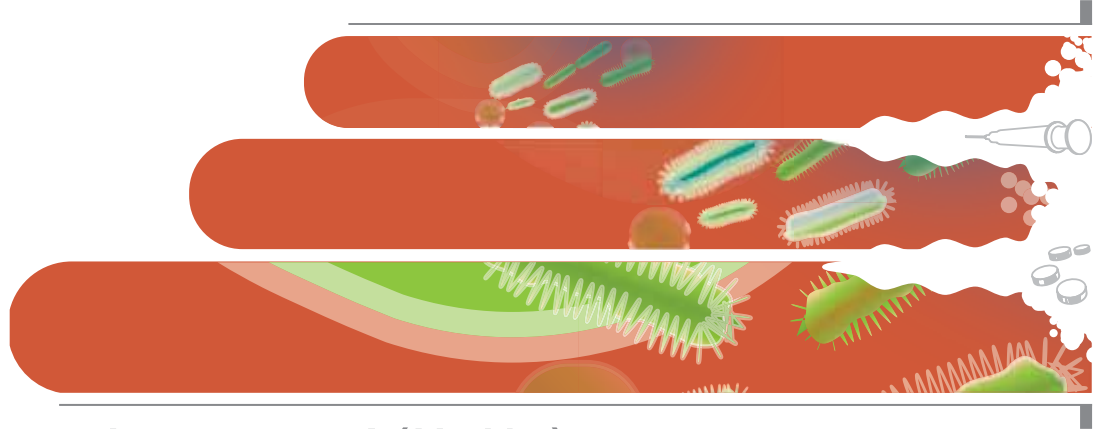




La grippe A(H7N9)

Juin 2014

Rédaction du document

D ^r Hugues Charest	Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec
M ^{me} Josée Dubuque	Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux
D ^{re} Lyne Judd	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval
D ^r Paul Le Guerrier	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
D ^{re} Marie St-Amour	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
D ^r Jasmin Villeneuve	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Consultation

D ^{re} Michèle Dupont	Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux
D ^r Michel Savard	Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux
D ^{re} Nadine Sicard	Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux
M ^{me} Madeleine Tremblay	Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec
Comité des infections nosocomiales du Québec

Révision linguistique

M^{me} Yvette Gagnon

Secrétariat et mise en page

M^{me} Sarah Boudreau Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71062-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

Table des matières

Contexte.....	1
Définitions	3
Symptomatologie	4
Caractéristiques du virus.....	5
Transmission du virus, période d'incubation et période de contagiosité.....	5
Surveillance.....	6
Tests diagnostiques	7
Mesures de prévention et de contrôle des infections	8
Vaccin	9
Conseils de santé aux voyageurs	9
Prise en charge des cas.....	10
Prise en charge des cas à domicile.....	11
Prise en charge des contacts étroits	14
Références.....	19
ANNEXE 1	
Tableau synthèse pour la prise en charge des cas et de leurs contacts.....	22
ANNEXE 2	
Questionnaire épidémiologique.....	24
ANNEXE 3a	
Grille d'autosurveillance des symptômes d'un cas.....	31
ANNEXE 3b	
Grille d'autosurveillance des symptômes des contacts étroits	32
ANNEXE 4	
Évaluation et suivi d'un contact de grippe A(H7N9)	33
ANNEXE 5	
Posologies recommandées pour la prophylaxie antivirale d'un contact étroit d'un cas de H7N9.....	36

Liste des sigles

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
DSP	Direction de santé publique
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCI	Prévention et contrôle des infections
PPE	Prophylaxie postexposition
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aiguë

FICHE TECHNIQUE SUR LA GRIPPE A(H7N9)

Contexte	La grippe aviaire est une maladie infectieuse causée par les virus influenza de type A. Beaucoup d'espèces d'oiseaux se sont montrées réceptives à ces virus et les oiseaux aquatiques en constituent le réservoir principal. Les infections causées par ces virus peuvent donner des tableaux cliniques variables chez les oiseaux, allant d'une infection asymptomatique à une maladie sévère, voire mortelle. Les virus de la grippe aviaire sont donc classés en deux groupes, hautement pathogènes ou faiblement pathogènes, selon le taux de mortalité calculé lors de flambées épidémiques chez la volaille. Cette caractéristique ne permet toutefois pas de prévoir le degré de sévérité chez l'humain. Le virus de la grippe aviaire n'affecte généralement pas les humains. Toutefois, certains sous-types de la grippe aviaire de type A (par exemple, H7N2, H7N3 et H7N7) se sont transmis à l'homme et ont causé des infections plutôt bénignes (des conjonctivites, notamment). D'autres, comme les sous-types H5N1 et H7N9, causent des maladies respiratoires pouvant être sévères, avec une létalité élevée. Le 1^{er} avril 2013, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapportait les premiers cas humains d'infection par le virus de la grippe aviaire A(H7N9) – nommé ci-après H7N9¹ – survenus en Chine, sans qu'aucune épizootie concomitante ne soit remarquée. Quelques cas humains ont été identifiés de façon rétrospective, lesquels permettent de déterminer le début d'une première vague de cas survenue entre les mois de février et de mai 2013 ($n = 133$). Deux cas ont été rapportés au cours de l'été 2013 et une deuxième vague de cas a débuté au cours du mois d'octobre 2013, une situation pouvant être attribuable à une température plus froide, à l'image de la saisonnalité d'autres virus influenza. Le H7N9 ne semble pas causer de maladie importante chez la volaille, ce qui rend difficile l'identification précise du réservoir et de l'étendue géographique de celui-ci. C'est la première fois qu'un virus d'influenza aviaire faiblement pathogène chez la volaille est associé à des cas de maladie sévère et à des décès chez l'humain.
----------	---

1. Cette terminologie est celle qui a été adoptée par l'OMS après un consensus avec l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Voir le document de l'OMS (2013b), à l'adresse suivante : www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/H7N9VirusNaming_16Apr13.pdf.

Contexte (suite)	Aucune évidence de transmission interhumaine soutenue n'a été démontrée, mais quelques agrégats de cas laissent croire qu'une transmission secondaire limitée est possible à l'occasion de contacts étroits avec une personne infectée. La majorité des personnes infectées ont une histoire de contact direct avec des volailles ou leur environnement contaminé. La sévérité du tableau clinique ainsi que la crainte d'une mutation qui permettrait la transmission interhumaine soutenue amènent les autorités de santé publique mondiales à exercer une grande vigilance. La mise à jour de la situation épidémiologique du H7N9, effectuée par l'OMS, est consultable à l'adresse suivante : www.who.int/influenza/human_animal_interface/avian_influenza/archive/fr/index.html.
-----------------------------	---

Définitions	Personne faisant l'objet d'une enquête La personne doit répondre aux critères de la maladie ET d'exposition. 1. <u>Critères de la maladie</u> : Personne présentant de la fièvre ET de la toux ou des difficultés respiratoires, ET des signes cliniques, radiologiques ou histopathologiques d'une maladie du parenchyme pulmonaire telle qu'une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ET un critère de sévérité (hospitalisation ou décès) ; 2. <u>Critères d'exposition dans les quatorze jours^A précédant l'apparition des symptômes</u> : • résidence ou voyage dans un pays touché par le H7N9^B ; OU • contact étroit avec un cas confirmé ou un cas probable. Cas probable Personne présentant des symptômes compatibles avec ceux de la grippe ET ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé de H7N9, ET aucun échantillon disponible pour l'épreuve diagnostique. Cas confirmé Personne dont l'infection par le virus de la grippe aviaire A(H7N9) a été confirmée en laboratoire. Contact étroit^C Personne qui a été en contact avec un cas probable ou un cas confirmé, pendant la <u>période présumée de contagiosité</u> de ce cas (c'est-à-dire 24 heures avant le début des symptômes du cas jusqu'à la fin de ceux-ci^D), et qui a : • soit fourni des soins (sans protection appropriée^D) à ce cas, en tant que travailleur de la santé ou proche, ou s'est trouvée dans une situation similaire de contact physique étroit (sans protection appropriée^D) ; • soit séjourné au même endroit que ce cas (en vivant sous le même toit ou en ayant eu un contact étroit prolongé à l'intérieur de deux mètres). <u>Moyen de transport</u> : En l'absence de transmission interhumaine soutenue et de preuves qu'une transmission est survenue durant un voyage, la recherche des contacts s'étant trouvés à proximité des cas qui étaient symptomatiques dans un avion ou à bord d'autres moyens de transport
-------------	---

Définitions (suite)	tels que le train et l'autobus n'est pas recommandée pour le moment (ASPC, 2013b). Si cette recherche s'avérait nécessaire, des consignes seraient transmises par la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Notes associées aux définitions A. Période valant pour tous les cas de maladies respiratoires sévères infectieuses sous investigation. B. Actuellement, le seul pays touché est la Chine. Étant donné que la situation épidémiologique peut évoluer, il sera essentiel de consulter le tableau 1 de la veille épidémiologique, au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/. C. Il existe actuellement très peu de données sur la transmission interhumaine de ce virus (voir la section « Transmission du virus, période d'incubation et période de contagiosité »). La définition proposée pourrait être modifiée selon l'évolution des connaissances. D. Ces symptômes font référence à la fièvre, à la toux ou aux difficultés respiratoires ayant un lien avec la maladie. D. Consulter la section « Mesures de prévention et contrôle des infections ». Ces définitions de cas sont basées sur celles de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2013a) et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2013b).
Symptomatologie	La majorité des cas confirmés de H7N9 ont développé un syndrome d'allure grippale qui a progressé en un SDRA nécessitant une hospitalisation et environ le tiers d'entre eux sont décédés (OMS, 2013a, 2014a et 2014c). Les manifestations cliniques que l'on observe chez les patients hospitalisés dont l'infection par le H7N9 a été confirmée sont une forte fièvre, une toux – productive ou non –, de l'essoufflement, de la dyspnée, de l'hypoxie et une atteinte des voies respiratoires inférieures – avec opacités, consolidation et infiltrats à l'imagerie pulmonaire (OMS, 2013a). Quelques cas d'infections bénignes, soit de légères infections des voies respiratoires supérieures, ont été rapportés chez des enfants et des adultes (OMS, 2013a). Les complications possibles sont les suivantes : choc septique, défaillance respiratoire, SDRA, hypoxie réfractaire, défaillance rénale, défaillance multiviscérale, rhabdomyolyse, encéphalopathie ainsi qu'infections bactériennes et fongiques secondaires (OMS, 2013a).

Symptomatologie (suite)	En moyenne, l'hospitalisation des cas survient quatre ou cinq jours après le début des symptômes et une proportion élevée de ces cas seront admis aux soins intensifs (OMS, 2013a). Le décès survient après une période médiane de 21 jours suivant le début des symptômes (Li et autres, 2014). La présence de conditions sous-jacentes a été rapportée chez près des trois quarts des cas (Li et autres, 2014).
Caractéristiques du virus	L'origine de l'apparition du nouveau sous-type H7N9 ayant la capacité d'infecter les humains résiderait dans un réassortiment de segments géniques de virus infectant au moins quatre hôtes aviaires différents, incluant des oiseaux sauvages et la volaille. Une mutation particulière sur le gène codant pour l'hémagglutinine (Q226L) est connue pour favoriser l'attachement du virus aux cellules humaines. D'autres déterminants géniques associés à une réplication virale chez l'humain ont également été détectés. La majorité des souches virales de H7N9 qui ont été caractérisées sont sensibles aux inhibiteurs de la neuraminidase et résistants à l'amantadine.
Transmission du virus, période d'incubation et période de contagiosité	Transmission du virus La plupart des cas de H7N9 ont rapporté avoir eu un contact avec de la volaille ou avec un environnement contaminé (par exemple, visite d'un marché où se vendaient des poulets vivants). Le virus H7N9 a été détecté autant chez la volaille que dans les marchés ayant été visités par des cas confirmés. Étant donné que ce virus cause des infections asymptomatiques ou peu symptomatiques chez la volaille, il est difficile d'établir le lien entre les infections chez la volaille et les cas humains. Les connaissances à l'égard des principaux réservoirs du virus et de l'ampleur de la propagation du virus chez les animaux demeurent limitées (OMS, 2014a ; Li et autres, 2013). Il n'y a pas de preuve de transmission interhumaine soutenue de ce virus. Cependant, la détection de grappes de cas donne à penser que la transmission interhumaine peut survenir lorsqu'il y a des contacts étroits et prolongés avec un cas (Li et autres, 2013).

Transmission du virus, période d'incubation et période de contagiosité (suite)	Période d'incubation Dans une étude publiée en juin 2013, des auteurs chinois ont estimé la période d'incubation médiane du virus H7N9 à 6 jours – intervalle : 1 à 15 jours –, une période plus longue que celle des virus de la grippe saisonnière, dont la moyenne est de 1 à 3 jours (ASPC, 2013a ; Gao et autres, 2013). Toutefois, deux études publiées en 2014 estiment la période d'incubation à 5,5 jours – intervalle : 1 à 10 jours (Li et autres, 2014) – et à 7,5 jours – intervalle : 2 à 12,5 jours (Huang et autres, 2014). Par ailleurs, certains auteurs estiment que plus de 95 % des personnes exposées développeront la maladie en 7 jours ou moins (Cowling et autres, 2013). Dans le contexte d'une investigation de maladies respiratoires sévères (personne faisant l'objet d'une enquête) où l'agent étiologique n'est pas connu et vu la variabilité inhérente des virus (Huai et autres, 2008), <u>l'historique de l'exposition fondée sur les quatorze jours précédant l'apparition des symptômes</u> est jugé raisonnable (ASPC, 2013a). Toutefois, lorsque l'agent étiologique est identifié, il est recommandé de prendre en considération la période d'incubation propre à cet agent. Ainsi, pour les mesures de gestion des cas et des contacts de H7N9, <u>la période d'incubation retenue est de dix jours.</u> Période de contagiosité La période de contagiosité du H7N9 n'est pas encore bien caractérisée puisqu'il y a eu très peu de cas de transmission interhumaine. Dans le cadre du présent document, la période de contagiosité retenue est celle qu'ont proposée les CDC, soit <u>24 heures avant l'apparition des symptômes jusqu'à la fin de ceux-ci</u> (CDC, 2013b).
Surveillance	Les établissements de soins doivent signaler tous les cas répondant aux définitions de « personne faisant l'objet d'une enquête », de « cas probable » et de « cas confirmé » à la Direction de santé publique de leur région sociosanitaire. Ils doivent aussi aviser le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) avant de transmettre les échantillons². Les directions de santé publique doivent à leur tour signaler dans les plus brefs délais la situation de toute personne faisant l'objet d'une enquête

2. Aviser immédiatement le LSPQ de l'envoi d'un échantillon en composant le numéro suivant : 514 457-2070, poste 239 ou 278. En dehors des heures de bureau, composez ce même numéro, suivi du « 0 », pour communiquer avec le service de la sécurité.

Surveillance (suite)	ainsi que les cas probables et confirmés au Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du MSSS³. Les cas probables et confirmés de H7N9 doivent être signalés à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par le MSSS dans un délai de 24 heures après avoir été classés comme tels. Surtout quand il s'agit d'un cas confirmé, la situation peut être considérée comme une urgence de santé publique à portée internationale (USPPI) relevant du Règlement sanitaire international de l'OMS (RSI).
Tests diagnostiques	Les agents étiologiques en émergence sont généralement considérés comme des agents pathogènes du groupe de risque 3, lesquels exigent le niveau de confinement 3. Les échantillons doivent donc être envoyés sans délai au LSPQ, qui possède des installations permettant de respecter ce niveau de confinement. Aucun test rapide ne devrait être effectué pour rechercher le H7N9. Le LSPQ transmettra les résultats entre 6 et 24 heures après avoir reçu les échantillons, son service d'analyse étant offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7⁴. L'information au sujet de l'investigation en laboratoire se trouve dans le « Guide des services : Détection rapide d'agents étiologiques viraux et bactériens dans le cas d'une maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI) », consultable sur le site Web du LSPQ à l'adresse suivante : http://www.inspq.qc.ca/lspq/fichespdfs/guide_services_investigation_MRSI.pdf. Certaines données laissent croire que les écouvillons des voies respiratoires supérieures (nasopharynx ou gorge) ne seraient pas aussi sensibles que ceux des voies respiratoires inférieures (expectoration, aspiration endotrachéale, lavage bronchoalvéolaire) pour confirmer le diagnostic d'infection respiratoire aiguë sévère. En présence d'un résultat négatif pour le H7N9 avec l'écouvillon nasopharyngé, on devrait envisager de faire un nouveau test à partir d'un échantillon provenant des voies respiratoires inférieures si cela est cliniquement indiqué. Il est possible d'envoyer des échantillons au LSPQ quand il s'agit de patients qui ne répondent pas à la définition de « personne faisant l'objet

3. Pendant les heures de bureau, communiquer avec le Bureau de surveillance et de vigie, au numéro suivant : 418 266-6723 ; en dehors de ces heures, communiquer avec la personne de garde, au numéro suivant : 1 844 778-1265 ou par courriel à l'adresse « gardemi@msss.gouv.qc.ca »
4. Les tests rapides de détection antigénique ne permettraient pas de détecter le virus H7N9. Ainsi, un test rapide positif pour l'influenza aurait une valeur prédictive positive plus élevée pour une infection par un virus de l'influenza saisonnière (voir Baas et autres, 2013).

Tests diagnostiques (suite)	d'une enquête » mais dont le tableau clinique et les antécédents de contacts font en sorte que l'on soupçonne la présence du H7N9. Toutefois, ces échantillons ne seront pas traités en urgence et le temps d'attente avant d'obtenir les résultats pourra être plus long que celui qui a été mentionné précédemment.
Mesures de prévention et de contrôle des infections	Milieus de soins En plus des pratiques de base, il est indiqué d'appliquer systématiquement et rigoureusement les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne⁵, incluant une protection oculaire (hébergement dans une chambre à pression négative ou dans une chambre dont on garde la porte fermée et port de l'appareil de protection respiratoire du type N-95, d'une blouse à manches longues, de gants ainsi que de lunettes), chez toute personne faisant l'objet d'une enquête, de même que chez un cas probable ou confirmé, et ce, dès l'arrivée de ces patients dans un établissement de santé. Si des interventions médicales générant des aérosols sont nécessaires, seules les personnes dont la présence est requise pour les soins devraient se trouver dans la pièce. Les mesures de précaution doivent être maintenues tant que le patient présente des symptômes liés à son infection. La décision d'arrêter d'appliquer les mesures de précaution doit être prise de concert avec le médecin traitant et le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) (ASPC, 2013c). La Direction de santé publique (DSP) doit être avisée lorsque les mesures de précaution sont levées et au moment où le patient obtient son congé de l'établissement. SOINS À DOMICILE Les travailleurs de la santé visitant le domicile des patients devraient prendre les précautions appropriées contre la transmission par contact et par voie aérienne, incluant le port d'une protection oculaire. MANIPULATION DES DÉPOUILLES Les pratiques de base devraient être appliquées ainsi que les mesures de précaution contre la transmission par contact, au besoin, durant la manipulation, la préparation pour une autopsie ou le transport des personnes décédées (ASPC, 2013c).

5. La recommandation faite ici diffère de celles de l'ASPC, selon lesquelles les précautions contre la transmission par voie aérienne doivent être prises uniquement pour les interventions médicales générant des aérosols.

Vaccin	Il n'y a pas de vaccin, à l'heure actuelle, contre le H7N9. Des recherches scientifiques sont toutefois en cours, à l'échelle internationale, afin de produire des prototypes de vaccins.
Conseils de santé aux voyageurs	Les conseils de santé aux voyageurs sont mis à jour par l'ASPC et sont consultables à l'adresse Web suivante : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/notices-avis-fra.php?id=113 .

PRISE EN CHARGE DES CAS ET DES CONTACTS

Un tableau synthèse de la prise en charge des cas et des contacts étroits d'un cas est présenté à l'annexe 1.

Prise en charge des cas

VALIDATION ET ENQUÊTE PAR LA DSP

- Valider si le patient répond à la définition de « personne faisant l'objet d'une enquête », de « cas probable » ou de « cas confirmé » (voir la section « [Définitions](#) »).
- S'assurer que les échantillons ont été envoyés au LSPQ⁶.
- Signaler la situation des patients qui répondent à l'une des trois définitions précitées au BSV⁷.
- Pour les cas probables et les cas confirmés :
 - Effectuer une enquête auprès des cas à l'aide du questionnaire épidémiologique fédéral (voir [l'annexe 2](#)). Utiliser la section « Commentaires », à la fin du formulaire, pour indiquer le lieu d'hospitalisation (nom de l'hôpital et municipalité) et les consultations médicales antérieures à l'hospitalisation.
 - Transmettre le questionnaire par télécopieur au BSV⁸.
 - Rechercher les contacts étroits en milieu de soins (selon les modalités régionales) et à l'extérieur du milieu de soins (par la DSP de la région sociosanitaire où réside le cas). Suivre les recommandations apparaissant dans la section « [Prise en charge des contacts étroits](#) », un peu plus loin.

TRAITEMENT ANTIVIRAL

La responsabilité du traitement des cas relève du médecin traitant, qui doit exercer son jugement clinique dans toutes les situations. Les recommandations suivantes découlent de celles qui ont été formulées par AMMI Canada (AMMI, 2013) et les CDC (CDC, 2013c).

6. Consulter le « Guide des services : Détection rapide d'agents étiologiques viraux et bactériens dans le cas d'une maladie respiratoire sévère (MRSI) », révisé par le LSPQ en mai 2014.

7. Pendant les heures de bureau, communiquer avec le Bureau de surveillance et de vigie, au numéro suivant : 418 266-6723 ; en dehors de ces heures, communiquer avec la personne de garde, au numéro suivant : 1 844 778-1265 ou par courriel à l'adresse « gardemi@msss.gouv.qc.ca ».

8. Le numéro de télécopieur confidentiel à composer est le 418 266-8489.

Prise en charge des cas (suite)	Un traitement précoce à base d'oseltamivir est recommandé pour les personnes faisant l'objet d'une enquête, les cas probables et les cas confirmés. • Le traitement devrait être amorcé aussitôt que possible, même si plus de 48 heures se sont écoulées depuis le début des symptômes. • L'administration de l'oseltamivir doit débiter avant ou en même temps que le prélèvement d'échantillons biologiques, et donc, même si le résultat des tests de laboratoire n'est pas connu. Le début du traitement ne doit pas être différé par l'attente des résultats de laboratoire. • Les posologies sont précisées dans un document produit par les CDC (CDC, 2013c). • L'amantadine n'est pas recommandée pour les cas de H7N9 car, comme les virus grippaux saisonniers, le H7N9 est résistant aux adamantanes (CDC, 2013c). • Le zanamivir n'est pas recommandé d'emblée par les CDC pour les cas de H7N9, car son efficacité chez les personnes atteintes d'une grippe sévère n'a pas été démontrée. Le traitement d'un patient avec l'un ou l'autre des inhibiteurs de la neuraminidase doit faire l'objet d'un suivi. La détérioration de la condition du patient et les résultats pertinents (par exemple, une résistance aux antiviraux ou des problèmes d'observance du traitement) devraient être rapportés à la DSP.
Prise en charge des cas à domicile	L'isolement à domicile peut être recommandé, à la suite d'une entente entre le médecin traitant et la DSP. RESTRICTION DES ACTIVITÉS Ces personnes doivent, dans la mesure du possible, demeurer à la maison jusqu'à la fin des symptômes liés à leur maladie (fièvre, toux ou difficultés respiratoires), sauf si elles ont à consulter un professionnel de la santé. SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES Les personnes doivent prendre leur température une fois par jour, la noter et surveiller les autres symptômes de la maladie tels que la toux ou des difficultés respiratoires, et ce, pendant toute la durée de cette maladie (voir l'annexe 3a).

Prise en charge des cas à domicile (suite)	Une surveillance active, tous les deux ou trois jours, doit être assurée par la DSP de la région sociosanitaire où réside le cas. La DSP doit s'assurer qu'il n'y a pas eu de nouveaux contacts. Les personnes doivent communiquer rapidement avec la DSP si des symptômes apparaissent et que leur état de santé se détériore. PRÉVENTION DES INFECTIONS Les personnes doivent appliquer les recommandations relatives à l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) et à l'hygiène respiratoire. Des outils portant sur ces sujets sont consultables à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?accueil. La personne malade doit limiter, dans la mesure du possible, ses contacts avec les autres personnes de la maisonnée. Par exemple, elle devrait rester seule dans une pièce. Si ce n'est pas possible, elle devrait : • rester à une distance minimale de deux mètres des autres personnes ; • porter un masque chirurgical ou de procédure ou, si ce n'est pas possible, couvrir son nez et sa bouche avec un linge propre ou un mouchoir de papier ; • éviter les contacts étroits avec les personnes pour qui le risque de complications liées à la grippe est élevé⁹. De plus, il est souhaitable de ne pas recevoir de visiteurs ou d'en restreindre le nombre le plus possible, ceux-ci devant limiter leur contact avec le cas symptomatique. Les membres de la maisonnée n'ayant pas été en contact avec le cas pendant sa période de contagiosité ne devraient pas revenir à la maison ou devraient limiter leur contact avec le cas pendant cette période. Le port du masque n'est pas recommandé pour les <u>contacts domiciliaires (asymptomatiques)</u>, sauf si ces derniers doivent fournir des soins à la personne malade. Toute personne autre qu'un professionnel de la santé (par exemple, un membre de la famille) qui doit fournir des soins à la personne malade : • ne devrait pas présenter un risque élevé au regard des complications liées à la grippe (MSSS, 2013) ;
---	---

9. Les catégories de personnes pour qui le risque de complications liées à la grippe est élevé sont précisées dans le « Protocole d'immunisation du Québec », Section 10.5.1, consultable à l'adresse suivante : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-5-1.pdf.

Prise en charge des cas à domicile (suite)	• devrait porter un masque chirurgical ou de procédure pour donner des soins ; • devrait utiliser des gants jetables pour donner des soins buccaux ou respiratoires ; • devrait se laver les mains après tout contact avec la personne malade ; • devrait limiter, dans la mesure du possible, ses contacts avec les autres personnes. Les draps, les serviettes et les vêtements du cas peuvent être lavés avec le détersif habituel, en même temps que les vêtements des autres membres de la maisonnée, et préféablement à l'eau chaude. Les mouchoirs de papier et le matériel jetable utilisés par le cas doivent être préféablement jetés dans une poubelle munie d'un couvercle et doublée d'un sac qui sera fermé hermétiquement une fois plein et jeté au moment de la collecte des ordures. Les surfaces et les articles touchés par le cas devraient être nettoyés quotidiennement avec des détergents ménagers ordinaires. La vaisselle et les ustensiles de la personne malade devraient être lavés avec du savon et de l'eau après utilisation. Ils peuvent être lavés avec ceux des autres membres de la maisonnée. Lorsque cela est possible, les espaces communs – notamment, la cuisine et la salle de bain – devraient être bien ventilés (par exemple, en ouvrant les fenêtres). Éviter le contact direct avec les liquides corporels de la personne malade, en particulier les sécrétions buccales ou respiratoires et les selles. Éviter les contacts avec les objets contaminés par la personne malade. Par exemple, éviter de partager la brosse à dents, les cigarettes, les ustensiles, les verres, les serviettes, les débarbouillettes ou la literie utilisés par cette personne. CONSIGNES POUR LA CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ Si le cas se trouve dans l'obligation d'aller consulter un professionnel de la santé, il doit communiquer avec la DSP. Des consignes lui seront alors transmises (par exemple, porter un masque chirurgical ou éviter d'utiliser les transports en commun), de façon à réduire le plus possible les expositions potentielles. La DSP devra aviser ce professionnel de la visite du patient et des mesures à prendre pour éviter les expositions.
--	---

Prise en charge des contacts étroits	GÉNÉRALITÉS Les mesures pour les contacts étroits s'appliquent pendant la <u>période de surveillance</u> correspondant aux dix jours suivant le dernier contact étroit avec le cas ou jusqu'à ce que de nouvelles informations infirment le cas. Trois catégories de contacts étroits sont définies : 1) travailleurs de la santé ; 2) patients hospitalisés ; 3) contacts domiciliaires et autres contacts étroits. Les recommandations suivantes s'appliquent à ces trois catégories. Des particularités sont mentionnées plus loin, dans la section propre à chacune d'entre elles. VALIDATION ET ENQUÊTE • Vérifier si la personne répond à la définition de « contact étroit » (voir la section « Définitions »). • Effectuer une enquête auprès du contact à l'aide du questionnaire d'évaluation et de suivi (voir l'annexe 4). Cette enquête peut être faite par la DSP, l'équipe chargée de la PCI ou le Service de santé et sécurité au travail de l'établissement, selon la catégorie à laquelle appartient le contact et selon les modalités régionales existantes. Dans tous les cas, une étroite collaboration et des mécanismes de communication doivent être établis entre la DSP, les équipes chargées de la PCI ainsi que le Service de santé et sécurité au travail des établissements. PROPHYLAXIE ANTIVIRALE Il est recommandé d'offrir une prophylaxie postexposition (PPE) avec un inhibiteur de la neuraminidase (oseltamivir ou zanamivir¹⁰) à toute personne répondant à la définition de « contact étroit ». Il est indiqué de commencer la PPE jusqu'à dix jours après le dernier contact infectieux avec le cas. La responsabilité d'offrir une PPE aux contacts étroits relève du directeur de santé publique régional, en collaboration avec le médecin traitant d'un cas confirmé ou probable d'influenza A (H7N9) ou tout autre médecin pouvant recevoir ces contacts étroits en consultation.
--------------------------------------	--

10. Contrairement à ce qu'ils indiquent pour le traitement, les CDC ne privilégient aucun inhibiteur de la neuraminidase pour la PPE.

Prise en charge des contacts étroits (suite)	Les contacts étroits doivent commencer la PPE aussitôt que possible après l'exposition à un cas confirmé ou probable. Le traitement recommandé est de deux doses par jour ; cela préviendrait le développement d'une résistance chez les personnes en période d'incubation recevant une seule dose (OMS, 2014b ; CDC, 2013d ; ECDC, 2014 ; Public Health England, 2014). La PPE devrait se poursuivre pendant cinq jours si l'exposition non protégée au cas est terminée ou pendant dix jours si celle-ci se poursuit, notamment lorsqu'il s'agit des membres d'une maisonnée exposés à un cas (CDC, 2013d). Les posologies recommandées sont présentées à l'annexe 5. La PPE devrait faire l'objet d'un suivi et les résultats pertinents (infection malgré le traitement antiviral) devraient être rapportés à la DSP. VACCINATION Le vaccin le plus récent contre la grippe saisonnière devrait être offert, lorsque disponible, aux personnes qui sont des contacts étroits d'un cas et qui ne l'ont pas déjà reçu. Ce vaccin ne protège pas contre la grippe aviaire ; toutefois, il peut réduire le risque de double infection par les virus de l'influenza aviaire et humaine, ce qui permet de réduire les risques de réassortiment génétique (Québec. MSSS, 2013). 1) CONTACTS ÉTROITS : TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ PRÉVENTION DES INFECTIONS Les travailleurs de la santé qui répondent à la définition de « contact étroit » d'un cas peuvent demeurer au travail s'ils sont asymptomatiques (sans fièvre, ni toux ou difficultés respiratoires). Toutefois, ils doivent à la fois porter un masque chirurgical ou de procédure en tout temps lorsqu'ils se trouvent dans le milieu de soins et recevoir une PPE. Les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire doivent être respectées rigoureusement pendant la période de surveillance. RESTRICTION DES ACTIVITÉS Il n'est pas recommandé aux travailleurs de la santé qui sont des contacts étroits (asymptomatiques) de restreindre leurs activités ou de reporter un voyage. Toutefois, dans la mesure du possible, ils devraient envisager de résider à un endroit où les soins de santé sont facilement accessibles.
--	--

Prise en charge des contacts étroits (suite)	SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES Les travailleurs de la santé doivent surveiller l'apparition des symptômes de la maladie, soit fièvre, toux ou difficultés respiratoires, tout au cours de la période de surveillance. La surveillance active doit être assurée par le Service de santé et sécurité au travail de leur établissement, ou selon les modalités régionales existantes. Si ces travailleurs développent un ou plusieurs symptômes compatibles avec la grippe, ils doivent immédiatement être retirés de leur milieu de travail. Ils doivent aussi communiquer avec le Service de santé et sécurité au travail de leur établissement et avoir une évaluation médicale. La DSP doit en être informée pour pouvoir ensuite aviser le milieu de la venue de la personne et des mesures à prendre pour éviter les expositions. Ils doivent être pris en charge de la façon indiquée à la section « Prise en charge des cas » jusqu'à ce que le résultat des analyses soit connu. 2) CONTACTS ÉTROITS : PATIENTS HOSPITALISÉS PRÉVENTION DES INFECTIONS En toute circonstance, l'équipe chargée de la PCI doit être avisée lorsqu'un patient répond à la définition de « contact étroit » d'un cas. Des précautions contre la transmission par contact et gouttelettes doivent être mises en place pour ces personnes. Les déplacements du patient hors de sa chambre devraient être limités à ceux que commandent des raisons médicales et, pendant ces déplacements, le patient doit porter un masque de procédure. Les contacts étroits hospitalisés et leurs visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains – par exemple, en se lavant fréquemment les mains ou en utilisant une solution hydroalcoolique – ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoire, notamment en se couvrant la bouche lorsqu'ils toussent (Québec. MSSS, 2012). SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES L'apparition des symptômes de la maladie, soit fièvre, toux ou difficultés respiratoires, doit faire l'objet d'une surveillance active, tout au cours de la période de surveillance, par l'équipe traitante de l'établissement. Si un patient hospitalisé ayant eu un contact étroit avec un cas présente des symptômes compatibles avec la grippe, la personne responsable de la prévention des infections et la DSP doivent en être informées. Ces patients doivent être pris en charge de la façon indiquée à la section « Prise en charge des cas » jusqu'à ce que le résultat des analyses soit connu.
--	---

Prise en charge des contacts étroits (suite)	Si un contact étroit hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSP doit en être informée afin que la surveillance des symptômes se poursuive et que les mesures de prévention de l'infection soient appliquées à domicile ou dans le milieu de vie du patient (voir la section suivante, « Contacts domiciliaires et autres contacts étroits »). 3) CONTACTS DOMICILIAIRES ET AUTRES CONTACTS ÉTROITS PRÉVENTION DES INFECTIONS Les contacts étroits doivent être encouragés à appliquer l'hygiène des mains – par exemple, en se lavant fréquemment les mains ou en utilisant une solution hydroalcoolique – ainsi que l'hygiène respiratoire, notamment en se couvrant la bouche lorsqu'ils toussent (Québec, MSSS, 2012). Le port du masque n'est pas recommandé pour les contacts domiciliaires (asymptomatiques), sauf s'ils doivent fournir des soins à une personne malade (voir la section « Prise en charge des cas à domicile »). RESTRICTION DES ACTIVITÉS Il n'est pas recommandé aux contacts étroits (asymptomatiques) de restreindre leurs activités ou de reporter un voyage. Toutefois, dans la mesure du possible, ils devraient envisager de résider à un endroit où les soins de santé sont facilement accessibles. SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES L'apparition des symptômes de la maladie, soit fièvre, toux ou difficultés respiratoires, doit faire l'objet d'une surveillance tout au cours de la période de surveillance (voir l'annexe 3b). Ainsi, une surveillance active doit être assurée, tous les deux ou trois jours, par la DSP de la région sociosanitaire où réside le contact étroit. Si les contacts étroits développent des symptômes compatibles avec la grippe, ils doivent limiter le plus possible les contacts avec les autres et communiquer avec la DSP. Ils doivent avoir une évaluation médicale et être pris en charge de la façon indiquée à la section « Prise en charge des cas » jusqu'à ce que le résultat des analyses soit connu. Si la condition de la personne ne nécessite pas d'hospitalisation : • s'assurer que les prélèvements sont effectués dans un milieu où l'on peut appliquer les pratiques de base ainsi que les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne, incluant une protection oculaire ; • se référer à la section « Isolement des cas à domicile » en attendant le résultat des prélèvements.
--	--

Prise en charge des contacts étroits (suite)	CONSIGNES POUR LA CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ Si la personne se trouve dans l'obligation d'aller consulter un professionnel de la santé, elle doit communiquer avec la DSP. Des consignes lui seront alors transmises (par exemple, porter un masque chirurgical ou éviter d'utiliser les transports en commun), de façon à réduire le plus possible les expositions potentielles. La DSP devra aviser le professionnel de la visite de cette personne et des mesures à prendre pour éviter les expositions.
--	--

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA – ASPC (2013a). *Définition de cas nationale et provisoire : Infection par le virus de la grippe aviaire A(H7N9)*, [En ligne], Mis à jour le 23 septembre 2013. [www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/case-definition-cas-fra.php].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA – ASPC (2013b). *Gestion de la santé publique à l'égard de la maladie humaine associée au virus de la grippe aviaire A(H7N9) : Directives provisoires concernant le confinement en présence de cas importés de transmission interhumaine limitée soupçonnés ou confirmés au Canada*, [En ligne], Mis à jour le 25 octobre 2013. [www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/guidance-directives/h7n9-2-fra.php#rec2].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA – ASPC (2013c). *Directives provisoires – virus de la grippe aviaire A(H7N9) : Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections dans les établissements de soins actifs*, [En ligne], Mis à jour le 26 juin 2013. [www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/guidance-directives/h7n9-ig-dp-fra.php].

ALLEN, Upton D. (2013). *L'utilisation d'antiviraux contre l'influenza : des conseils pour les praticiens en 2012-2013 – Sommaire relatif à la pédiatrie : Point de pratique*, [En ligne], Société canadienne de pédiatrie, page affichée le 1^{er} mars. [www.cps.ca/fr/documents/position/utilisation-antiviraux-contre-influenza-aommaire-pediatrique-2012-2013].

ASSOCIATION MÉDICALE POUR LA MICROBIOLOGIE ET L'INFECTIOLOGIE CANADA – AMMI (2013). *Interim Guidance for Antiviral Prophylaxis and Treatment of Influenza Illness due to Avian Influenza A(H7N9) Virus*, [En ligne], Révisé le 12 juillet 2013, [s. l.], AMMI, 15 p. [www.ammi.ca/media/54869/revised_h7n9_antiviral_guidance_july_16_2013_final.pdf].

BAAS, C., et autres (2013). « A Comparison of rapid point-of-care tests for the detection of avian influenza A(H7N9) virus, 2013 », [En ligne], *Eurosurveillance*, vol. 18, no 21, 23 mai. [www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20487].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2013a). *Interim Guidance for Infection Control Within Healthcare Settings When Caring for Patients with Confirmed, Probable, or Cases Under Investigation of Avian Influenza A(H7N9) Virus Infection*, [En ligne], Mis à jour le 22 avril 2013. [www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-infection-control.htm] (Uniquement disponible en anglais).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2013b). *Interim Guidance on Case Definitions to be Used for Novel Influenza A (H7N9) Case Investigations in the United States*, [En ligne], Mis à jour le 7 juillet 2013. [www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9/case-definitions.htm] (Uniquement disponible en anglais).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2013c). *Interim Guidance on the Use of Antiviral Agents for Treatment of Human Infections with Avian Influenza A (H7N9) Virus*, [En ligne], Mis à jour le 30 septembre 2013. [www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-antiviral-treatment.htm] (Uniquement disponible en anglais).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2013d). *Interim Guidance on the Use of Antiviral Medications for Chemoprophylaxis of Close Contacts of Persons with Avian Influenza A (H7N9) Virus Infection*, [En ligne], Mis à jour le 30 septembre 2013.

[www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-av-chemoprophylaxis-guidance.htm] (Uniquement disponible en anglais).

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2009). *Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI), de l'influenza aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins*, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique du Québec, II, 58 p.

[www.inspq.qc.ca/pdf/publications/948_AvisInfluenzaAH5N1GrippeAH1N1.pdf].

COWLING, B. J., et autres (2013). « Comparative epidemiology of human infections with avian influenza A H7N9 and H5N1 viruses in China: a population-based study of laboratory-confirmed cases », [En ligne], *The Lancet*, vol. 382, n° 9887, 13 juillet, p. 129-137.

[[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61171-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61171-X/fulltext)].

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – ECDC (2014). *Rapid Risk Assessment: Human Infection with Avian Influenza A Viruses, China, 24 February 2014*, [En ligne], Stockholm, ECDC, 22 p. [www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/avian-flu-china-rapid-risk-assessment-26022014.pdf].

GAO, H.-N., et autres (2013). « Clinical findings in 111 cases of influenza A (H7N9) virus infection », [En ligne], *The New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 24, 13 juin, p. 2277-2285. [www.nejm.org/toc/nejm/368/24/].

HUAI, Y., et autres (2008). « Incubation period for human cases of avian influenza A(H5N1) infection, China », [En ligne], *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14, n° 11, novembre, p. 1819-1821. [wwwnc.cdc.gov/eid/article/14/11/pdfs/08-0509.pdf] (Uniquement disponible en anglais).

HUANG, Y., et autres (2014). « Probable longer incubation period for human infection with avian influenza A(H7N9) virus in Jiangsu Province, China, 2013 », [En ligne], *Epidemiology and Infection*, Mis en ligne le 24 février, DOI: 10.1017/S0950268814000272, p. 1-7.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC – LSPQ (2014). *Guide des services : Détection rapide d'agents étiologiques viraux et bactériens dans le cas d'une maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI)*, [En ligne], 3 p.

[www.inspq.qc.ca/lspq/fichespdf/guide_services_investigation_MRS.pdf].

LI, Q., et autres (2014). « Epidemiology of human infections with avian influenza A(H7N9) virus in China », [En ligne], *The New England Journal of Medicine*, vol. 370, n° 6, 6 février, p. 520-532. [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1304617].

LI, Q., et autres (2013). « Preliminary report: Epidemiology of the avian influenza A (H7N9) outbreak in China », [En ligne], *The New England Journal of Medicine*, Mis en ligne le 24 avril, 11 p.

[[beid.ddc.moph.go.th/th_2011/upload/files/NEJMoa%20and%20Li%20et%20a%20Supplementary%20Appendices\(1\).pdf](http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/upload/files/NEJMoa%20and%20Li%20et%20a%20Supplementary%20Appendices(1).pdf)].

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH – NIH (2013). *NIH Begins Testing H7N9 Avian Influenza Vaccine Candidate*, [En ligne], Communiqué, Mis en ligne le 18 septembre.
[\[www.nih.gov/news/health/sep2013/niid-18.htm\]](http://www.nih.gov/news/health/sep2013/niid-18.htm).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2014a). *Background and summary of human infection with avian influenza A(H7N9) virus - as of 31 January 2014*, [En ligne], [5] p.
[\[www.who.int/influenza/human_animal_interface/20140131_background_and_summary_H7N9_v1.pdf?ua=1\]](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/20140131_background_and_summary_H7N9_v1.pdf?ua=1) (Contenu incomplet en français).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2014b). *Post-Exposure Antiviral Chemoprophylaxis of Close Contacts of a Patient with Confirmed H7N9 Virus Infection and/or High rRsk Poultry/Environmental Exposures*, [En ligne], 2 p.
[\[www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/13_January_2013_PEP_recs.pdf?ua=1\]](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/13_January_2013_PEP_recs.pdf?ua=1) (Contenu incomplet en français).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2014c). *Recommended Composition of Influenza Virus Vaccines for Use in the 2014-2015 Northern Hemisphere Influenza Season*, [En ligne], 15 p.
[\[www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201402_recommendation.pdf?ua=1\]](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201402_recommendation.pdf?ua=1) (Contenu incomplet en français).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2013a). *Overview of the Emergence and Characteristics of the Avian Influenza A(H7N9) Virus*, [En ligne], 38 p.
[\[www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/WHO_H7N9_review_31May13.pdf\]](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/WHO_H7N9_review_31May13.pdf) (Contenu incomplet en français).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2013b). *Standardization of the Influenza A(H7N9) Virus Terminology – 16 April 2013*, [En ligne], 1 p.
[\[www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/H7N9VirusNaming_16Apr13.pdf\]](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/H7N9VirusNaming_16Apr13.pdf) (Contenu incomplet en français).

PUBLIC HEALTH ENGLAND (2014). *Guidance Note: Prophylaxis for close contacts of confirmed cases of avian influenza A(H7N9)*, [En ligne], 1 p.
[\[www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317140773026\]](http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317140773026).

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Protocole d'immunisation du Québec*, [En ligne], Section 10.5.1, « Inf injectable : vaccin injectable contre l'influenza 2013-2014 », Mise à jour de septembre 2013, p. 351-359.
[\[www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/pig/\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/pig/)

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Grippe - Outils d'information*, [En ligne], Section « Hygiène et prévention ».
[\[www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?outils_info#prevention\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?outils_info#prevention)

ANNEXE 1

Tableau synthèse pour la prise en charge des cas et de leurs contacts

Cas ou contact	Validation et enquête	Situation	Restriction des activités ⁽¹⁾	Prévention des infections ⁽¹⁾	Surveillance des symptômes ⁽¹⁾	Traitement antiviral	Vaccination
Cas	Vérification de la correspondance du patient à l'une des trois définitions S'assurer que les échantillons sont transmis au LSPQ Probable et confirmé : Enquête auprès du cas à l'aide du questionnaire fédéral (annexe 2) Recherche des contacts étroits (pour les cas probables et les cas confirmés seulement)	Patient hospitalisé	S. O.	Précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne, incluant une protection oculaire Avis à la DSP lorsque les mesures de précautions sont levées et au moment où le patient obtient son congé	Équipe soignante	Débuter l'oseltamivir, le plus rapidement possible (sauf exception)	Vaccination contre la grippe saisonnière non indiquée
		Patient à domicile	Isolement du patient à domicile jusqu'à la fin des symptômes	Limitation des contacts avec les autres ⁽²⁾ Soins fournis par un professionnel de la santé : voir ci-dessus (prévention des infections concernant un patient hospitalisé) Soins fournis par un proche, lequel : - ne devrait pas présenter un risque élevé au regard des complications de la grippe ; - doit porter un masque chirurgical ou de procédure ; - doit utiliser des gants jetables pour donner des soins buccaux ou respiratoires ; - doit se laver les mains ; - doit limiter ses contacts avec les autres.	Patient : Prise en note de sa température une fois par jour et de ses symptômes (annexe 3a) DSP : Surveillance active tous les deux ou trois jours		

Cas ou contact	Validation et enquête	Situation	Restriction des activités ⁽¹⁾	Prévention des infections ⁽¹⁾	Surveillance des symptômes ⁽¹⁾	Traitement antiviral	Vaccination
Contact étroit	Vérification de la correspondance de la personne à la définition de « contact étroit » Enquête auprès du contact à l'aide du questionnaire d'évaluation et de suivi (annexe 4)	Travailleur de la santé	Si possible, rester à un endroit où les soins de santé sont facilement accessibles	Si la personne est asymptomatique : travail possible en portant un masque chirurgical ou de procédure et en respectant les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire	Autosurveillance Surveillance active par le Service de SST ou autre, selon les modalités régionales Si symptômes : - retrait du milieu de travail - avis au Service de la SST - évaluation médicale - avis à la DSP	PPE recommandée avec oseltamivir ou zanamivir	Vaccination contre la grippe saisonnière indiquée
		Patient hospitalisé	Limitation des déplacements hors de la chambre à ceux que commandent des raisons médicales	- Précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact - Hygiène des mains - Hygiène et étiquette respiratoire	Surveillance active par l'équipe soignante Si symptômes : Avis à l'équipe chargée de la PCI et à la DSP Avis à la DSP lorsque le patient obtient son congé et que la période de surveillance n'est pas terminée		
		Contact domiciliaire et autres	Pas de restriction des activités si la personne est asymptomatique Si possible, rester à un endroit où les soins de santé sont facilement accessibles	Hygiène des mains Hygiène respiratoire Port d'un masque chirurgical seulement pour donner des soins à une personne malade	Autosurveillance (annexe 3b) Surveillance active par la DSP tous les deux ou trois jours Si symptômes(3) : - limitation des contacts avec les autres - avis à la DSP - évaluation médicale		

Abréviations : DSP : Direction de santé publique ; LSPQ : Laboratoire de santé publique du Québec ; PCI : prévention et contrôle des infections ; S. O. : sans objet ; SST : santé et sécurité au travail.

(1) Cas : Les consignes s'appliquent à toute la durée de la maladie.

Contacts : Les consignes s'appliquent aux dix jours suivant le dernier contact étroit avec un cas ou jusqu'à ce que de nouvelles informations infirment le cas.

(2) Le cas isolé à domicile doit limiter ses contacts avec les autres personnes de la maison (par exemple, en restant seul dans une pièce). Sinon, il doit : rester à une distance minimale de deux mètres des autres personnes ; porter un masque chirurgical ou de procédure ou, si ce n'est pas possible, couvrir son nez et sa bouche avec un linge propre ou un mouchoir de papier ; éviter les contacts étroits avec les personnes pour qui le risque de complications liées à la grippe est élevé (voir le Protocole d'immunisation du Québec, chapitre 10.5) ; éviter de recevoir des visiteurs ou en limiter le nombre. Le port du masque n'est pas recommandé pour les contacts domiciliaires asymptomatiques, sauf s'ils doivent fournir des soins à la personne malade.

(3) Si le contact développe des symptômes (fièvre, toux ou difficultés respiratoires) et se trouve dans l'obligation d'aller consulter un professionnel de la santé, il doit communiquer avec la DSP. Des consignes lui seront alors transmises (par exemple, porter un masque chirurgical ou éviter d'utiliser les transports en commun), de façon à réduire le plus possible les expositions potentielles. La DSP devra aviser les professionnels de la visite de cette personne et des mesures à prendre pour éviter les expositions.

ANNEXE 2
Questionnaire épidémiologique
pour
un agent pathogène respiratoire émergent
et les maladies respiratoires sévères infectieuses

Ce document est une reproduction de la version consultable à l'adresse Web suivante :

www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/form-formulaire-fra.php

Le contenu de l'annexe 2 provenant de l'adresse Web précédente a été produit ou rassemblé par l'Agence de la santé publique du Canada afin d'offrir aux Canadiens l'accès aux renseignements concernant les programmes et services offerts par le gouvernement du Canada. Il peut être reproduit en totalité ou en partie à des fins non commerciales, dans un format quelconque, sans frais ni autre permission, à condition : de faire preuve de diligence raisonnable quant à la précision du contenu reproduit, de préciser le titre complet du document reproduit ainsi que l'auteur, et de préciser qu'il s'agit d'une reproduction de la version disponible à l'adresse web mentionnée ci-haut.

Public Health
Agency of CanadaAgence de la santé
publique du Canada

Version 0.6 (dernière mise à jour : 15 avril 2013)

Formulaire de déclaration des cas d'agents pathogènes respiratoires émergents et les infections respiratoires aiguës sévères (IRAS)

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS SUR LE PATIENT – réservé à l'usage local, provincial et territorial NE PAS FAIRE SUIVRE CETTE SECTION À L'AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA	
Renseignements relatifs au PATIENT	Renseignements relatifs au MANDATAIRE
Nom : _____	Le répondant est-il un mandataire (p. ex. pour un patient décédé, un enfant)?
Prénom : _____	☐ Non ☐ Oui (fournissez les renseignements demandés ci-dessous)
Adresse de résidence principale : _____	
	Nom : _____
Ville : _____ Province/territoire : _____	Prénom : _____
Code postal : _____ Région sanitaire locale : _____	
	Lien avec le patient : _____
Numéro(s) de téléphone : (____) _____ - _____	Numéro(s) de téléphone : (____) _____ - _____
	(____) _____ - _____
Date de naissance : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)	
Numéro d'identification local du cas : _____	
Coordonnées du déclarant	
Nom et prénom : _____	
Numéro de téléphone : (____) _____ - _____	
Courriel : _____	

Instructions pour remplir le formulaire

- Veuillez remplir le formulaire en donnant le plus de précisions possible au moment de la déclaration initiale.
- Tous les champs ne pourront être remplis au moment de la déclaration initiale, mais ils seront mis à jour lorsque les renseignements deviendront disponibles.

Instructions pour les autorités locales de santé publique

- **Déclaration** : Veuillez utiliser les méthodes locales, provinciales ou territoriales normales pour déclarer les cas.
- **Voyage** : Le bureau des services de la quarantaine de l'Agence de la santé publique du Canada peut aider à demander les listes des passagers d'un transporteur, lorsque les autorités locales de santé publique en font la demande. Les autorités locales de santé publique peuvent communiquer avec le gestionnaire d'astreinte au 1-416-MANAGER (626-2437).

Instructions pour les autorités de santé publique provinciales/territoriales

- **Déclaration** : Envoyez par télécopieur le formulaire dûment rempli (sans la première page) au 1-800-332-5584 puis envoyez un avis par courriel (sans joindre le formulaire) à l'adresse HSFLUEPI@phac-aspc.gc.ca, dans les 24 heures qui suivent la déclaration du cas à l'agence de santé publique provinciale ou territoriale.
- Après les heures normales de bureau (8:00-17:00 HE) s'il vous plaît communiquer avec le médecin de l'Agence sur appel au 613-952-7940.

Public Health
Agency of CanadaAgence de la santé
publique du Canada

Version 0.6 (dernière mise à jour : 15 avril 2013)

Formulaire de déclaration des cas d'agents pathogènes respiratoires émergents et les infections respiratoires aiguë sévères (IRAS)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS			
Province/territoire de déclaration :			
☐ BC ☐ AB ☐ SK ☐ MB ☐ ON ☐ QC ☐ NB ☐ NS ☐ PE ☐ NL ☐ YK ☐ NT ☐ NU			
Coordonnées du déclarant de la province/du territoire		Numéro d'identification provincial/territorial du cas :	
Nom et prénom : _____		_____	
Numéro de téléphone : () _____ - _____			
Courriel : _____			
☐ Déclaration initiale ☐ Déclaration mise à jour		Date de la déclaration : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)	
S'agit-il d'une écloison ou d'un cas lié à une grappe?		Si le cas est lié à une écloison provinciale/territoriale, précisez le numéro d'identification provincial/territorial de l'écloison : _____	
☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le numéro d'identification local de l'écloison : _____		Nombre de personnes malades touchées par l'écloison : _____	
L'écloison a-t-elle été déclarée et publiée?			
☐ Oui ☐ Non			
TYPE DE CAS			
☐ Infection respiratoires aiguë sévère ☐ Nouveau coronavirus ☐ Autre nouvel agent pathogène des voies respiratoires Précisez : _____		☐ Nouvelle grippe A ☐ H1__ ☐ H3__ ☐ H5__ ☐ H7__ ☐ Autre : _____ ☐ Nouvelle grippe B : _____	
CLASSIFICATION DU CAS AUX FINS DE SURVEILLANCE (veuillez vous reporter aux définitions des cas, le cas échéant)			
☐ Cas suspect/patient faisant l'objet d'une enquête		☐ Cas probable	
		☐ Cas confirmé	
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES			
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Inconnu		Âge : _____ ans Si moins de 2 ans _____ mois	
		☐ Inconnu	
Le patient est-il identifié comme autochtone? ☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Inconnu			
Si oui, indiquez le peuple : ☐ Premières nations ☐ Métis ☐ Inuit			
Le patient habite-t-il la plupart du temps sur une collectivité de la Première nation? ☐ Oui ☐ Non			
☐ Refus de répondre ☐ Inconnu			
SYMPTÔMES (cochez toutes les réponses pertinentes)			
Date d'apparition des premiers symptômes : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)			
☐ Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ☐ Fébrilité (température non prise) ☐ Toux ☐ Production d'expectoration ☐ Maux de tête ☐ Rhinorrhée/congestion nasale ☐ Maux de gorge	☐ Ganglions lymphatiques enflés ☐ Éternuements ☐ Conjonctivite ☐ Otite ☐ Fatigue/prostration ☐ Malaise/frissons ☐ Myalgie/douleurs musculaires ☐ Arthralgie/douleurs articulaires	☐ Essoufflement/difficulté respiratoire ☐ Douleurs thoraciques ☐ Anorexie/perte d'appétit ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ Douleurs abdominales	☐ Saignements de nez ☐ Érythème ☐ Crises ☐ Vertiges ☐ Autre, précisez : _____ _____ _____

Province/territoire : _____ Numéro d'identification provincial/territorial du cas : _____

Page 2 sur 6

Public Health
Agency of CanadaAgence de la santé
publique du Canada

Version 0.6 (dernière mise à jour : 15 avril 2013)

ÉVOLUTION CLINIQUE, HOSPITALISATIONS, COMPLICATIONS et RÉSULTAT

Date de la première visite aux fins d'obtention de soins médicaux : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Évaluations cliniques (cochez toutes les réponses pertinentes)☐ Altération de l'état mental☐ Arythmie☐ Signes cliniques ou radiologiques de pneumonie☐ Diagnostic de syndrome de détresse respiratoire aiguë☐ Encéphalite☐ Hypotension☐ Méningisme/raideur de la nuque☐ Saturation en oxygène☐ ≤ 95 %☐ Insuffisance rénale☐ Sepsie☐ Tachypnée (fréquence respiratoire accélérée)☐ Autre (précisez) :Le patient a-t-il été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Diagnostic au moment de l'admission : _____

Date d'admission : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Date de réadmission : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Le patient a-t-il été admis à l'unité de soins intensifs?

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Date d'admission à l'unité de soins intensifs :

____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Date de sortie de l'unité de soins intensifs :

____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Le patient a-t-il été placé en isolement hospitalier? ☐ Oui☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le type d'isolement (p. ex. précaution contre la transmission par gouttelettes de salive, pression négative) : _____

Oxygénothérapie d'appoint ☐ Oui ☐ Non ☐ InconnuVentilation artificielle ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le nombre de jours sous ventilation : _____

Patient sorti de l'hôpital : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Date de sortie 1 : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Patient transféré vers un autre hôpital : ☐ Oui ☐ Non

Date de sortie 2 : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Date de transfert : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

☐ InconnuSituation actuelle : ☐ Rétablissement ☐ Stabilisation ☐ Aggravation ☐ Décès ____/____/____ (jj/mm/aaaa)Autopsie effectuée après le décès : ☐ Oui ☐ En attente ☐ Non ☐ InconnuLe décès est-il attribué ou lié à la maladie respiratoire? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Cause du décès (comme indiqué sur le certificat de décès) : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX et FACTEURS DE RISQUE (cochez toutes les réponses pertinentes)☐ Aucun

Maladie cardiaque

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Hémoglobinopathie/anémie

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Maladie hépatique

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Traitement immunosuppresseur

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Maladie métabolique

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Consommation de substances psychoactives

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu☐ Diabète☐ Obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30)☐ Autre : _____☐ Tabagisme (actuel)☐ Abus d'alcool☐ Utilisation de drogues injectables☐ Autre : _____

Néphropathie

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Néoplasie

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Maladie respiratoire

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu

Autres maladies chroniques

Si oui, précisez :

☐ Oui ☐ Non☐ Inconnu☐ Asthme

Province/territoire : _____ Numéro d'identification provincial/territorial du cas : _____

Page 3 sur 6

Public Health
Agency of CanadaAgence de la santé
publique du Canada

Version 0.6 (dernière mise à jour : 15 avril 2013)

☐ Tuberculose ☐ Autre : _____					
Troubles neurologiques ☐ Oui ☐ Non <i>Si oui, précisez :</i> ☐ Trouble neuromusculaire ☐ Inconnu ☐ Épilepsie ☐ Autre : _____		Grossesse ☐ Oui ☐ Non <i>Si oui, précisez la semaine de grossesse en cours :</i> _____ ☐ Inconnu			
Immunodéficience ☐ Oui ☐ Non <i>Si oui, précisez :</i> ☐ Inconnu		Post-partum (≤ 6 semaines) ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu			
TRAITEMENT (tout renseignement supplémentaire peut être transmis sur une page distincte au besoin)					
Un traitement préventif a-t-il été prescrit au patient avant l'apparition des symptômes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu		Nom du traitement : _____ Date de la première dose : ____/____/____ (jj/mm/aaaa) Date de la dernière dose : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)			
Traitement du patient pour lutter contre cette infection : ☐ Médicaments antiviraux ☐ Traitement antibiotique ou antifongique ☐ Traitement immunosuppresseur ou immunorégulateur ☐ Traitement inconnu ☐ Aucun traitement		Nom du traitement (1) : _____ Date de la première dose (1) : ____/____/____ (jj/mm/aaaa) Date de la dernière dose (1) : ____/____/____ (jj/mm/aaaa) Nom du traitement (2) : _____ Date de la première dose (2) : ____/____/____ (jj/mm/aaaa) Date de la dernière dose (2) : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)			
VACCINATION					
Le patient a-t-il reçu le vaccin contre la grippe saisonnière de l'année en cours? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Pas encore disponible		<i>Si oui, précisez la date de vaccination :</i> ____/____/____ (jj/mm/aaaa)			
Le patient a-t-il reçu le vaccin contre la grippe saisonnière de l'année précédente? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu					
Le patient a-t-il déjà reçu un vaccin antipneumococcique? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu <i>Si oui, précisez l'année de la dose la plus récente :</i> ____/____/____ (jj/mm/aaaa) <i>Si oui, précisez le type de vaccin :</i> ☐ Polysaccharide ou ☐ Conjugué : 7 ou 13					
DONNÉES DU LABORATOIRE					
Microbiologie/Virologie/Sérologie (remplir le tableau le cas échéant)					
Identification du laboratoire	Date de prélèvement de l'échantillon	Type et source de l'échantillon	Méthode d'essai	Résultats de l'essai	Date de l'essai
Résistance aux antimicrobiens de l'/des agent(s) étiologique(s) soupçonné(s) (remplir le tableau le cas échéant)					
Identification du laboratoire	Nom de l'antimicrobien	Type et source de l'échantillon	Méthode d'essai	Résultats de l'essai	Date de l'essai

Province/territoire : _____ Numéro d'identification provincial/territorial du cas : _____

Page 4 sur 6

Public Health
Agency of CanadaAgence de la santé
publique du Canada

Version 0.6 (dernière mise à jour : 15 avril 2013)

IDENTIFICATION DE LA SOURCE : EXPOSITION (ajouter des renseignements dans la section prévue pour les commentaires, au besoin)

Voyage

Le patient a-t-il voyagé en dehors de sa province/son territoire de résidence ou à l'extérieur du Canada au cours des dix jours qui ont précédé l'apparition des symptômes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez ci-dessous (des renseignements supplémentaires peuvent être transmis sur une page distincte au besoin)

	Pays/ville visité(e)	Hôtel ou lieu de résidence	Dates du voyage
Voyage n° 1			
Voyage n° 2			

Le patient a-t-il pris l'avion ou un autre transporteur public au cours des dix jours ayant précédé l'apparition des symptômes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez ci-dessous :

Mode de déplacement	Nom du transporteur	N° du vol/transporteur	N° de siège	Ville d'origine	Dates du voyage

Humaine

Au cours des dix jours ayant précédé l'apparition des symptômes, le patient était-il en contact étroit (a pris soin de, a habité avec, a passé un temps considérable dans un endroit fermé [p. ex. avec un collègue] ou a été en contact direct avec d'autres sécrétions respiratoires) avec :

Un cas confirmé de la même maladie? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le numéro d'identification du cas : _____

Un cas probable ou suspecté de la même maladie?

Si oui, précisez la maladie : _____ ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

et le numéro d'identification du cas : _____

Une personne qui a eu de la fièvre, des symptômes respiratoires (toux ou maux de gorge) ou une maladie respiratoire comme la pneumonie? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le type de contact : _____

- ☐ Membre du ménage
☐ Personne travaillant dans un milieu de soins
☐ Personne travaillant au contact de patients
☐ Personne travaillant avec des animaux
☐ Personne ayant voyagé hors du Canada
☐ Personne travaillant dans un laboratoire
☐ Autre (préciser) : _____

Professionnelle/résidentielle :

Le patient est un :

- ☐ Travailleur de la santé ou un bénévole
Si oui, précisez s'il est en contact direct avec les patients : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
☐ Pensionnaire d'un établissement institutionnel
(résidence d'étudiants, refuge/foyer de groupe, prison, etc.)
☐ Travailleur de laboratoire manipulant des échantillons biologiques
☐ Travailleur dans une clinique vétérinaire
☐ Intervenant/assistant en milieu scolaire ou en garderie
☐ Travailleur agricole
☐ Résident d'un foyer pour personnes âgées ou d'un établissement de soins de longue durée
☐ Autre : _____

Animale
A. Contact direct (toucher ou manipuler)

Au cours des dix jours ayant précédé l'apparition des symptômes, le patient a-t-il été en contact direct avec des animaux ou des produits animaux (matières fécales, litières/nids, carcasses/viande fraîche, fourrure/peaux, etc.)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez la date du dernier contact direct : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Avec quels types d'animaux le patient a-t-il été en contact direct? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ Chats ☐ Chiens ☐ Chevaux ☐ Vaches ☐ Volailles ☐ Moutons/chèvres ☐ Oiseaux sauvages

Province/territoire : _____ Numéro d'identification provincial/territorial du cas : _____


☐ Rongeurs ☐ Porcs

☐ Gibier sauvage (p. ex. cerf) ☐ Chauves-souris ☐ Autre : _____

 L'animal a-t-il montré des symptômes de maladie ou était-il mort? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Où le contact direct s'est-il produit? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ Domicile ☐ Lieu de travail (remplissez la section professionnelle)

☐ Événement ou foire agricole/zoo pour enfants

☐ Travail en plein air/loisirs (camping, randonnée, chasse, etc.) ☐ Autre : _____

B. Contact indirect (p. ex. visiter une zone où des animaux sont présents, la traverser ou y travailler)

 Le patient a-t-il été en contact indirect avec des animaux au cours des dix jours qui ont précédé l'apparition des symptômes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez la date du dernier contact indirect : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

 Où le contact indirect s'est-il produit? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ Domicile ☐ Lieu de travail (remplissez la section professionnelle)

☐ Événement ou foire agricole/zoo pour enfants

☐ Travail en plein air/loisirs (camping, randonnée, chasse, etc.) ☐ Autre : _____

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES/COMMENTAIRES (au besoin)

À REMPLIR PAR : l'Agence de la santé publique du Canada

Date de réception : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Numéro d'identification du cas de l'Agence de la santé publique du Canada : _____

Si le cas est lié à une éclosion nationale, précisez le numéro d'identification national de l'éclosion : _____

Province/territoire : _____ Numéro d'identification provincial/territorial du cas : _____

ANNEXE 4

Évaluation et suivi d'un contact de grippe A(H7N9)

Identification du contact

Nom : Prénom :

Date de naissance :
A M J

Adresse :

Téléphone :
Domicile Travail Autre

Employeur : Téléphone :

Identification du cas

Nom : Prénom :

Nombre de personnes vivant sous le même toit : _____ adultes _____ enfants

Contact avec un cas : ☐ confirmé ☐ probable Date du dernier contact : _____ / _____ / _____
A M J

Type de contact : ☐ domiciliaire ☐ travailleur de la santé ☐ personne hospitalisée en même temps que le cas
☐ autre contact Préciser : _____

Circonstance du contact : _____

Répond à la définition de « contact étroit » : ☐ oui ☐ non ➔ contact non retenu (entrevue terminée)

Dans les dix jours qui ont suivi votre dernier contact avec le cas :

Avez-vous présenté des symptômes de fièvre ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous pris votre température avec un thermomètre ? ☐ oui ☐ non

→ Sinon, avez-vous un thermomètre à la maison ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre (Tylenol, Advil, AAS, etc.) ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous eu de la toux ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous eu des difficultés respiratoires ? ☐ oui ☐ non

Autres symptômes ? Si oui, les décrire : ☐ oui ☐ non

Est-ce que le contact a reçu une prophylaxie antivirale ? ☐ oui ☐ non

Évaluation : ☐ contact asymptomatique ➔ l'informer des recommandations et faire le suivi (Grille de suivi)
☐ contact symptomatique ➔ s'assurer que les échantillons soient prélevés et envoyés au LSPQ (voir la section « Prise en charge des cas »)

Évaluateur : _____ Date : _____
A M J

Grille de suivi d'un contact de grippe A(H7N9)

Recommandations

- Si possible, envisager de résider à un endroit où les soins de santé sont facilement accessibles
- Pas de restriction d'activités
- Autosurveillance quotidienne
- Suivi assuré par la Direction de santé publique tous les deux ou trois jours

Période d'observation

Date de fin de la période : / /

A M J

N. B. : Cette date correspond à une période de dix jours suivant la date du dernier contact infectieux avec le cas.

Date de vaccination
grippe saisonnière : / /

A M J

Date du début de la
prophylaxie : / /

A M J

Date du suivi (A/M/J)	Heure de l'appel	Température		Toux		Difficultés respiratoires		Autres symptômes (décrire)	Prise adéquate de la prophylaxie		Intervenant
				Oui	Non	Oui	Non		Oui	Non	
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											
/ /											

Commentaires/Notes d'évolution

ANNEXE 5

Posologies recommandées pour la prophylaxie antivirale d'un contact étroit d'un cas de H7N9

Il est indiqué de commencer la prophylaxie postexposition jusqu'à dix jours après le dernier contact infectieux avec le cas.

La durée du traitement est de cinq jours si l'exposition non protégée au cas est terminée ou de dix jours si celle-ci se poursuit (ex. : les membres d'une maisonnée exposés à un cas).

Oseltamivir (Tamiflu®)^{1,2}		
Adulte		
75 mg po 2 fois par jour		
Enfant ≥ 12 mois		
Poids (kg)	Poids (lb)	
≤15 kg	≤33 lb	30 mg po 2 fois par jour
> 15 kg à 23 kg	>33 lb à 51 lb	45 mg po 2 fois par jour
>23 kg à 40 kg	>51 lb à 88 lb	60 mg po 2 fois par jour
>40 kg	>88 lb	75 mg po 2 fois par jour
Enfant 3 mois à < 12 mois		
3 mg/kg/dose po 2 fois par jour		
L'oseltamivir n'est pas autorisé au Canada pour les enfants de moins d'un an. L'utilisation dans ce groupe d'âge devrait être considérée au cas par cas.		
Enfant < 3 mois		
Non recommandé sauf si la situation est jugée critique en raison des données limitées sur l'utilisation dans ce groupe d'âge.		
Zanamivir (Relanza®)^{1,3}		
Adulte et enfant ≥ 7 ans		
10 mg (2 inhalations de 5 mg) 2 fois par jour		
Enfant < 7 ans		
Le zanamivir n'est pas autorisé au Canada pour les enfants de moins de 7 ans.		

1. En cas d'insuffisance rénale, consulter les recommandations du document « Interim Guidance for Antiviral Prophylaxis and Treatment of Influenza Illness due to Avian Influenza A(H7N9) Virus » produit par AMMI Canada pour connaître la posologie.
2. Offert en capsules et en suspension.
3. Le zanamivir n'est pas recommandé pour les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques qui augmentent le risque de bronchospasme.

Sources : Association médicale pour la microbiologie et l'infectiologie Canada – AMMI (2013), *Interim Guidance for Antiviral Prophylaxis and Treatment of Influenza Illness due to Avian Influenza A(H7N9) Virus*, [En ligne], Révisé le 12 juillet 2013, [s. l.], AMMI, 15 p. [www.ammi.ca/media/54869/revised_h7n9_antiviral_guidance_july_16_2013_final.pdf] et CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2013d), *Interim Guidance on the Use of Antiviral Medications for Chemoprophylaxis of Close Contacts of Persons with Avian Influenza A (H7N9) Virus Infection*, [En ligne], Mis à jour le 30 septembre 2013. [www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-av-chemoprophylaxis-guidance.htm].