



Maladie à virus Ebola : mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC Mise à jour du 3 décembre 2014

Sommaire

Caractéristiques épidémiologiques de la maladie à virus Ebola	2
Identification des patients suspects	3
Mesures de prévention et de contrôle pour les patients suspects ou confirmés	7
Définitions et prise en charge des contacts en milieu de soins d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola	14

Une épidémie de maladie à virus Ebola¹ (MVE) sévissant en Afrique de l'Ouest a été déclarée en mars 2014. Il s'agit de la plus importante épidémie connue à ce jour. Bien que faible, le risque d'importation de la maladie à virus Ebola ne peut pas être exclu.

Cette fiche présente une mise à jour des recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) sur les mesures de prévention et de contrôle de la maladie à virus Ebola pour les hôpitaux du Québec. Les caractéristiques de l'évolution de l'épidémie en Afrique de l'Ouest corroborent la notion de transmission par contact et par gouttelettes. La transmission par voie aérienne, entre autre lors des activités générant des aérosols (AGA), demeure théorique. Toutefois, tenant compte de la létalité élevée et de la contamination de l'environnement par les liquides organiques (sang, vomissements, selles, etc.), le CINQ recommande un niveau de mesures plus élevé. Cette mise à jour tient compte des dernières recommandations émises par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains publiées le 20 octobre 2014, ainsi que celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du 31 octobre 2014.

Les hôpitaux doivent mettre en place les mesures nécessaires afin d'empêcher toute transmission de la maladie à virus Ebola. **Le triage rapide des patients et la mise en place des mesures de prévention des infections dans un délai très court sont essentiels.**

La quantité de matériel à se procurer pourra différer selon qu'un hôpital soit désigné ou non pour la prise en charge d'un patient confirmé de MVE².

¹ Autrefois appelée « fièvre hémorragique à virus Ebola ».

² Les hôpitaux non désignés devraient prévoir une réserve suffisante de matériel pour dispenser des soins pendant 24 heures à un patient suspect. Une entente avec un autre hôpital pourrait être prise pour un approvisionnement rapide si cette période devait se prolonger.

Enfin, il est important de rappeler aux cliniciens et aux équipes de prévention et de contrôle des infections des établissements de santé du Québec que d'autres maladies infectieuses pouvant se déclarer au retour d'un voyage, comme les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), peuvent exiger la mise en place de mesures de prévention et de contrôle des infections, ainsi que des investigations complémentaires rapides.

Les lecteurs qui souhaiteraient avoir des informations sur la situation épidémiologique mondiale sur la maladie à virus Ebola peuvent consulter le site suivant : <http://www.who.int/csr/don/fr/>.

Caractéristiques épidémiologiques de la maladie à virus Ebola

Caractéristiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Premiers symptômes soudains et non spécifiques : fièvre, frissons, fatigue, myalgies, arthralgies, malaises, céphalées et parfois mal de gorge (moyenne 8-10 jours postexposition). ▪ Apparition fréquente d'autres signes ou symptômes environ 5 jours après les premiers symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ symptômes digestifs (ex. : nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales); ▪ éruptions cutanées érythémateuses maculo-papulaires au niveau du visage, cou, tronc et bras; ▪ symptômes respiratoires (ex. : dyspnée, douleurs thoraciques); ▪ symptômes neurologiques (ex. : prostration, confusion). ▪ Manifestations hémorragiques tardives chez le tiers des patients : pétéchies, ecchymoses, suintement au niveau des sites de ponction veineuse, hémorragies au niveau des muqueuses (hématémèses, méléna, gingivorragies, épistaxis, hémoptysies). ▪ Létalité de 50 à 90 % dans les éclosions antérieures. ▪ Dans l'épidémie actuelle en Afrique de l'Ouest : le délai moyen entre le début des symptômes et le décès est entre 6 et 7 jours et la durée moyenne d'hospitalisation est de 16 jours. Les symptômes digestifs sont plus fréquents que les manifestations hémorragiques. De plus, la létalité se situe entre 22 % et 61 % selon les pays (létalité globale de 37 %).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De soutien. ▪ Des traitements et des vaccins expérimentaux sont en essais cliniques.
Caractéristiques du virus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De la famille des Filoviridæ, virus ARN recouvert d'une membrane lipidique. ▪ Dose infectieuse faible : 10 particules virales peuvent causer une infection. ▪ Immunodépression à la suite de l'infection. Atteinte du système de coagulation. ▪ Durée de survie dans l'environnement : plusieurs jours (dans un liquide ou une matière sèche) avec infectiosité demeurant stable à des températures variant entre 20-25 °C et 4 °C. ▪ Sensible à plusieurs désinfectants courants. À titre d'exemple, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) décrit une sensibilité aux produits suivants : l'acide acétique à 3 %, le glutaraldéhyde 1 %, les produits à base d'alcool, les dilutions (1:10 et 1:100 pour ≥ 10 minutes) d'hypochlorite de sodium 5.25 % et l'hypochlorite de calcium (http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/ebola-fra.php).
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De 2 à 21 jours avec une moyenne de 4 à 10 jours.

<p>Modes de transmission</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contact direct (peau lésée ou muqueuses) avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréctions (ex. : selles, vomissements, urine, sueur, salive, sperme, lait maternel, larmes, etc.) d'une personne infectée (vivante ou décédée). ▪ Contact indirect : contact avec des objets, surfaces, vêtements ou literie contaminés par le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréctions d'une personne infectée (vivante ou décédée). ▪ Risque théorique de transmission par voie aérienne opportuniste lors de la réalisation de procédures générant des aérosols. ▪ Transmission rapportée chez des membres de la famille et amis de patients qui ont pris soin des personnes malades ou des dépouilles et chez des membres du personnel ne portant pas l'équipement approprié de protection personnelle.
<p>Période de contagiosité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dès l'apparition des symptômes. Absence de contagiosité pendant la période d'incubation lorsque le patient est asymptomatique. ▪ Augmentation de la contagiosité avec la progression de la maladie, particulièrement avec la survenue de manifestations digestives et hémorragiques. ▪ Contagiosité présente tant que le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréctions contiennent du virus. L'excrétion du virus dans le sperme a été documentée jusqu'à près de 101 jours après le début de la maladie.
<p>Tests diagnostiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éliminer les diagnostics les plus probables, en particulier la malaria (voir le Guide pour la gestion des demandes d'analyse provenant de patients chez qui une fièvre virale hémorragique est suspectée [LSPQ, 2014]). ▪ Contacter le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour activer le plan d'intervention d'urgence nécessaire à l'envoi des spécimens au LSPQ de même qu'au Laboratoire national de microbiologie (LNM) pour confirmer ou infirmer le diagnostic de maladie à virus Ebola. ▪ Épreuves disponibles (24 heures / 7 jours) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ détection moléculaire par TAAN; ▪ détection d'antigène du virus Ebola; ▪ isolement du virus; ▪ détection d'anticorps IgM et IgG (phase aiguë, phase convalescente) (LSPQ, 2014). ▪ Les antigènes et les acides nucléiques du virus Ebola peuvent être détectés dès le début de la maladie. Toutefois, puisque la virémie augmente dans les premiers jours de la maladie, un résultat négatif d'un test effectué moins de 3 jours après le début des symptômes pourrait être répété après le troisième jour si la suspicion est maintenue et en l'absence d'un diagnostic alternatif. Les antigènes et les acides nucléiques peuvent être détectés jusqu'aux jours 7 à 16 après le début de la maladie. ▪ Les anticorps IgM peuvent apparaître 2 jours après le début de la maladie et disparaître entre 30 et 168 jours après. ▪ Les anticorps IgG se développent entre 6 et 18 jours après le début de la maladie et persistent pour plusieurs années.

Identification d'un patient suspect

Il est impératif d'identifier rapidement les patients suspects de la maladie à virus Ebola, afin d'appliquer sans délai les mesures de prévention et de contrôle

requis et de protéger adéquatement les autres patients, les visiteurs et le personnel. **Un triage et l'application de l'étiquette respiratoire (hygiène des mains et port du masque) doivent être mis en place.**

Au triage

Si le patient :

- 1) présente une fièvre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$) objective ou subjective à début soudain

OU

des symptômes compatibles avec une MVE (tels que : diarrhées, vomissements, hémorragies) OU une combinaison de symptômes non spécifiques (tels que : fatigue, faiblesse, céphalée, douleur abdominale, myalgies, arthralgies, etc.)

ET

- 2) provient d'une zone à risque pour la maladie à virus Ebola³ depuis moins de 21 jours

OU

a été en contact avec un cas confirmé de maladie à virus Ebola depuis moins de 21 jours.

Il est recommandé :

- d'isoler le patient dans une pièce à pression négative⁴ (ou une pièce fermée);
- d'appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne⁴ (port d'une blouse imperméable à manches longues, de gants recouvrant les poignets, d'un appareil de protection respiratoire [APR] N-95⁵) avec une protection oculaire pour tout le personnel qui entre en contact avec le patient⁶;
- de faire évaluer rapidement le patient par un médecin.

Considérant la courte période que requiert le triage, la faible quantité d'aérosols produits par un patient infecté au cours de cette activité et le fait qu'aucune procédure à risque de générer des aérosols n'est réalisée :

- le triage peut s'effectuer dans une pièce fermée sans pression négative;
- il n'est pas nécessaire d'attendre un délai pour permettre à l'air de la pièce d'être évacué, avant de recevoir un autre patient dans le local du triage;
- il est cependant nécessaire de désinfecter les surfaces avec lesquelles le patient est entré en contact.

À l'évaluation médicale à l'urgence

Évaluer le patient dans une pièce à pression négative⁴ (ou une pièce fermée). Le médecin doit porter l'équipement de protection personnelle suivant : port d'une blouse imperméable à manches longues, de gants recouvrant les poignets et d'un APR N-95 avec une protection oculaire⁶.

L'évaluation par le médecin doit permettre de recueillir l'information sur le tableau clinique, l'historique du voyage, la nature des expositions qui nous font suspecter un diagnostic de maladie à virus Ebola et répondre aux objectifs suivants :

- établir les mesures de prévention et de contrôle des infections à prendre afin d'empêcher toute transmission nosocomiale;
- entreprendre les investigations requises afin de confirmer ou infirmer le diagnostic d'une maladie à virus Ebola.

Chez tout voyageur fébrile en provenance d'une région où la malaria est endémique (ex. : Afrique subsaharienne), il faut considérer ce diagnostic jusqu'à preuve du contraire.

³ La liste des zones à risque pour l'épidémie de maladie à virus Ebola est mise à jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur le site : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ebola/index.php>.

⁴ Il n'y a pas de transmission aérienne documentée. Par mesure de précaution, le CINQ recommande le port de l'APR N-95 en tout temps. Une pièce à pression négative est exigée lors de la réalisation de mesures générant des aérosols.

⁵ Aussi appelé masque N-95.

⁶ L'équipement de protection doit être ajusté en fonction de l'état clinique du patient (voir section Équipement de protection personnelle).

Pour qu'un patient soit considéré suspect d'une maladie à virus Ebola, il doit présenter au moins un des critères cliniques suivants ET au moins un des critères épidémiologiques suivants :

CRITÈRES CLINIQUES

- Fièvre soudaine (≥ 38 °C);
OU
- des symptômes compatibles avec une MVE (tels que : diarrhées, vomissements, hémorragies) OU une combinaison de symptômes non spécifiques (tels que : fatigue, faiblesse, céphalée, douleur abdominale, myalgies, arthralgies, etc.);

ET

CRITÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Situation 1 :

Patient ayant une histoire de séjour dans une zone à risque⁷ dans les 21 jours précédant le début de la maladie

ET

Chez qui on ne peut exclure une exposition sans protection appropriée définie de la manière suivante :

Exposition à un cas infecté ou fortement suspect

- Contact direct : avec une personne (vivante ou décédée) infectée ou fortement suspectée d'être infectée par le virus (ex. : avoir donné des soins, avoir partagé la même pièce ou vécu sous le même toit, avoir eu des relations sexuelles non protégées, avoir eu des contacts avec le cadavre lors des rites funéraires);
- Contact indirect : contact avec des objets, surfaces, vêtements ou literie contaminés d'une personne (vivante ou décédée) infectée ou fortement suspectée d'être infectée par le virus.

Exposition à des soins médicaux ou à des spécimens cliniques

- Admission, soins de santé ou visites dans un hôpital ou dispensaire ayant reçu des patients infectés par le virus;
- Manipulation en laboratoire de souches Ebola ou de spécimens cliniques (ex. : sang, urine, selles, tissus, cultures) pouvant contenir le virus Ebola.

Exposition à un animal infecté ou fortement suspect d'être infecté par le virus Ebola

- Travail en laboratoire qui détient des chauves-souris, des primates non-humains provenant d'une zone à risque⁷ d'Ebola;
- Contact avec le sang ou d'autres liquides organiques (ex. : urines, selles) d'un animal infecté ou fortement suspect d'être infecté par le virus Ebola;
- Contact direct avec des chauves-souris, des primates non-humains dans une zone à risque⁷ ou provenant de cette zone;
- Exposition dans une grotte infestée de chauve-souris dans une région endémique pour Ebola;
- Manipulation (dépeçage, séchage, fumage) ou consommation de viande (crue ou peu cuite) issue de la chasse (surtout des primates non humains, des chauves-souris) dans une zone à risque⁷.

OU

Situation 2 :

Patient n'ayant pas d'histoire de séjour dans une zone à risque

ET

Chez qui on documente dans les 21 jours précédant le début de la maladie :

- Contact étroit avec un cas confirmé de maladie à virus Ebola ou avec un spécimen clinique d'un cas confirmé;

OU

- Relations sexuelles avec un cas confirmé d'une maladie à virus Ebola dans les 13 semaines suivant le début de la maladie chez ce cas.

⁷ La liste des zones à risque pour l'épidémie de maladie à virus Ebola est mise à jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur le site : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ebola/index.php>.

Pour les patients suspects de maladie à virus Ebola

Il est recommandé :

- d'aviser immédiatement le médecin microbiologiste-infectiologue de garde;
- d'aviser immédiatement l'équipe locale de prévention et contrôle des infections;
- d'isoler le patient dans une chambre à pression négative⁸ si disponible ou une chambre individuelle avec porte fermée en tout temps (avec une antichambre ou si non disponible un espace réservé pour entreposer et revêtir l'équipement de protection personnelle)⁹ et avec toilette à l'usage exclusif du patient;
- de maintenir l'application des précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne⁸ (voir section suivante) par le personnel qui entre en contact avec le patient ou son environnement tout au long du processus d'investigation (soit jusqu'à ce que le diagnostic de MVE soit éliminé);
- de signaler immédiatement le cas à la direction régionale de santé publique;
- de procéder aux tests de laboratoire comme recommandé dans le document Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyse de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée (LSPQ, 2014), selon la décision finale du médecin traitant et après discussion avec la direction régionale de santé publique et le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

⁸ Il n'y a pas de transmission aérienne documentée. Par mesure de précaution, le CINQ recommande le port de l'APR N-95 en tout temps. Une pièce à pression négative est exigée lors de la réalisation de mesures générant des aérosols.

⁹ Le retrait de l'EPP ne doit pas se faire dans cet espace qui doit demeurer non contaminé.

Mesures de prévention et de contrôle pour les patients suspects ou confirmés

+ La contagiosité est moindre au début de la maladie quand le risque d'exposition aux liquides organiques est faible (patient qui ne présente pas de diarrhée, vomissements ou saignements).

MESURES DE TRIAGE	
Mesures de triage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est essentiel que l'ensemble des hôpitaux du Québec soient préparés pour procéder de manière efficace au triage rapide des patients et à la mise en place des mesures de prévention des infections sans délai. ■ Chaque hôpital devrait procéder à des exercices de simulation pour le triage afin de renforcer la capacité de tous les centres à prendre en charge efficacement les cas qui pourraient se présenter en consultation dans leur milieu.
HÉBERGEMENT, ASSIGNATION DU PERSONNEL, VISITEURS	
Hébergement du patient	<ul style="list-style-type: none"> ■ Isoler le patient dans une chambre à pression négative si disponible ou dans une chambre individuelle avec porte fermée en tout temps avec toilette à l'usage exclusif du patient. ■ Une chambre à pression négative est exigée pour la réalisation de procédures générant des aérosols. ■ La disponibilité d'une antichambre ou d'une aire adjacente permet de délimiter un espace sécuritaire pour l'entreposage des équipements propres et du matériel nécessaire. Cela facilite aussi l'habillage avant d'entrer dans la chambre. Prévoir un espace délimité dans la chambre pour le retrait de l'EPP. Si le retrait de l'équipement ne peut se faire dans la chambre par manque d'espace, prévoir un espace réservé hors de la chambre, près de la porte, qui sera considéré contaminé. Cet espace doit être distinct de la zone propre. ■ Placer une affiche explicative à la porte de la chambre indiquant l'accès restreint et les mesures à prendre. <p>Pour les hôpitaux désignés</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Regrouper les patients confirmés sur une même unité de soins.
Assignment du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Limiter au minimum le nombre de soignants. Aucun stagiaire ni bénévole. ■ Maintenir un registre des personnes qui entrent dans la chambre. ■ Prévoir l'aide nécessaire pour mettre et retirer l'équipement de protection personnelle : <ul style="list-style-type: none"> ■ Une supervision directe avec monitoring doit être réalisée par une personne qualifiée, qui a démontré sa compétence dans la technique de revêtement et de retrait des EPP, afin que l'équipement soit revêtu correctement et retiré de façon sécuritaire. ■ La personne qui assiste le travailleur qui retire l'EPP doit elle-même porter un EPP tel que requis selon le niveau de risque : <ul style="list-style-type: none"> ■ pour un patient qui ne présente pas de perte de liquides organiques, il n'est pas nécessaire que la personne qui assiste porte l'EPP; ■ pour un patient qui présente des pertes de liquides organiques, la personne qui assiste doit porter l'EPP qui correspond à celui indiqué pour les soins au patient sans perte de liquides organiques (APR N-95, protection oculaire, blouse imperméable et gants en nitrile).

<p>Assignment du personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une supervision directe (à travers une vitre) et constante doit être assurée en tout temps lors des soins par un observateur qualifié. Cette supervision portera sur les pratiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ■ Garder les mains loin du visage. ■ Éviter de réajuster l'EPP pendant les soins. ■ Limiter les contacts avec les surfaces contaminées et les liquides corporels. ■ Minimiser le risque de piqûres et de blessures par un objet piquant ou tranchant. ■ Détecter les bris de technique ou les situations qui mettraient à risque le travailleur et qui requerrait la sortie du travailleur de la chambre ou le changement de l'EPP. ■ Nettoyer dès que possible toute surface visiblement souillée.
<p>Formation des travailleurs de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La formation des travailleurs de la santé est primordiale pour leur permettre d'appliquer adéquatement les mesures de prévention et contrôle des infections. ■ Ils devraient ainsi avoir accès à une formation pratique portant principalement sur comment revêtir et retirer l'EPP sous supervision et disposer d'affiches et de listes (« check-list ») rappelant les actions à réaliser. ■ Avant de travailler auprès de patients suspects ou confirmés pour la maladie à virus Ebola, tous les travailleurs de la santé visés (dans tous les hôpitaux : urgence et triage et dans certains milieux : unité de soins intensifs ou unité désignée) doivent avoir reçu une formation pratique répétée et avoir démontré leurs compétences dans l'application des mesures de prévention et contrôle des infections, spécialement en ce qui concerne le revêtement et le retrait adéquats de l'équipement de protection personnelle. ■ Il peut aussi être envisagé de former à l'intérieur de l'hôpital une équipe dédiée aux soins de ces patients. ■ Chaque hôpital devrait procéder à des exercices de simulation pour la mise en place des premières mesures de PCI, afin de renforcer la capacité de tous les centres à prendre en charge efficacement les cas qui pourraient se présenter en consultation dans leur milieu.
<p>Déplacements du patient à l'extérieur de la chambre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Limiter les déplacements du patient à l'extérieur de la chambre. ■ Aviser à l'avance le service des mesures à prendre. Éviter que le patient attende dans une pièce en présence d'autres personnes. ■ Le patient doit procéder à l'hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique. ■ Le patient doit porter un masque chirurgical ou de procédure et être couvert d'un drap propre ou porter une blouse à manches longues. ■ Le brancardier doit porter un nouvel équipement de protection personnelle propre au déplacement du patient à l'extérieur de la chambre. ■ Le brancardier doit emprunter un trajet lui permettant d'éviter les aires fréquentées par plusieurs personnes et doit utiliser un ascenseur dédié.
<p>Visiteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interdire l'entrée aux visiteurs dans la chambre. De façon exceptionnelle, ne laisser entrer que ceux qui sont indispensables pour des raisons humanitaires. ■ Pour les visiteurs autorisés, les assister pour mettre et retirer l'équipement de protection personnelle de façon sécuritaire, et pour procéder à l'hygiène des mains. ■ Maintenir un registre des personnes qui entrent dans la chambre.

HYGIÈNE DES MAINS, ÉQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE ET AUTRES PRÉCAUTIONS	
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eau et savon ou utilisation de solution hydro-alcoolique.
Précautions additionnelles et durée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contre la transmission par contact et par voie aérienne avec une protection oculaire. ▪ Durée : jusqu'à l'exclusion du diagnostic de maladie à virus Ebola ou si confirmé pour la durée de l'hospitalisation ou de la période de contagiosité, selon la plus longue des alternatives.
Procédures générant des aérosols	<p>Les procédures suivantes doivent être réalisées dans une pièce à pression négative :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubation et extubation. ▪ Bronchoscopie. ▪ Aspirations des voies aériennes en circuit ouvert. ▪ Induction d'expectoration. ▪ Ventilation en pression positive via masque facial (BIPAP, CPAP). ▪ Ventilation oscillatoire à haute fréquence. ▪ Traitement des sécrétions de nébulisation. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter les procédures générant des aérosols à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce pour réaliser la procédure. ▪ Désinfecter les surfaces qui peuvent avoir été contaminées par des gouttelettes ou autres liquides organiques du patient.
Équipement de protection personnelle	<p>Pour toutes les situations, utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ APR N-95¹⁰. ▪ Protection oculaire à usage unique : lunettes protectrices étanches retenues par un élastique ou écran facial qui recouvre les côtés du visage et le cou. ▪ Blouse imperméable à manches longues à usage unique. ▪ Double paire de gants en nitrile à poignets longs, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. La première paire doit être sous le poignet de la blouse et la deuxième recouvrir le poignet. ▪ L'hygiène des gants (par l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique ou lavage à l'eau et au savon) n'est pas retenue¹¹. ▪ En présence de souillures visibles sur les gants, il pourrait être envisagé de retirer l'excédent de matières organiques lors du retrait de ceux-ci, en utilisant une lingette absorbante humide (de votre choix) ou un papier absorbant. L'objectif est de diminuer la charge de l'inoculum et de minimiser le risque de contamination au retrait des gants.

¹⁰ Il n'y a pas de transmission aérienne documentée. Par mesure de précaution, le Cinq recommande le port de l'APR N-95 en tout temps.

¹¹ En date du 20 octobre 2014, le CDC a recommandé d'effectuer une hygiène des gants avec une solution hydro-alcoolique à différents moments lors des soins et du retrait de l'équipement de protection personnelle, conjuguée avec le retrait de souillures au niveau des gants à l'aide d'une lingette. L'objectif de cette recommandation est de diminuer l'inoculum viral sur les gants et par le fait même de diminuer le risque de contamination au retrait de l'EPP.

En date du 31 octobre 2014, l'OMS a émis également une recommandation portant sur une hygiène des gants. Cette recommandation ne semble pas faire consensus entre les experts. Elle a été retenue puisqu'il semble que la quantité de gants disponibles dans les pays africains touchés ne permette pas d'assurer un changement des deux paires de gants entre chaque patient. Dans ce contexte, l'OMS recommande l'hygiène des gants extérieurs, de les retirer, de garder les gants intérieurs et de remettre une nouvelle paire par-dessus avant de donner des soins à un autre patient.

Le Cinq a retenu qu'il est préférable de changer de gants lorsqu'ils sont souillés. Le Cinq a également retenu qu'en présence de souillures visibles, il pourrait être envisagé de retirer l'excédent de matières organiques à l'aide d'une lingette tel que décrit. La recommandation du CDC ne semble pas appuyée par une littérature scientifique. Elle est d'ailleurs remise en question par certains experts américains. De plus, il y a une absence de données scientifiques quant à l'intégrité des gants de nitrile vis-à-vis un usage répété des produits d'hygiène des mains et du chlore.

La protection des travailleurs de la santé est davantage assurée par l'application rigoureuse d'une technique de travail sécuritaire, chez du personnel formé, avec une supervision directe pour l'habillage et le retrait de l'EPP. Effectuer une hygiène des gants à multiples reprises complexifie la technique d'habillage et de retrait de l'EPP, et pourrait de plus entraîner un faux sentiment de sécurité. Un tel précédent pourrait initier des pratiques non sécuritaires ultérieurement.

<p>Équipement de protection personnelle</p>	<p>L'équipement de protection personnelle doit être revêtu avant l'entrée dans la chambre et retiré à la sortie de la chambre. Prévoir un espace délimité dans la chambre pour le retrait de l'EPP. Si le retrait de l'équipement ne peut se faire dans la chambre par manque d'espace, prévoir un espace réservé hors de la chambre, près de la porte, qui sera considéré contaminé. Cet espace doit être distinct de la zone propre. Dans tous les cas, l'APR N-95 doit être retiré après la sortie de la chambre.</p> <p>Porter des chaussures fermées résistantes aux objets piquants ou tranchants.</p> <p>Pour les situations où le patient présente des pertes de sang ou de liquides organiques (ex. : vomissements, diarrhées), ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tablier imperméable. ■ Cagoule. ■ Jambières et couvre-chaussures imperméables. ■ L'hygiène des gants (par l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique ou lavage à l'eau et au savon) n'est pas retenue. ■ En présence de souillures visibles sur les gants, il pourrait être envisagé de retirer l'excédent de matières organiques en utilisant une lingette absorbante humide (de votre choix) ou un papier absorbant. L'objectif est de diminuer la charge de l'inoculum et minimiser le risque de contamination au retrait des gants. ■ En présence de souillures visibles sur le tablier, il est recommandé de le retirer de façon sécuritaire le plus rapidement possible. ■ Dans certaines circonstances très particulières (ex : souillures qui empêchent le retrait sécuritaire de l'équipement de protection), il pourrait être envisagé de retirer l'excédent de matière organique présent sur une pièce de l'équipement de protection en utilisant une lingette absorbante humide ou un papier absorbant. Il ne faut pas effectuer cette manœuvre si le risque de contamination des gants est plus grand que le risque de contamination au retrait de la pièce d'équipement souillée. ■ Ne pas porter ses vêtements personnels. Utiliser les uniformes fournis par l'établissement. Ces uniformes peuvent être lavés selon les procédures habituelles de l'établissement. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Combinaison de protection biologique imperméable uniquement pour le personnel ayant été dûment formé à la revêtir et à l'enlever sans se contaminer. 										
	<p>Selon l'OMS, la combinaison et la blouse sont également acceptables : il n'y a pas d'évidence que l'une est plus efficace que l'autre pour réduire la transmission aux travailleurs de la santé. L'expérience pratique permet de faire ressortir certains avantages et désavantages associés à chaque type d'équipement utilisé :</p>										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="402 1339 657 1392"></th> <th data-bbox="657 1339 1101 1392">Avantages</th> <th data-bbox="1101 1339 1534 1392">Désavantages</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="402 1392 657 1644"> <p>Protection « multi pièces » (c'est-à-dire blouse, tablier, jambières, couvre-chaussures, cagoule)</p> </td> <td data-bbox="657 1392 1101 1644"> <ul style="list-style-type: none"> ■ le risque de contamination semble moins grand au retrait de l'EPP; le risque de contamination diminue avec une supervision </td> <td data-bbox="1101 1392 1534 1644"> <ul style="list-style-type: none"> ■ EPP moins confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés </td> </tr> <tr> <td data-bbox="402 1644 657 1780"> <p>Combinaison biologique</p> </td> <td data-bbox="657 1644 1101 1780"> <ul style="list-style-type: none"> ■ EPP plus confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés </td> <td data-bbox="1101 1644 1534 1780"> <ul style="list-style-type: none"> ■ le risque de contamination est plus grand au retrait; le risque de contamination diminue toutefois avec une supervision </td> </tr> </tbody> </table>		Avantages	Désavantages	<p>Protection « multi pièces » (c'est-à-dire blouse, tablier, jambières, couvre-chaussures, cagoule)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ le risque de contamination semble moins grand au retrait de l'EPP; le risque de contamination diminue avec une supervision 	<ul style="list-style-type: none"> ■ EPP moins confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés 	<p>Combinaison biologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ EPP plus confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ le risque de contamination est plus grand au retrait; le risque de contamination diminue toutefois avec une supervision 	
	Avantages	Désavantages									
<p>Protection « multi pièces » (c'est-à-dire blouse, tablier, jambières, couvre-chaussures, cagoule)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ le risque de contamination semble moins grand au retrait de l'EPP; le risque de contamination diminue avec une supervision 	<ul style="list-style-type: none"> ■ EPP moins confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés 									
<p>Combinaison biologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ EPP plus confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ le risque de contamination est plus grand au retrait; le risque de contamination diminue toutefois avec une supervision 									
<p>Étanchéité de la protection</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favoriser le choix de l'équipement avec élastique ou velcro au bout des manches ou jambière, ce qui permet d'augmenter l'étanchéité au niveau de la jonction des pièces d'équipement. L'utilisation de ruban collant est à proscrire puisqu'il entraîne un risque accru de contamination au retrait de l'équipement. 										

<p>Matériel de soins et équipement médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter le matériel de soins et l'équipement médical qui entrent dans la chambre. ▪ Réserver à l'usage exclusif du patient, le matériel de soins et l'équipement médical (ex. : thermomètre, sphymomanomètre, stéthoscope). ▪ Le matériel de soins et l'équipement médical qui ne sont pas à usage unique doivent être nettoyés selon le protocole établi par l'établissement. Désinfecter le matériel avant de le sortir de la chambre. ▪ Harmoniser la procédure avec les recommandations pour la désinfection de l'environnement particulièrement en ce qui concerne les produits désinfectants utilisés.
<p>Objets piquants ou tranchants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter l'utilisation d'objets piquants ou tranchants. Privilégier les systèmes d'injection sans aiguille. ▪ Limiter les ponctions veineuses et les procédures invasives. ▪ Prévoir suffisamment de contenants pour disposer des objets piquants ou tranchants au point de soins. Ne jamais les remplir à plus des trois quarts. ▪ Éviter l'utilisation de tubes en verre pour les prélèvements. ▪ Traiter les contenants des piquants tranchants selon la procédure pour la gestion des déchets biomédicaux tel que le prévoit la section 2 du règlement sur les déchets biomédicaux (L.R.Q. c Q-2, r.12).
<p>Gestion des excréta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privilégier l'utilisation d'une toilette réservée à l'usage du patient. ▪ S'il y a vidange d'excrétas dans la toilette, minimiser les risques d'éclaboussures et de contamination des surfaces. ▪ Si le patient ne peut utiliser la toilette, utiliser une chaise d'aisance à son usage exclusif ainsi que des sacs hygiéniques pour contenir les selles et urines. ▪ Disposer des sacs hygiéniques et de leur contenu selon les modalités prévues dans la section « gestion des déchets ». ▪ Nettoyer la chaise d'aisance et désinfecter avec une solution d'hypochlorite de sodium à une concentration de 5 000 ppm idéalement après chaque utilisation, minimalement quotidiennement. ▪ Privilégier les contenants à usage unique pour les systèmes à succion des sécrétions respiratoires et nasogastriques.
<p>ENVIRONNEMENT, BUANDERIE</p>	
<p>Désinfection de l'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser l'équipement de protection personnelle suivant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ APR N-95¹²; ▪ Cagoule; ▪ Protection oculaire à usage unique : lunettes protectrices étanches retenues par un élastique ou écran facial qui recouvre les côtés du visage et le cou; ▪ Blouse imperméable à manches longues à usage unique; ▪ Jambières et couvre-chaussures imperméables; ▪ Double paire de gants en nitrile à poignets longs, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. En cas de nécessité d'une protection supplémentaire, une paire de gants de caoutchouc pourrait être ajoutée par-dessus une paire de gants de nitrile. ▪ L'équipement de protection personnelle doit être revêtu avant l'entrée dans la chambre et retiré à la sortie de la chambre. Prévoir un espace délimité dans la chambre pour le retrait de l'EPP. Si le retrait de l'équipement ne peut se faire dans la chambre par manque d'espace, prévoir un espace réservé hors de la chambre, près de la porte, qui sera considéré contaminé. Cet espace doit être distinct de la zone propre. Dans tous les cas, l'APR N-95 doit être retiré après la sortie de la chambre.

¹² Il n'y a pas de transmission aérienne documentée. Par mesure de précaution, le Cinq recommande le port de l'APR N-95 en tout temps.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porter des chaussures fermées résistantes aux objets piquants ou tranchants. ■ Procéder au nettoyage et à la désinfection des surfaces à risque élevé de contamination et des planchers minimalement sur une base quotidienne et lorsque souillés. ■ Utiliser un désinfectant virucide à large spectre, selon les recommandations locales. À titre d'exemple, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) décrit une sensibilité aux produits suivants : l'acide acétique à 3 %, le glutaraldéhyde 1 %, les produits à base d'alcool, les dilutions (1:10 et 1:100 pour ≥ 10 minutes) d'hypochlorite de sodium 5.25 % et l'hypochlorite de calcium (http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/ebola-fra.php). ■ Ne pas vaporiser les produits désinfectants. ■ Utiliser une solution d'eau de Javel 5 % (hypochlorite de sodium) à une concentration de 5 000 ppm pour la désinfection des surfaces et des objets contaminés par du sang ou des liquides organiques. ■ Utiliser une solution chlorée à 5 000 ppm pour la désinfection terminale. ■ Les linges, chiffons et tampons des vadrouilles utilisés pour la désinfection de l'environnement des patients suspects peuvent être conservés dans des sacs imperméables fermés. Si le diagnostic est infirmé, ils pourront être traités selon les procédures habituelles de l'établissement. Si le diagnostic de maladie à virus Ebola est confirmé, ils doivent être traités selon la procédure des déchets biomédicaux. ■ Pour les patients confirmés, utiliser du matériel jetable ou l'équipement utilisé pour l'entretien ménager doit demeurer dans la chambre pour toute la durée de l'hospitalisation. ■ Les déversements accidentels de matières potentiellement contaminées (vomissements, selles, sang ou autres liquides organiques) doivent être recouverts avec du papier absorbant, puis couverts généreusement de désinfectant; laisser agir en fonction du désinfectant sélectionné et de sa concentration avant d'essuyer. Après avoir enlevé la matière nettoyée, il faut répéter le processus de désinfection.
Vaisselle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser de la vaisselle et des ustensiles jetables.
Buanderie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les patients suspects, le matériel habituellement nettoyé à la buanderie (exemple : lingerie, literie, rideaux) peut être conservé dans des sacs imperméables fermés. Si le diagnostic est infirmé, ce matériel pourra être nettoyé selon les procédures habituelles de l'établissement. Si le diagnostic est confirmé, il devra être jeté. ■ Pour les patients confirmés, utiliser du matériel jetable ou le jeter après usage.
GESTION DES DÉCHETS	
Gestion des déchets	<p>Pour les patients suspects</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Considérer tous les déchets comme des déchets biomédicaux. ■ Prévoir un contenant identifié déchets biomédicaux doublé d'un sac imperméable, dans la chambre du patient, près de la porte, pour recevoir : l'équipement de protection personnelle usagé, le matériel médical à usage unique, la vaisselle, la literie, etc. ■ Évacuer les déchets biomédicaux quotidiennement. À la sortie de la chambre, placer dans un contenant approprié pour leur transport immédiat vers leur lieu de traitement. ■ Si le diagnostic est infirmé, gérer les items selon les procédures habituelles de l'établissement. <p>Pour les patients confirmés</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Traiter ces déchets selon la procédure pour la gestion des déchets biomédicaux tel que le prévoit la section 2 du règlement sur les déchets biomédicaux (L.R.Q. c Q-2, r.12). ■ Effectuer le transport des déchets hors de l'établissement tel que le prévoit le règlement sur le transport des marchandises dangereuses (RTMD) (DORS/2014-152).

AUTRES ACTIVITÉS	
Prélèvements et tests de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivre les mesures recommandées pour le prélèvement sécuritaire de spécimens, ainsi que pour la manipulation et le transport sécuritaire des spécimens de laboratoire comme recommandé dans le document « Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyse de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée » (LSPQ, 2014).
Gestion des personnes décédées	<ul style="list-style-type: none"> ■ La manipulation d'une personne décédée d'une maladie à virus Ebola doit se faire en conformité avec les éléments suivants, selon la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (L.R.Q. c L-0.2) : <ul style="list-style-type: none"> ■ Porter l'équipement de protection personnelle jusqu'à ce que le corps soit dans une double housse étanche et fermée. ■ Envelopper le corps dans un linceul de plastique (dans la chambre) en prenant soin de ne pas contaminer la surface extérieure du linceul; par la suite, une housse étanche (« body bag ») devrait être utilisée pour envelopper le linceul. Une fois fermée, la housse ne doit pas être ouverte. ■ Placer le corps dans une deuxième housse étanche et fermée. Une fois fermée, la housse ne doit pas être ouverte. ■ Décontaminer l'extérieur de la housse au moyen d'un désinfectant à large spectre selon les consignes du fabricant. ■ La manipulation du corps doit être minimale. Les instruments médicaux, (cathéters intraveineux, sondes urinaires, tube endotrachéal) doivent être laissés en place. Ne pas faire d'autopsie. Le corps ne peut être embaumé. Il doit être incinéré (crémation) sans délai ou placé dans un cercueil étanche pour être inhumé. Il ne peut être exposé. ■ Ne pas déplacer le corps. Le garder dans la chambre jusqu'à sa prise en charge par l'entreprise funéraire désignée. ■ Dans l'attente de la confirmation pour un patient suspect, le corps est placé dans une double housse étanche et fermée (voir ci-dessus). Aucun soin du corps n'est autorisé.
Gestion des contacts en milieu de soins	Voir tableau : Catégories de risque et prise en charge des contacts en milieu de soins d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola.

Définitions et prise en charge des contacts en milieux de soins d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola

	Exposition à haut risque	Exposition à risque modéré	Exposition à faible risque (mais non nulle)
DÉFINITIONS DES TYPES D'EXPOSITION SELON LE NIVEAU DE RISQUE			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Exposition percutanée</u> (ex. : piqure accidentelle) <u>ou d'une muqueuse</u> (ex. : éclaboussure) avec du sang ou d'autres liquides organiques d'un cas confirmé de MVE alors que le patient était considéré contagieux. ▪ Exposition directe ou indirecte (via <u>environnement contaminé</u>), <u>sans équipement de protection personnelle (EPP) approprié</u>, avec du sang ou d'autres liquides organiques (ex. : selles, salive, urines, vomissements, etc.) d'un cas confirmé de MVE alors que le patient était considéré contagieux. ▪ <u>Technicien de laboratoire</u> : avoir procédé à des manipulations de spécimens ou réalisé des analyses de laboratoires sur le sang ou des liquides organiques d'un cas confirmé de MVE alors que le patient était considéré contagieux, <u>sans EPP approprié ou l'application des mesures de biosécurité recommandées</u> (« standard biosafety precautions ») dans le <i>Guide pour la gestion des demandes d'analyse provenant de patients chez qui une fièvre virale hémorragique est suspectée</i> [LSPQ, 2014]). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Contact étroit face à face</u> (à moins de 1 mètre) <u>sans EPP approprié</u> avec un cas confirmé de MVE présentant un des symptômes suivants : toux, vomissements, diarrhées ou saignements, <u>pour une période ≥ 15 minutes</u>. ▪ <u>Contact physique sans EPP approprié</u> avec un cas confirmé de MVE présentant un des symptômes suivants : toux, vomissements, diarrhées ou saignements. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Contact étroit face à face</u> (à moins de 1 mètre) <u>sans EPP approprié</u> avec un cas confirmé de MVE présentant un des symptômes suivants : toux, vomissements, diarrhées ou saignements, <u>pour une période < 15 minutes</u>. ▪ <u>Contact physique de brève durée (casual or physical contact)</u> (ex. : face à face, assis à côté du cas dans une salle d'attente, avoir donné une poignée de main, personnel de la réception) <u>sans EPP approprié</u> avec un cas confirmé de MVE pendant la phase initiale de la maladie (patient sans perte de liquides organiques, soit absence de diarrhées, vomissements, saignements, toux). ▪ <u>Contact direct</u> (peu importe la durée) même avec le port d'EPP approprié, avec un cas confirmé de MVE alors que le patient était considéré contagieux.
PRISE EN CHARGE DES CONTACTS (PATIENT OU TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ)			
Patient ou travailleur de la santé asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire une évaluation médicale du risque d'exposition. ▪ Aviser les autorités de santé publique qui, dans le contexte d'une maladie à surveillance extrême, sont responsables du suivi des personnes exposées à un cas confirmé de MVE, afin de convenir du suivi à effectuer. ▪ Selon la situation (niveau de risque d'exposition), la direction de santé publique émettra certaines directives concernant le niveau de surveillance (active ou passive)¹³ des symptômes, l'isolement volontaire, des restrictions concernant l'utilisation de transports en commun, les voyages, etc. ▪ Après entente avec la direction régionale de santé publique, effectuer le suivi auprès du travailleur exposé (par le service de santé et sécurité au travail) ou du patient exposé (par le personnel soignant et l'équipe de PCI) quel que soit le risque d'exposition. ▪ Effectuer un suivi à la direction régionale de santé publique, selon les modalités établies. ▪ Si possible, éviter l'administration d'antipyrétiques. 		

¹³ Surveillance active : le contact doit être rejoint à chaque jour pour évaluer ses symptômes. Surveillance passive : le contact doit être rejoint une ou deux fois par semaine pour évaluer ses symptômes. Le contact doit mesurer sa température et la noter à tous les jours, quelque soit le type de surveillance à laquelle il est soumis.

	Exposition à haut risque	Exposition à risque modéré	Exposition à faible risque (mais non nulle)
PRISE EN CHARGE DES CONTACTS (PATIENT OU TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ)			
Travailleur de la santé asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le travailleur de la santé doit être retiré du travail auprès des patients. ▪ <u>Surveillance active</u> de l'apparition de fièvre (prise de température 2 fois par jour) ou de symptômes compatibles avec une MVE, auprès du travailleur de la santé pendant 21 jours suivant l'exposition à risque. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le travailleur de la santé peut continuer à travailler tant qu'il ne présente pas de symptômes reliés à son exposition. ▪ <u>Surveillance passive</u>. Le travailleur de la santé doit surveiller l'apparition de symptômes compatibles avec une MVE et prendre sa température deux fois par jour (autosurveillance) pendant 21 jours suivant l'exposition ou le dernier contact avec le cas confirmé.
Patient asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient hospitalisé sera hébergé en chambre privée avec toilette non partagée. ▪ Surveillance active. ▪ Surveillance par le personnel soignant sous la supervision de l'équipe de PCI de l'apparition de fièvre (prise de température 2 fois par jour) ou de symptômes compatibles avec une MVE, auprès du patient pendant toute la durée de l'hospitalisation ou pendant 21 jours suivant l'exposition à risque. ▪ Contacter la direction régionale de santé publique qui effectuera le suivi auprès du patient qui aura obtenu son congé avant la fin de la période de 21 jours suivant l'exposition. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient hospitalisé sera hébergé en chambre privée avec toilette non partagée. ▪ Surveillance passive. ▪ Surveillance par le personnel soignant sous la supervision de l'équipe de PCI de l'apparition de fièvre (prise de température 2 fois par jour) ou de symptômes compatibles avec une MVE, auprès du patient pendant toute la durée de l'hospitalisation ou pendant 21 jours suivant l'exposition à risque. ▪ Contacter la direction régionale de santé publique qui effectuera le suivi auprès du patient qui aura obtenu son congé avant la fin de la période de 21 jours suivant l'exposition.
Patient ou travailleur de la santé symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirer immédiatement le travailleur de la santé de son travail. ▪ Obtenir une consultation médicale urgente avec le médecin microbiologiste-infectiologue de garde. ▪ Isoler le travailleur ou le patient symptomatique et le prendre en charge comme un cas suspect de MVE jusqu'à confirmation ou exclusion de ce diagnostic. 		

Références

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Guidance on Personal Protective Equipment To Be Used by Healthcare Workers During Management of Patients with Ebola Virus Disease in U.S. Hospitals, Including Procedures for Putting On (Donning) and Removing (Doffing), 20 octobre 2014. <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/procedures-for-ppe.html>.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC, Protocole PCI – Alerte fièvres virales hémorragiques, Direction des soins infirmiers, Programme de prévention et contrôle des infections, CHU de Québec, 31 juillet 2014, 15 p.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Guide régional pour les centres hospitaliers Prise en charge d'un patient possiblement atteint d'une maladie à virus Ebola, Août 2014.

ECDC (2014). Rapid risk assessment: Outbreak of Ebola virus disease in west Africa, 3rd update 1 August 2014. <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ebola-outbreak-west-africa-1-august-2014.pdf>.

HEALTH PROTECTION SURVEILLANCE CENTRE (2012). The management of viral hemorrhagic fevers in Ireland, 117 pages. <https://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/Vectorborne/ViralHaemorrhagicFever/Guidance/File,12936.en.pdf>.

Known or Suspected Ebola Hemorrhagic Fever in U.S. Hospitals 08-05-2014, <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/infection-prevention-and-control-recommendations.html>.

LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE DU QUÉBEC, Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée, Institut national de santé publique du Québec, Version 4.0, mise à jour du 7 novembre 2014, 23 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Interim Infection Prevention and Control – Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus haemorrhagic fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola, August 2014, 13 p.

UK Department of health (2012). Management of hazard group 4 viral hemorrhagic fevers and similar human infectious diseases of high consequence, Health and safety Executive, UK, 99 pages. http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/11949473_82005.

Maladie à virus Ebola : mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Josée Massicotte, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction régionale de santé publique

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Lucie Beaudreau, conseillère experte en prévention des infections
Institut national de santé publique du Québec

Lise-Andrée Galarneau, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Renée Paré, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction régionale de santé publique

Claude Tremblay, médecin microbiologiste-infectiologue
CHU de Québec

REMERCIEMENTS

Marie Gourdeau,
CHU de Québec

Pierre Pilon,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Paul Le Guerrier,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Pour avoir partagé leurs documents de travail dont nous nous sommes largement inspirés.



Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-72110-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

N° de publication : 1925