

Maladie à virus Ebola

Directive 1 – Révisée le 30 octobre 2014

LA PRÉSENTE DIRECTIVE REMPLACE LA DIRECTIVE N^o 1 ÉMISE LE 17 OCTOBRE 2014. LA DIRECTIVE N^o 1 ÉMISE LE 17 OCTOBRE 2014 EST ABROGÉE ET REMPLACÉE PAR CE QUI SUIT :

Au terme du paragraphe 77.7 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, c. H.7 (LPPS)

CONFORMÉMENT AU paragraphe 77.7 (1) de la LPPS, s'il est d'avis qu'il existe ou qu'il peut exister un danger immédiat pour la santé de personnes quelque part en Ontario, le médecin-hygiéniste en chef peut donner une directive à tout fournisseur de soins de santé ou à toute entité chargée de la fourniture de soins de santé concernant les précautions à prendre et les modalités à suivre pour protéger la santé de personnes n'importe où en Ontario.

CONFORMÉMENT AU paragraphe 77.7 (2) de la LPPS, le médecin-hygiéniste en chef prend en considération le principe de précaution si, d'une part, il est d'avis qu'une maladie infectieuse ou transmissible s'est ou peut s'être déclarée; d'autre part, la directive proposée porte sur la santé et la sécurité des travailleurs et notamment sur l'utilisation de vêtements, de matériel ou d'appareils de protection pour l'application du paragraphe 77.7 (1).

ATTENDU QUE la maladie à virus Ebola, associée à un taux de mortalité élevé, se propage actuellement dans trois pays d'Afrique de l'Ouest et qu'elle pourrait se propager au Canada et en Ontario, où elle représenterait un risque particulier pour les fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans des établissements de soins actifs.

JE CONSIDÈRE QUE la maladie à virus Ebola représente ou peut représenter un risque immédiat pour la santé des personnes en Ontario;

ET DÉCRÈTE ce qui suit en vertu des dispositions du paragraphe 77.7 de la LPPS.

Précautions et procédures pour les services de soins actifs

Publication : 30 octobre 2014

Entrée en vigueur : 30 octobre 2014

Destinataires* :

- Bureaux de santé publique
- Services médicaux d'urgence (soins préhospitaliers), CritiCall
- Laboratoires

Établissements et personnel de soins dans les milieux suivants :

- X Établissements de soins actifs
- Soins de longue durée et soins prolongés complexes
- Établissements de santé mentale
- Milieu communautaire (bureaux, cliniques, pharmacies, domiciles de patients, programmes de santé mentale et de toxicomanie en milieu communautaire, centres de santé communautaire, centres d'accès aux services de soins communautaires)
- Secteur(s) particulier(s) : _____

* Veuillez vous assurer de remettre une copie de cette directive aux coprésidents du comité de la santé et de la sécurité de votre établissement.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé concernés :

- X Tous
- Érié St-Clair
- Sud-Ouest
- Waterloo Wellington
- Hamilton Niagara Haldimand Brant
- Centre-Ouest
- Mississauga Halton
- Centre-Toronto
- Centre
- Centre-Est
- Sud-Est
- Champlain
- Simcoe Nord Muskoka
- Nord-Est
- Nord-Ouest

Résumé

La maladie à virus Ebola (MVE), associée à un taux de mortalité élevé, se propage actuellement en Afrique de l'Ouest. Au Canada, le risque de contracter ce virus est très faible, mais le système de soins de santé de l'Ontario doit se préparer à recevoir des personnes qui rentrent de l'étranger et qui sont atteintes de la maladie ou qui sont en période d'incubation.

En Ontario, les personnes les plus à risque sont les fournisseurs de soins de santé (FSS) et les personnes récemment arrivées des pays ou des régions touchés en Afrique de l'Ouest. En date du 30 octobre 2014, les pays et les régions touchés sont la Guinée, le Libéria, la Sierra Leone et la République démocratique du Congo¹.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a désigné 11 hôpitaux pour traiter les cas confirmés de la MVE². Ces 11 hôpitaux désignés doivent se préparer à gérer les cas soupçonnés³ et confirmés de la MVE. Les autres hôpitaux en Ontario doivent se préparer à gérer les cas soupçonnés de la MVE – puisqu'un cas soupçonné pourrait se présenter dans n'importe quel hôpital en Ontario.

La présente directive fournit des instructions à la direction et aux employés de tous les établissements de soins actifs sur les précautions à prendre et sur les procédures à suivre pour protéger les FSS et pour réduire considérablement le risque de transmission de la maladie.

Cette directive porte sur les précautions et sur les procédures relatives spécifiquement à la MVE dans les services de soins actifs. Des directives et des conseils concernant les autres milieux, y compris les services médicaux d'urgence, les établissements de soins de santé primaires et les laboratoires paraîtront sous peu. Le médecin hygiéniste en chef émettra également des directives sur la formation et sur l'élimination des déchets, entre autres.

Symptômes de la maladie à virus Ebola

Les symptômes de la MVE comprennent :

- la fièvre (38 °C ou plus élevée)
- de sévères maux de tête

¹ Les pays et les régions actuellement touchés par la MVE sont tenus à jour sur le site Web de la MVE du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'adresse www.ontario.ca/ebola.

² En date du 30 octobre 2014, le ministère a désigné deux hôpitaux pédiatriques et neuf hôpitaux pour adultes. Ces hôpitaux sont le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, l'Hospital for Sick Children de Toronto, le Hamilton Health Sciences, Horizon Santé-Nord, le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, l'Hôpital général de Kingston, le London Health Sciences Centre, l'Hôpital d'Ottawa, l'Hôpital St. Michael, l'Hôpital Sunnybrook et l'Hôpital Toronto Western (qui fait partie du Réseau universitaire de santé).

³ Un cas soupçonné est aussi connu comme étant une personne sous investigation. L'expression « cas soupçonné » est utilisée dans la présente directive.

- des douleurs musculaires
- la diarrhée
- des vomissements
- des maux de gorge
- des douleurs abdominales
- des saignements inexplicables

Précautions et procédures

Évaluation du risque

La transmission de la MVE peut se produire :

- directement par contact avec du sang, d'autres liquides organiques ou des gouttelettes
- indirectement par contact avec l'équipement, le matériel de soins ou des surfaces contaminées par du sang ou par d'autres liquides organiques
- possiblement par la génération d'aérosols lors de procédures qui en génèrent

Les employeurs doivent effectuer une évaluation des risques afin de déterminer quels FSS pourraient courir un risque d'exposition à un patient dont la MVE est soupçonnée ou confirmée, ou encore à l'environnement ou aux déchets d'un tel patient. Les employeurs devraient collaborer avec le comité mixte de santé et de sécurité et avec le représentant en matière de santé et de sécurité (le cas échéant) pour déterminer les mesures qui s'imposent pour contrôler le risque d'infection à la MVE.

Les FSS doivent effectuer une évaluation des risques au point de soins avant chaque interaction avec un patient et chaque contact avec son environnement ou ses déchets. Le but de cette évaluation est de déterminer le risque d'exposition à un agent infectieux ou à une source infectée afin de prendre les mesures de sécurité qui s'imposent. Les employeurs doivent s'assurer que les FSS tiennent compte, dans leurs évaluations du risque au point de soins et des dernières directives liées à la prévention, à la santé et à la sécurité au travail (SST) ainsi qu'au contrôle des infections en matière de MVE du médecin hygiéniste en chef, y compris tout ajout aux mesures de contrôle de l'équipement de protection individuel (ÉPI).

Restriction de l'accès

Les hôpitaux doivent recourir au processus d'évaluation du risque pour déterminer les contrôles administratifs à mettre en oeuvre pour restreindre les points d'accès et pour contrôler les déplacements dans l'établissement. Les hôpitaux doivent aiguiller les patients qui cherchent à se faire soigner au service des urgences (SU) vers une seule entrée afin de faciliter l'évaluation préliminaire et le triage à leur arrivée au SU.

Patients en service de consultation externe

Les patients en consultation externe dans les services de soins actifs doivent être interrogés au sujet de leurs déplacements dans les 21 derniers jours vers un pays ou une région touché par la MVE et des symptômes compatibles avec la MVE. En cas de doute, le patient doit être transféré au SU.

Le personnel de l'accueil en consultation externe doit continuer de suivre les pratiques de base habituelles et les précautions supplémentaires pour décider du choix de l'ÉPI approprié. La présente directive ne recommande aucun ÉPI particulier pour ces FSS.

Pratiques de base

Dans certains cas, les patients atteints de la MVE ne peuvent pas être détectés immédiatement. L'utilisation cohérente et adéquate des pratiques de base demeure la meilleure défense contre la transmission de la MVE et d'autres infections. Les pratiques de base comprennent le recours à l'hygiène des mains, le nettoyage et la décontamination de tout le matériel partagé, le nettoyage régulier de l'environnement à l'aide d'un désinfectant dont l'utilisation dans les hôpitaux est approuvée, une attention méticuleuse à la sécurité entourant l'utilisation d'aiguilles et d'objets tranchants, et la réalisation d'une évaluation complète et minutieuse des risques au point de soins avant toutes les rencontres avec le patient.

En règle générale, on doit appliquer le principe de précaution.

Évaluation préliminaire/triage

Les patients qui consultent au SU doivent faire l'objet d'une évaluation préliminaire pour la MVE.

Les hôpitaux doivent poser des affiches à toutes les entrées demandant aux patients s'ils ont voyagé dans les 21 jours précédents vers les pays ou les régions touchés et s'ils ont des symptômes compatibles avec la MVE⁴. Il faut indiquer aux patients qui répondent à ces deux critères d'utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool, de mettre un masque chirurgical et de se rendre immédiatement à l'aire d'évaluation préliminaire et de triage.

À l'aire d'évaluation préliminaire et de triage du SU, un FSS doit interroger les patients sur leurs déplacements dans les 21 derniers jours vers un pays ou une région touché par la MVE et sur leurs symptômes compatibles avec la MVE. Les hôpitaux doivent avoir une barrière structurelle appropriée en place pour protéger les FSS effectuant les évaluations préliminaires et le triage.

Lorsqu'ils sont **protégés par une barrière structurelle appropriée**⁵, les FSS qui effectuent les évaluations préliminaires et le triage doivent avoir facilement accès à l'ÉPI suivant⁶ :

⁴ Un exemple d'affiche sera disponible sur le site Web de la MVE du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'adresse www.ontario.ca/ebola.

⁵ Une barrière structurelle appropriée doit satisfaire aux critères suivants : imperméable, transparente, facile à nettoyer et à décontaminer, permettant un dialogue entre le patient et le FSS, hauteur et largeur suffisantes pour empêcher tout contact physique et le passage de gouttelettes, d'éclaboussures ou de jets. Les exemples de barrières structurelles appropriées comprennent un panneau transparent de verre ou de plexiglas, ou encore une cabine fermée offrant la possibilité de communication verbale entre le FSS et le patient. Les hôpitaux doivent recourir au processus d'évaluation du risque pour déterminer les contrôles qui s'imposent pour l'aire d'évaluation préliminaire et de triage, y compris évaluer le caractère approprié de toute barrière structurelle existante.

- un respirateur N95 dont l'ajustement a été vérifié
- un écran facial complet
- des gants à longues manchettes
- une blouse étanche

Les FSS doivent revêtir cet ÉPI dès qu'ils ont déterminé un cas soupçonné.

Les FSS qui effectuent les évaluations préliminaires et le triage, mais **qui ne sont pas protégés par une barrière structurelle appropriée** doivent porter l'ÉPI décrit ci-dessus en tout temps.

Il faut ordonner à tout patient identifié comme étant un cas soupçonné de porter un masque chirurgical.

Suivant la détermination d'un cas soupçonné, l'aire d'évaluation préliminaire et de triage doit être condamnée, nettoyée et décontaminée (voir la section sur le [nettoyage et la décontamination](#)).

Analyse et placement des patients

Cas soupçonné

Les patients qui ont un historique de voyage et des symptômes compatibles avec la MVE doivent être immédiatement escortés de l'aire d'évaluation préliminaire et de triage vers une chambre à un lit dotée de sa propre salle de bain⁷, isolée des autres patients. Le cas échéant, une chambre d'isolement des infections aéroportées (CIIA) à pression négative, dotée d'une antichambre et de sa propre salle de bain est préférée.

Un spécialiste en maladies infectieuses ou un autre médecin doit effectuer une évaluation pour déterminer si le patient est un cas soupçonné et si une analyse de la MVE est indiquée. Une telle évaluation doit comprendre un examen des facteurs de risque épidémiologique (par ex., l'historique de voyage et les activités dans le pays ou la région touché) et le tableau clinique du patient. Le bureau de santé publique local et Santé Publique Ontario sont disponibles pour consultation. Le niveau de soupçon relativement à la MVE (fondé sur les facteurs de risque épidémiologique et sur le tableau clinique) doit déterminer s'il faut transférer le cas soupçonné vers un hôpital désigné ou le garder dans l'établissement actuel en attendant les résultats des tests en laboratoire. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou le réseau local d'intégration des services de santé pourraient fournir d'autres directives concernant le transfert des patients vers les hôpitaux désignés.

⁶ Un algorithme pour appuyer la prise de décisions concernant le choix de l'ÉPI pour les FSS qui effectuent l'évaluation préliminaire ou le triage sera disponible sur le site Web de la MVE du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'adresse www.ontario.ca/ebola.

⁷ Si une chambre à un lit dotée de sa propre salle de bain n'est pas disponible, les hôpitaux peuvent utiliser une chambre privée dotée d'une chaise d'aisance attitrée.

Les FSS doivent signaler les cas soupçonnés et confirmés au bureau de santé publique de leur région (voir la section sur le [signalement](#)).

Les hôpitaux doivent réduire au minimum le déplacement d'un cas soupçonné dans l'établissement. Il faut s'assurer que l'espace où le cas soupçonné sera isolé conviendra en cas de changement de son état de santé.

Cas confirmé

En ce qui concerne les hôpitaux désignés fournissant des soins à un cas confirmé, le patient doit être placé dans une CIIA à pression négative, avec antichambre et toilette attitrée.

L'analyse des échantillons sanguins du patient doit être effectuée autant que possible au point de soins.

Soins pour les cas soupçonnés et confirmés

Les hôpitaux doivent limiter le nombre de FSS qui entrent en contact avec les cas soupçonnés et confirmés, et le personnel non essentiel et les visiteurs ne doivent pas entrer dans la chambre des patients⁸.

L'aire de soins aux patients doit faire l'objet d'une surveillance en tout temps. Au minimum, les hôpitaux doivent enregistrer les entrées et les sorties de tous les FSS dans la chambre du patient.

Les soins aux cas soupçonnés et confirmés doivent être assurés en tout temps par au moins deux infirmières autorisées. Les deux infirmières n'ont pas besoin d'être dans la chambre en même temps et en tout temps – cela dépend des activités de soins au patient et des procédures de l'établissement. Dans certains cas, il est possible que la deuxième infirmière soit mieux placée à l'extérieur de la chambre du patient afin de manipuler les fournitures. Ces infirmières ne doivent avoir aucune autre tâche à effectuer lorsqu'elles s'occupent de cas soupçonnés ou confirmés.

Seuls les FSS dûment formés et évalués sur les précautions et sur les procédures relatives à la MVE, y compris les procédures pour enfiler et retirer l'ÉPI, doivent fournir des soins.

Pour chaque FSS qui entre dans la chambre du patient, un observateur dûment formé⁹ doit surveiller étroitement le port et le retrait de l'ÉPI afin d'éviter toute contamination par inadvertance des yeux, des muqueuses, de la peau ou des vêtements. Autant que possible, l'observateur doit surveiller les activités du FSS dans la chambre du patient (par ex., à travers la paroi en verre d'une unité de soins intensifs ou par lien vidéo).

⁸ En ce qui concerne les cas de pédiatrie, un parent ou un fournisseur de soins peut être admis dans la chambre du patient après avoir fourni son consentement éclairé et avoir suivi une formation sur l'utilisation de l'ÉPI et sur les autres précautions à suivre.

⁹ L'observateur dûment formé est en sus des deux infirmières fournissant les soins. L'observateur dûment formé doit être un FSS attitré ayant comme seule responsabilité de veiller au respect des procédures de port et de retrait de l'ÉPI.

Les hôpitaux doivent d'assurer que l'espace et l'aménagement des lieux permettent une séparation claire entre les aires propres et les aires potentiellement contaminées. Des barrières physiques doivent être utilisées au besoin, ainsi que des affiches bien visibles, afin de séparer les aires distinctes et d'assurer un cheminement unidirectionnel des soins des aires propres (par ex., l'endroit où l'ÉPI est enfilé et où le matériel inutilisé est conservé) vers la chambre du patient et l'aire de retrait de l'ÉPI (l'endroit où l'ÉPI est retiré et jeté).

L'ÉPI doit être retiré et jeté dans l'antichambre selon les procédures de l'hôpital. S'il n'y a pas d'antichambre, l'ÉPI doit être retiré sur le pas de la porte en sortant de la chambre et être jeté dans la chambre du patient.

Un cadre ou un superviseur doit être sur appel en tout temps. Cette personne doit assurer la liaison avec l'équipe de santé et sécurité au travail (SST).

Les employeurs ont l'obligation de s'assurer que leur personnel est formé à utiliser l'ÉPI. Les employeurs doivent adopter, et les rendre disponibles aux points de soins, des procédures pour le port et le retrait de l'ÉPI, et fournir aux FSS une formation sur ces procédures¹⁰.

Seul l'équipement essentiel doit être apporté dans la chambre du patient. Les appareils médicaux et l'équipement utilisés doivent si possible être jetables. L'équipement non jetable doit être attribué au patient jusqu'à ce que le diagnostic de MVE soit exclu, que le patient ait reçu son congé ou que les précautions soient levées. Tout équipement réutilisable non critique doit être nettoyé et décontaminé au moyen d'un désinfectant de qualité hospitalière approuvé et selon les instructions du fabricant avant sa réutilisation avec un autre patient. L'équipement semi-critique et critique doit être nettoyé et décontaminé à un niveau élevé ou stérilisé en respectant les procédures habituelles.

L'utilisation d'aiguilles et d'objets tranchants doit être limitée au minimum et réservée aux procédures médicales essentielles. Il faut respecter les exigences du Règlement de l'Ontario sur la sécurité des aiguilles (474/07) de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. Il faut faire preuve d'une prudence extrême dans la manipulation d'objets tranchants. Un récipient à l'épreuve des perforations doit se trouver au point d'utilisation de tels objets tranchants.

Le risque de transmission de la MVE par blessure percutanée est élevé; par conséquent, seuls les FSS hautement qualifiés dans les prises de sang ou les ponctions (par ex. intraveineuse, artérielle) doivent effectuer de telles tâches.

Équipement de protection individuelle

Les FSS qui prennent soin d'un cas soupçonné ou confirmé de MVE ou qui entrent dans son environnement, ou qui touchent tout objet pouvant être contaminé par le sang ou les autres liquides organiques du cas doivent porter :

- un respirateur N95 dont l'étanchéité et l'ajustement ont été vérifiés

¹⁰ Les ressources concernant les procédures appropriées de port et de retrait de l'ÉPI seront affichées sur le site Web de la MVE du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'adresse www.ontario.ca/ebola.

- un écran facial complet¹¹
- deux paires de gants (un sous le poignet et l'autre au dessus)
- une protection complète du corps – le but étant de ne pas exposer la peau, ce qui peut se faire par exemple en combinant les éléments suivants :
 - une blouse imperméable à usage unique (jetable) qui s'étend à tout le moins jusqu'à mi-mollet, des couvre-chaussures imperméables à usage unique (jetables) qui s'étendent à tout le moins jusqu'à mi-mollet et une cagoule chirurgicale à usage unique (jetable)

OU

- une combinaison imperméable à usage unique (jetable) – avec une cagoule intégrée ou distincte et des couvre-chaussures imperméables intégrés ou distincts
- le FSS peut choisir d'utiliser un tablier imperméable à usage unique (jetable) selon le risque d'exposition au sang et aux autres liquides organiques

Interventions générant des aérosols¹²

Les interventions médicales générant des aérosols sur des cas soupçonnés ou confirmés doivent être effectuées dans une chambre d'isolement des infections aéroportées (CIIA) à pression négative et uniquement si elles sont médicalement nécessaires.

Les FSS doivent limiter le personnel au nombre minimum requis pour effectuer l'intervention en toute sécurité. Aucun visiteur ne doit être présent. Si possible, l'intervention doit être effectuée par le membre du personnel le plus expérimenté possible.

Durant une intervention générant des aérosols, tous les FSS qui entrent dans la CIIA doivent porter :

- un appareil de protection respiratoire à épuration d'air motorisé avec une cagoule ou un respirateur N95 dont l'étanchéité et l'ajustement ont été vérifiés¹³ avec un écran facial complet¹⁴
- deux paires de gants (un sous le poignet et l'autre au dessus)

¹¹ Des lunettes à coque peuvent être ajoutées à l'écran facial complet si le FSS le préfère.

¹² Pour plus d'information sur l'exécution d'interventions générant des aérosols sur les cas soupçonnés et confirmés, voir les [directives pour les soins cliniques de l'Ebola](#) (en anglais) (élaborées par la Société canadienne de soins intensifs, l'Association canadienne des médecins d'urgence et l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada).

¹³ La décision par le FSS d'utiliser un appareil de protection respiratoire à épuration d'air motorisé ou un respirateur N95 dont l'étanchéité et l'ajustement ont été vérifiés doit être fondée sur l'évaluation de l'équilibre du risque par rapport au confort, à la familiarité avec l'équipement et au risque de contamination durant le port de l'équipement.

¹⁴ Des lunettes à coque peuvent être ajoutées à l'écran facial complet si le FSS le préfère.

- une protection complète du corps – le but étant de ne pas exposer la peau, ce qui peut se faire par exemple en combinant les éléments suivants :
 - une blouse imperméable à usage unique (jetable) qui s'étend à tout le moins jusqu'à mi-mollet, des couvre-chaussures imperméables à usage unique (jetables) qui s'étendent à tout le moins jusqu'à mi-mollet et une cagoule chirurgicale à usage unique (jetable)

OU

- une combinaison imperméable à usage unique (jetable) – avec une cagoule intégrée ou distincte et des couvre-chaussures imperméables intégrés ou distincts
- le FSS peut choisir d'utiliser un tablier imperméable à usage unique (jetable) selon le risque d'exposition au sang et aux autres liquides organiques

Après l'intervention, l'environnement doit être nettoyé et décontaminé (voir la section suivante sur le [nettoyage et la décontamination](#)).

Nettoyage et décontamination

Le sang et tous les autres liquides organiques des patients atteints de la MVE sont très contagieux. Le nettoyage de la chambre du patient est important afin de réduire la contamination environnementale, qui à son tour diminue le risque de transmission aux FSS. La manipulation sécuritaire du matériel potentiellement infectieux, ainsi que le nettoyage et la décontamination de l'environnement du patient sont primordiaux.

Des membres expérimentés du personnel des services environnementaux (SE) qui ont reçu une formation en matière de prévention et de contrôle des infections, de santé et de sécurité au travail et d'utilisation de l'ÉPI doivent être affectés à l'exécution de ces tâches. Le personnel des services environnementaux doit également utiliser le même ÉPI que les autres FSS.

Les désinfectants hospitaliers habituels utilisés conformément aux recommandations du fabricant sont suffisants pour nettoyer la chambre.

Tous les chiffons de nettoyage souillés utilisés doivent être jetés dans des sacs/récipients étanches codés par couleur, enfermés dans un sac double, et le récipient extérieur doit être essuyé avec un désinfectant avant de le retirer de la chambre.

La fréquence du nettoyage doit être fondée sur le niveau de contamination avec du sang et/ou d'autres liquides organiques, et doit être au moins quotidienne. Le matériel de nettoyage doit être jetable ou être laissé dans la chambre pendant toute la durée de l'hospitalisation du patient.

Lorsque le patient a obtenu son congé ou lorsque les mesures de précaution ont été levées, le nettoyage final de la chambre doit respecter les pratiques recommandées dans les précautions contre la transmission par contact ou par gouttelettes. En plus du nettoyage habituel :

- Tous les articles souillés/utilisés (par ex., conteneurs d'aspiration, articles jetables) doivent être retirés ou jetés
- Les rideaux (rideaux de protection de la vie privée, des fenêtres, de la douche) doivent être jetés avant de commencer à nettoyer la chambre
- Tout ce qui se trouve dans la chambre qui ne peut être nettoyé doit être jeté

- Des chiffons et une vadrouille propres, ainsi que de nouvelles fournitures et solutions propres, doivent être utilisés pour nettoyer la chambre
- Plusieurs chiffons doivent être utilisés pour nettoyer la chambre.
- Chaque chiffon ne doit être utilisé qu'une fois seulement
- Les chiffons ne doivent pas être trempés dans la solution désinfectante après avoir été utilisés
- Toutes les surfaces doivent être nettoyées et désinfectées en respectant le temps de contact approprié avec le désinfectant conformément aux recommandations du fabricant
- Tout le matériel de nettoyage doit être nettoyé et décontaminé avant d'être remis en service

Transport interne des cas soupçonnés ou confirmés

Les cas soupçonnés ou confirmés ne doivent pas quitter leur chambre ni être transférés à l'interne, sauf pour des interventions médicales essentielles qui ne peuvent être effectuées dans la chambre du patient. Le personnel assurant le transport doit être informé de l'état du patient et de l'ÉPI requis. Les patients doivent porter un masque pour contenir les gouttelettes respiratoires durant le transport. Pendant le transport initial depuis le SU, ou pendant les déplacements subséquents, le personnel, les autres patients et les visiteurs doivent éviter autant que possible les voies de transport.

Si un transfert interne ne peut être évité, les FSS doivent s'assurer que la nouvelle chambre est prête avant le transfert afin de limiter le temps que le patient passe à l'extérieur d'une chambre. Les FSS qui transportent le patient doivent porter un ÉPI complet et le jeter lorsqu'ils quittent la chambre initiale, et revêtir un nouvel ÉPI avant de s'engager dans le couloir. Avant de déplacer le patient aux fins d'analyses diagnostiques, le service qui recevra le patient doit être informé de son arrivée et il doit se préparer immédiatement à effectuer les analyses. Les patients doivent être déplacés en utilisant la route la plus directe vers leur destination. Après l'intervention, la chambre, le matériel et l'appareil de transport doivent être nettoyés et décontaminés (voir la section sur le [nettoyage et la décontamination](#)).

Durée des précautions

En ce qui concerne les cas soupçonnés, les précautions doivent demeurer en vigueur jusqu'à ce que la MVE ne soit plus envisagée, soit en fonction de l'examen des risques épidémiologiques et des symptômes ou des résultats négatifs des tests au terme d'un échancier approprié.

En ce qui concerne les patients qui récupèrent d'une MVE confirmée, les précautions doivent demeurer en vigueur jusqu'à ce que tous les symptômes aient disparu et que les résultats des tests appropriés soient négatifs. Les patients doivent être évalués au cas par cas en consultation avec un spécialiste des maladies infectieuses.

Gestion des fournisseurs de soins de santé qui ont possiblement été exposés

Les hôpitaux doivent élaborer des politiques relatives à la gestion des FSS qui ont possiblement été exposés. Le suivi des FSS qui ont possiblement été exposés est un rôle qui relève de l'équipe de SST de l'hôpital.

Les FSS qui ont été exposés à un cas confirmé, et qui par la suite présentent de la fièvre, devraient prendre les mesures suivantes :

- ne pas se présenter au travail ou cesser immédiatement de travailler
- informer leur superviseur et l'équipe de SST
- obtenir promptement une évaluation médicale et des tests si cela est justifié sur le plan clinique
- respecter l'exclusion du lieu de travail décrétée par leur équipe de SST ou par le bureau de santé publique local jusqu'à ce que leur état ne pose plus de risque de contagion pour autrui

Les FSS qui ont eu des expositions percutanées, des muqueuses ou de la peau à du sang, à d'autres liquides organiques, à des sécrétions ou à des excréments d'un cas soupçonné ou confirmé doivent :

- cesser de travailler et laver immédiatement toute surface de peau touchée avec du savon et de l'eau; en cas d'éclaboussement des muqueuses (par ex., la conjonctive), celles-ci doivent être irriguées avec de grandes quantités d'eau ou une solution oculaire
- communiquer immédiatement avec un superviseur et l'équipe de SST afin de procéder à une évaluation immédiate et d'avoir accès aux services de gestion post-exposition concernant tous les agents pathogènes transmissibles par le sang (par ex., l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH), conformément aux politiques habituelles de l'établissement

En ce qui concerne les FSS asymptomatiques qui ont eu une exposition non protégée (c.-à-d. sans avoir porté l'ÉPI recommandé lors du contact avec le patient ou par un contact direct avec du sang ou d'autres liquides organiques) avec un cas confirmé ou avec l'environnement ou les déchets d'un cas confirmé :

- Ces FSS doivent faire l'objet d'une évaluation médicale et être avisés de vérifier leur température deux fois par jour et d'assurer un suivi des autres symptômes compatibles avec la MVE.
- Ces FSS doivent être avisés de signaler immédiatement à leur équipe de SST ou à leur bureau de santé publique local toute fièvre plus élevée que 38 °C ou tout autre symptôme compatible avec la MVE et de s'isoler eux-mêmes.
- Le bureau de santé publique local doit assurer un suivi auprès de ces FSS pendant 21 jours après leur dernière exposition afin de discuter des symptômes éventuels et de documenter les contrôles de la fièvre; l'hôpital peut également décider d'assurer une surveillance additionnelle.
- Le bureau de santé publique doit aviser ces FSS de toute restriction concernant leurs activités et leurs déplacements pendant 21 jours après leur dernière exposition.
- Ces FSS ne doivent pas avoir de contact avec des patients pendant 21 jours après leur dernière exposition.

En ce qui concerne les FSS asymptomatiques qui ont eu une exposition protégée (par ex., en portant l'ÉPI recommandé en tout temps) à un cas confirmé de la MVE ou à l'environnement ou aux déchets du cas :

- L'équipe de SST de l'hôpital, en partenariat avec le bureau de santé publique local, doit surveiller les FSS pendant qu'ils fournissent des soins à un cas confirmé et pendant 21 jours après leur dernière exposition.

Communications

Communications internes

L'équipe de SST de l'hôpital et le service de prévention et de contrôle des infections doivent être informés immédiatement de tout cas soupçonné ou confirmé. La direction et les microbiologistes du laboratoire doivent être contactés avant le prélèvement de tout échantillon. De plus, la direction administrative et le service des relations publiques doivent être avisés, puisque la MVE peut susciter un intérêt considérable de la part des médias. Une stratégie de communication interne au sein de l'établissement est importante afin de sensibiliser le personnel. Il peut s'agir, par exemple, de méthodes de communication comme un accès facile aux politiques, aux procédures, aux feuilles de renseignements et aux foires aux questions à jour adaptées selon divers degrés de sensibilisation et niveaux de langue. Le maintien de la confidentialité des patients face à l'intérêt des médias est un défi. Il faut rappeler aux FSS leurs responsabilités découlant de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Communications externes

Les hôpitaux qui fournissent des soins à des cas soupçonnés ou confirmés doivent avoir un plan de communication en place afin de gérer l'intérêt des médias, tout en assurant la confidentialité du patient.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée activera le Centre ministériel des opérations d'urgence (CMOU) afin de coordonner et de diriger la réaction du système de santé dans l'éventualité d'un cas confirmé de la MVE en Ontario. Dans le cadre de cette coordination, le CMOU aide les partenaires du système de santé à mettre en oeuvre une stratégie de communication concertée.

Signalement

Les fièvres hémorragiques virales, dont la MVE, sont désignées comme étant des maladies à déclaration obligatoire en Ontario. Aux termes des paragraphes 25 (1) et 27 (1) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS), les médecins, les professionnels de la santé et les administrateurs d'hôpitaux sont tenus de signaler tout patient qui est atteint ou qui peut être atteint d'une maladie à déclaration obligatoire comme la MVE au médecin hygiéniste du bureau de santé publique sur le territoire duquel les services professionnels sont fournis. Par conséquent, tout patient qui fait l'objet d'une enquête en lien avec la MVE doit être signalé au médecin hygiéniste concerné.

Les personnes qui signalent un patient qui a déjà fait ou qui fait l'objet d'une enquête en lien avec la MVE doivent communiquer au médecin hygiéniste le nom complet du patient, ainsi que son adresse, sa date de naissance, son sexe et la date d'apparition des symptômes. De plus, les médecins et les FSS décrits au paragraphe 25 (2) de la LPPS sont tenus de communiquer au médecin hygiéniste des renseignements concernant le patient qui a déjà fait ou qui fait l'objet d'une enquête en lien avec la MVE, comme le stipule le paragraphe 4 de la section 5 du Règlement de l'Ontario 569 (Rapports) de la LPPS.

À la suite de la réception d'un rapport indiquant un cas soupçonné de MVE, le bureau de santé publique en informe immédiatement Santé publique Ontario par téléphone.

Après avoir reçu la communication, Santé publique Ontario avise l'Agence de la santé publique du Canada et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

L'Agence de la santé publique du Canada communiquera avec les autorités internationales de santé publique conformément au Règlement sanitaire international.

Questions

Pour toute question ou préoccupation relativement à la présente directive, les FSS et les employeurs du secteur de la santé peuvent communiquer avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée par téléphone, au 1 866 212-2272, ou par courriel à l'adresse emergencymanagement.moh@ontario.ca.

Les travailleurs de la santé et les employeurs du secteur de la santé doivent également se conformer aux dispositions pertinentes de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et de ses règlements.

[Original signé par]

David L. Mowat, MBChB, M.H.P., FRCPC
Médecin hygiéniste en chef intérimaire