAC 1996). « Guideline for isolation precautions in hospitals », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 17, n° 1, p. 53-80.

HONG KONG HOSPITAL AUTHORITY (HKHA 2003). « Infection control precautions in hospitals and precautionary measures in out-patient setting ». Document disponible sur www.ha.org.hk/hesd/nsapi/?MIval=ha_view_content&c_id=123512&hesd_lang=E , pages consultées le 2003/09/23.

FRIEDEN, T.R., B.H. LERNER, B.H. RUTHERFORD (2000). « Lessons from the 1800s: tuberculosis control in the new millenium », *Lancet*, vol. 355, n° 9209, p. 1088-1092.

MUSHER, D.M. (2003). « How contagious are common respiratory tract infections ? », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 13, pages 1256-1266.

National Institute for Occupational Safety and Health, Hazard Evaluations and Technical Assistance Branch. Documents disponibles sur www.cdc.gov/niosh/hhe.html.

(NIOSH 1995). *Protect yourself against tuberculosis – A respiratory protection guide for health care workers..* DHHS (NIOSH) Publication N°. 96-102. December.

(NIOSH 1996). *NIOSH Guide to the selection and use of particulate respirators certified under 42 CFR 84.* Cincinnati, OH: DHHS, CDC, NIOSH; DHHS (NIOSH) Publication N°. 96-101.

VARIA, M., S. WILSON, S. SARWAL, A. MCGEER ET AUTRES (2003). « Investigation of a nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Toronto, Canada », *Canadian Medical Association Journal*. Article disponible sur www.cmaj.ca, pages consultées le 2003/07/29.

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 1996). « Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada ».

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 1998). « Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé ».

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 1999). « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé ».

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 2002). « La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé ».

SANTÉ CANADA (2003). « Infection control precautions for respiratory infections transmitted by large droplet/contact. Infection control guidance in a non-outbreak setting (in the absence of SARS) ». [Draft, 17 décembre 2003]. 18 pages.

Document disponible sur www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/prof_f.html.

SKOWRONSKI, D. (2003). « Anxious foresight : How British Columbia contained SARS », Conférence donnée à la Direction de santé publique de Montréal-Centre, 14 novembre.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS 2003). « Alerte au SRAS, vérification et mesures de santé publique dans l'après flambée ». Document disponible sur www.who.int/csr/sars/postoutbreakfr/en/print.html, pages consultées le 2003/09/11.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS 2003a). « Conseils en matière de lutte contre l'infection nosocomiale ». Document disponible sur www.who.int/csr/sars/infectionf/en/print.html, pages consultées le 2003/09/11.