

# Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé



2006

## RENSEIGNEMENTS

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* (le Plan) a été élaboré selon un processus de collaboration et de consultation entre les représentants des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux, locaux et régionaux, d'experts dans leurs domaines respectifs et d'intervenants non gouvernementaux.

L'élaboration originale du Plan fut coordonnée par Santé Canada selon les directives du Comité sur la pandémie de l'influenza, un comité consultatif technique fédéral, provincial et territorial. L'édition 2006 du Plan fut coordonnée par l'Agence de la santé publique du Canada. Le Plan est offert pour des fins d'information afin d'appuyer une planification cohérente et approfondie de la réponse du secteur de la santé par les gouvernements et autres intervenants selon leurs rôles et leurs responsabilités respectifs advenant une pandémie d'influenza au Canada.

## RENONCIATION

Les points de vue et les recommandations représentés dans le Plan ainsi que les annexes techniques furent développés par un processus de collaboration et de consultation entre les représentants des gouvernements fédéraux, provinciaux, territoriaux, locaux et régionaux, d'experts dans leurs domaines respectifs et d'intervenants non gouvernementaux.

Les utilisateurs doivent rechercher leurs propres conseils juridiques à l'égard de leur utilisation de l'information, des points de vue et des recommandations du Plan.

## DROIT D'AUTEUR ET CONSENTEMENT

L'utilisateur peut se servir du Plan et le reproduire pour des fins d'information et d'éducation et pour ses propres fins de planification à l'égard d'une pandémie d'influenza. L'utilisateur ne doit ni reproduire ni distribuer le Plan à un tiers, en totalité ou en partie, pour des fins commerciales ou autres fins, par aucun moyen, sans avoir au préalable le consentement écrit de l'Agence de la santé publique du Canada. Les demandes peuvent être adressées à l'Agence de la santé publique du Canada comme suit :

Les droits d'auteurs du Plan résident avec le gouvernement fédéral/la Couronne fédérale.

Fonction de la personne-ressource : Directrice de la Division de l'immunisation et des infections respiratoires  
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI)  
Agence de la santé publique du Canada

Adresse de la personne-ressource : 100, promenade de l'Eglantine  
L.A. 0602B, Édifice N° 6  
Santé Canada  
Ottawa ON K1A 0K9  
Télécopieur : (613) 998-6413

**Plan canadien de lutte**  
**contre la pandémie d'influenza**  
**pour le secteur de la santé**



**2006**



# Table des matières

Préface

<b>Sections</b>	<b>Onglet</b>
Introduction .....	1
Contexte .....	2
Préparation .....	3
Interventions .....	4
<b>Annexes</b>	<b>Onglet</b>
<b>Annexe A</b> : Listes de contrôle aux fins de la planification .....	A
<b>Annexe B</b> : Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de l'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves .....	B
<b>Annexe C</b> : Lignes directrices à l'intention des laboratoires en cas de pandémie d'influenza .....	C
<b>Annexe D</b> : Préparation de l'intervention axée sur la vaccination en cas de pandémie .....	D
<b>Annexe E</b> : Recommandations sur la planification de l'utilisation des médicaments antigrippaux (antiviraux) au Canada durant une pandémie .....	E
<b>Annexe F</b> : Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels .....	F
<b>Annexe G</b> : Mesures et lignes directrices relatives aux soins cliniques .....	G
<b>Annexe H</b> : Lignes directrices sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé durant une pandémie d'influenza .....	H
<b>Annexe I</b> : Lignes directrices sur la gestion des décès de masse durant une pandémie d'influenza .....	I
<b>Annexe J</b> : Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels .....	J
<b>Annexe K</b> : Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : Annexe sur les communications .....	K
<b>Annexe L</b> : Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence .....	L
<b>Annexe M</b> : Lignes directrices sur les mesures de santé publique .....	M
<b>Annexe N</b> : Lignes directrices pour la surveillance de la pandémie d'influenza .....	N
<b>Annexe O</b> : Le rôle des services sociaux d'urgence dans la planification en cas de pandémie de grippe au Canada .....	O
<b>Glossaire des termes et acronymes</b> .....	P



## Avant-propos et remerciements

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* décrit la préparation et les interventions du secteur de la santé advenant une pandémie d'influenza au Canada. Il présente les mesures devant être prises au cours de chaque phase de la pandémie et clarifie les rôles et responsabilités des intervenants confrontés à une telle urgence de santé publique (c.-à-d., tous les paliers de gouvernement, les agents de santé publique et les travailleurs de la santé de première ligne). Cet outil de travail pratique contient également des lignes directrices et des listes de contrôle pour aider les différentes sphères de compétence à planifier des mesures d'urgence.

On croit que la planification continue des interventions du secteur de la santé améliorera le niveau global de préparation en matière de lutte contre la pandémie d'influenza au Canada et assurera un état de préparation soutenu fondé sur les connaissances les plus récentes. En dernier ressort, on prévoit que la planification avancée dans le secteur de la santé et d'autres secteurs réduira la morbidité grave et la mortalité en général dans l'éventualité d'une pandémie d'influenza, de même que les perturbations sociales et économiques pouvant être causées par une éclosion importante de cas. Le Canada possède un plan de lutte contre la pandémie d'influenza depuis 1988. Ce plan est mis à jour selon les recherches, les résultats et l'expérience.

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* est le fruit de discussions et de collaborations importantes au sein du Comité sur la pandémie de l'influenza (CPI). Créé en 2001, le CPI est constitué de 15 membres votants qui représentent l'ensemble des provinces et des territoires. Parmi les experts du CPI, on compte des médecins hygiénistes en chef, des épidémiologistes, des virologistes, des spécialistes des maladies transmissibles du secteur clinique, de la santé publique et des laboratoires ainsi qu'un éthicien.

Les membres du comité ont, quant à eux, grandement profité d'un processus de consultation auprès d'un groupe élargi d'intervenants, notamment des organisations non gouvernementales du secteur de la santé, des gouvernements locaux, des planificateurs des mesures d'urgence et des bioéthiciens.

En tant que coprésidentes du Comité sur la pandémie de l'influenza, nous avons trouvé l'évolution de ce document très enrichissante. Il a été très intéressant de voir tout le temps, le dévouement et l'engagement qu'a nécessité la mise en place du Plan. Nous souhaitons remercier tous les gens qui ont contribué à son élaboration et à sa tenue à jour.

Theresa Tam  
Directrice  
Division de l'immunisation et  
des infections respiratoires  
Agence de la santé publique du Canada

Karen Grimsrud  
Médecin hygiéniste adjointe provinciale  
Ministère de la Santé et du  
Mieux-être de l'Alberta

Décembre 2006



# Comité sur la pandémie de l'influenza

## Federal Co-Chair

Dr. Theresa Tam, Director  
Immunization and Respiratory Infections Division  
Centre for Infectious Disease Prevention and Control  
Public Health Agency of Canada

## Provincial Co-Chair

Dr. Karen Grimmsrud  
Deputy Provincial Health Officer  
Alberta Health and Wellness

## British-Columbia

Dr. Danuta Skowronski  
Physician Epidemiologist  
BC Centre for Disease Control

## Manitoba

Dr. Eilish Cleary  
Medical Officer of Health  
Manitoba Health

### *Alternate*

Dr. Susan Roberecki  
Deputy Chief Medical Officer of Health  
Manitoba Health

## New Brunswick

Dr. Wayne MacDonald  
Chief Medical Officer of Health  
Department of Health and Wellness, New Brunswick

### *Alternate*

Ms. Lynn Cochrane  
Immunization and Vaccine Preventable  
Diseases  
Department of Health and Wellness,  
New Brunswick

## Newfoundland/Labrador

Dr. Faith Stratton  
Provincial Medical Officer of Health  
Department of Health and Community Services

### *Alternate*

Ms. Cathy O'Keefe  
Disease Control Nursing Specialist  
Department of Health and Community Services

## North West Territories

Mr. Jack McKinnon  
Senior Advisor, Public Health  
Department of Health and Social Services

### *Alternate*

Ms. Cheryl Case  
Communicable Disease Consultant  
Department of Health and Social Services

## Nova Scotia

Dr. Shelly Sarwal  
Medical Officer of Health  
Nova Scotia Department of Health

## Nunavut

Dr. Geraldine Osborne  
Associate Chief Medical Officer of Health  
Department of Health and Social Services

## Ontario

Dr. Sheela Basrur  
Chief Medical Officer of Health  
Ministry of Health & Long-Term Care, Ontario

### *Alternate*

Dr. Erika Bontovics  
Senior Infection Control Consultant  
Ministry of Health & Long-Term Care, Ontario

## Prince Edward Island

Dr. Lamont Sweet  
Chief Health Officer  
Department of Health and Social Services

## Quebec

Dr. Nadia Abdelaziz  
Médecin conseil  
Ministère de la Santé et des Services sociaux du  
Québec

### *Alternate*

Dr. Michel Savard  
Médecin conseil en maladies infectieuses  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec

## Saskatchewan

Dr. Brenda Cholin (Interim)  
Medical Health Officer  
Prairie North Health Region

### *Alternate*

Dr. Ross Findlater  
Chief Medical Officer of Health  
Saskatchewan Health

## Yukon

Dr. Bryce Larke  
Yukon Medical Health Officer  
Yukon Health and Social Services

### *Alternate*

Ms. Colleen Hemsley  
Communicable Disease Officer  
Yukon Health and Social Services

## Bioethicist

Dr. Caroline Alfieri  
Virologist/Bioethicist  
Centre de recherche, Hôpital Ste-Justine  
Montréal, Québec

## Public Health Agency of Canada

Dr. Patricia Huston  
Chief, Emerging Infectious Diseases Section  
Immunization and Respiratory Infections Division  
Centre for Infectious Disease Prevention and Control  
Public Health Agency of Canada

## Liaison Members

Dr. Tim Booth  
Director, Viral Diseases Division  
National Microbiology Laboratory  
Public Health Agency of Canada

Mr. Wayne Dauphinee  
Executive Director  
Emergency Management Branch  
Ministry of Health Services  
Victoria, British Columbia

Dr. Elwyn Griffiths  
Associate Director General  
Biologics and Genetic Therapies Directorate  
Health Products and Food Branch  
Health Canada

Dr. Todd Hatchette  
Director of Virology and Immunology  
Division of Microbiology  
Department of Pathology and Laboratory Medicine  
QE II Health Science Centre

Dr. Greg Horsman  
Medical Director  
Provincial Laboratory  
Regina, Saskatchewan

Dr. Joanne Langley, Chair of NACI  
Division of Infectious Diseases  
Department of Pediatrics  
Clinical Trials Research Center  
IWK Health Center

Dr. Marcus Lem, A/Director  
Primary Health Care and Public Health  
Communicable Disease Control Division  
First Nations and Inuit Health Branch  
Public Health Agency of Canada

Dr. Martin Tepper  
Senior Medical Advisor  
Communicable Disease Control Program  
Force Health Protection  
Director General Health Services  
Department of National Defence

Dr. Geneviève Trottier  
Veterinary Science Advisor  
Science Advice and Biohazards Division  
Canadian Food Inspection Agency

Mr. Frank Welsh, Director  
Office of Emergency Preparedness, Planning and  
Training  
Centre for Emergency Preparedness and Response  
Public Health Agency of Canada

### *Alternate-1*

Ms. Donna MacLean  
A/Contingency Planning Manager  
Office of Emergency Preparedness Planning  
and Training  
Public Health Agency of Canada

### *Alternate-2*

Ms. Lynn Menard  
A/Senior Emergency Planning Officer  
Office of Emergency Preparedness Planning  
and Training  
Public Health Agency of Canada

## Past Members

Alberta	Ms. Agnes Honish (interim)
Manitoba	Dr. Joel Kettner
Nova Scotia	Dr. Jeff Scott
Nunavut	Ms. Mehrun Forth Ms. Carolina Palacios
Ontario	Dr. Colin D’Cunha Dr. Karim Kurgi
PHAC	Dr. Arlene King (Past Federal Co-Chair)
Quebec	Dr. Yves Robert (Past Provincial Co-chair) Dr. Louise Alain Dr. Monique Landry Dr. Horacio Arruda Dr. Michel Savard Dr. Sylvie Venne
Saskatchewan	Dr. Eric Young Dr. Ross Findlater Dr. Huiming Yang

## Past Liaison Members

CPHLN	Dr. Margaret Fearon Dr. Kevin Forward Dr. Jean Joly
FNIHB	Dr. Ezzat Farzad Ms. Barbara Lewis
NACI	Dr. Victor Marchessault* Dr. Pamela Orr

## Working Groups

### *Antivirals Working Group (AVWG)*

Dr. Susan Tamblyn, Chair  
Public Health Consultant

Dr. Caroline Alfieri  
Hôpital Ste-Justine

Dr. Fred Aoki  
University of Manitoba

Dr. Alfred Gin  
Health Sciences Centre

Ms. Jill Sciberras  
Public Health Agency of Canada

Dr. Danuta Skowronski  
BC Centre for Disease Control

Dr. Theresa Tam  
Public Health Agency of Canada

Dr. Geoffrey Taylor  
Walter McKenzie Centre

### *Past AVWG Members*

Dr. Charles Bayliff  
Canadian Pharmacists Association

Dr. Charles Frenette  
Université de Sherbrooke

Dr. Joanne Langley  
Clinical Trials Research Center, IWK Health Center

Dr. Victor Marchessault\*  
National Advisory Committee on Immunization

Dr. Monika Naus  
BC Centre for Disease Control

### *Pandemic Vaccines Working Group*

Dr. Theresa Tam, Co-Chair  
Public Health Agency of Canada

Dr. Joanne Langley, Co-Chair  
Clinical Trials Research Center, IWK Health Center

Dr. Shelley Deeks  
Public Health Agency of Canada

Dr. Karen Grimsrud  
Alberta Health and Wellness

Dr. Greg Hammond  
Manitoba Health

Dr. Barbara Law  
Public Health Agency of Canada

Dr. Scott Halperin  
Dalhousie University, IWK Health Center

Dr. Joanne Langley  
Clinical Trials Research Center, IWK Health Center

Dr. Allison McGeer  
Mount Sinai/Toronto Medical Laboratories

Dr. Shelly McNeil  
Dalhousie University, IWK Health Center

Dr. Harold Rode  
Health Canada

\*Dr. Marchessault passed away in March, 2003.

Dr. David Scheifele  
Vaccine Evaluation Centre, British Columbia

Ms. Jill Sciberras  
Public Health Agency of Canada

Dr. Danuta Skowronski  
BC Centre for Disease Control

#### *Past Vaccines Working Group Members*

Dr. Susan Tamblyn - Chair  
Public Health Consultant

Ms. Janet Cooper  
Canadian Pharmacists Association

Dr. Monika Naus  
BC Centre for Disease Control

Ms. Cathy O'Keefe  
Department of Health and Community Services,  
Newfoundland

Dr. Pamela Orr  
Health Sciences Center, Winnipeg, Manitoba

Dr. Yves Robert  
Ministère de la Santé et des Services sociaux du  
Québec

Dr. Anne Roberts  
Department of Health and Social Services, Nunavut

#### *Public Health Measures Working Group*

Dr. Karen Grimrud, Co-Chair  
Alberta Health and Wellness

Ms. Jill Sciberras, Co-Chair  
Public Health Agency of Canada

Ms. Margaret Bodie-Collins  
Public Health Agency of Canada

Ms. Cheryl Case  
Government of the Northwest Territories

Ms. Lynne Cochrane  
Department of Health and Wellness,  
New Brunswick

Dr. Ian Gemmill  
Kingston, Frontenac and Lennox and Addington  
Health Unit, Ontario

Dr. Marcia M. Johnson  
Capital Health Authority, Alberta

Ms. Kay MacIssac  
Department of Health, Nova Scotia

Ms. Anne-Luise Winter  
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Dr. Barbara Yaffe  
Toronto Public Health Department

#### *Past PHMWG Members*

Dr. Maureen Baikie  
Government of Nova Scotia

Dr. Brent Friesen  
Calgary Health Region

Dr. Digby Horne  
Manitoba Health

Mr. Semaneh Jemere  
Public Health Agency of Canada

Dr. Marcus Lem  
Health Canada

Ms. Kathy Mestery  
Manitoba Health

Ms. Peggy Richardson  
Health Canada

Dr. Susan Roberecki  
Manitoba Health

Dr. Theresa Tam  
Public Health Agency of Canada

Dr. Susan Tamblyn  
Perth District Health Unit

Dr. Sylvie Venne  
Ministère de la santé et des services sociaux

#### *Vaccine Preventable and Respiratory Infections Surveillance Working Group (VPRIS)*

Ms. Helen Bangura, Co-Chair  
Saskatchewan Health

Ms. Jeannette Macey, Co-Chair  
Public Health Agency of Canada

Ms. Nooshin Ahmadipour  
Public Health Agency of Canada

Dr. Teneg Holy Akwar  
Department of Health and Wellness,  
New Brunswick

M. Gaston De Serres  
Institut national de santé publique du Québec

Dr. Todd Hatchette  
QE II Health Science Centre

Ms. Cathy O’Keefe  
Department of Health and Community Services  
Newfoundland and Labrador

Dr. Graham Tipples  
Public Health Agency of Canada

Ms. Kerri Watkins  
Public Health Agency of Canada

Ms. Anne-Luise Winter  
Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario

*Respiratory Infections Surveillance Committee (RISC)*

Dr. Ahmad Abdulhadi  
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Ms. Louise Alain  
Ministère de la santé et des services sociaux du  
Québec

Dr. Monique Landry (*alternate*)  
Ministère de la santé et des services sociaux du  
Québec

Dr. Colette Gaulin (*alternate*)  
Ministère de la santé et des services sociaux du  
Québec

Ms. Samina Aziz  
Public Health Agency of Canada

Ms. Helen Bangura  
Saskatchewan Health

Dr. Carole Beaudoin  
Manitoba Health

Dr. Eilish Cleary (*alternate*)  
Manitoba Health

Ms. Carol Styles (*alternate*)  
Manitoba Health

Ms. Grlica Bolesnikov  
Department of Health and Wellness New Brunswick

Dr. Teneg Holy Akwar (*alternate*)  
Department of Health and Wellness New Brunswick

Dr. Tim Booth  
Public Health Agency of Canada, NML

Ms. Cheryl Case  
Department of Health and Social Services  
North West Territories

Ms. Colleen Hemsley  
Yukon Health and Social Services

Ms. Dawn Krahn  
Alberta Health and Wellness

Ms. Elaine Sartison (*alternate*)  
Alberta Health and Wellness

Dr. Ted Kuschak  
Public Health Agency of Canada, CPHLN

Ms. Jeannette Macey  
Public Health Agency of Canada

Mr. Adam Medaglia  
Public Health Agency of Canada

Ms. Penny Nault  
Public Health Agency of Canada

Ms. Cathy O’Keefe  
Department of Health and Community Services  
Newfoundland/Labrador

Dr. Faith Stratton (*alternate*)  
Department of Health and Community Services  
Newfoundland/Labrador

Ms. Carolina Palacios  
Department of Health and Social Services, Nunavut

Ms. Andrea Saunders  
Nova Scotia Department of Health

Ms. Kay MacIsaac (*alternate*)  
Nova Scotia Department of Health

Dr. Lamont Sweet  
Department of Health and Social Services  
Prince Edward Island

Ms. Aleina Tweed  
British Columbia Centre for Disease Control

Ms. Jastej Dhaliwal (*alternate*)  
British Columbia Centre for Disease Control

Dr. Danuta Skowronski (*alternate*)  
British Columbia Centre for Disease Control

Ms. Kerri Watkins  
Public Health Agency of Canada

*Past RISC members*

Dr. Jeff Aramini  
Public Health Agency of Canada

Dr. Nicholas Baylis  
Alberta Health and Wellness

Mr. David Boulos  
Public Health Agency of Canada

Ms. Lynn Cochrane  
Department of Health and Wellness,  
New Brunswick

Mr. Maurice Collette  
Department of Health and Wellness,  
New Brunswick

Ms. Ann Coombs  
Nova Scotia Department of Health

Dr. Shelley Deeks  
Public Health Agency of Canada

Ms. Sandy Isaacs  
Public Health Agency of Canada

Dr. Jean Joly  
Canadian Public Health Laboratory Network

Dr. Jane MacDonald  
Nova Scotia Department of Health

Dr. James MacLean  
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Ms. Teresa Mersereau  
Alberta Health and Wellness

Dr. Susan Tamblyn  
Perth District Health Unit

Dr. Shainoor Virani  
Alberta Health and Wellness

Mr. Mark Vanderkloot  
Public Health Agency of Canada

Ms. Michelyn Wood  
Manitoba Health

#### *Past Surveillance Working Group Members*

Dr. Nathalie Bastien  
National Microbiology Laboratory

Mr. Ken Brandt  
Provincial Laboratory, Saskatchewan

Dr. Monique Douville-Fradet  
Ministère de la santé et des services sociaux  
du Québec

Dr. Margaret Fearon  
Canadian Public Health Laboratory Network

Ms. Jamie Jensen  
College of Family Physicians of Canada

Mr. Mark LeCouffe  
Department of Health and Wellness,  
New Brunswick

Dr. Yan Li  
National Microbiology Laboratory

Ms. Shelley Lothian  
College of Family Physicians of Canada

Dr. Tracey Parnell  
Provincial coordinator/recruiter for British Columbia

Dr. Danuta Skowronski  
BC Centre for Disease Control

Ms. Susan Squires  
Public Health Agency of Canada

Dr. Theresa Tam  
Public Health Agency of Canada

Dr. Mike Tarrant\*\*  
University of Calgary, Alberta

Dr. Wikke Walop  
Public Health Agency of Canada

Ms. Wanda White  
Government of Northwest Territories

Mr. Brian Winchester  
Public Health Agency of Canada

#### *Clinical Care Working Group*

Dr. Jim Kellner, Co-Chair  
Alberta Children's Hospital

Dr. Jo-Anne Langley, Co-Chair  
Clinical Trials Research Center  
IWK Health Center

Ms. Joanne Brubacher  
Nurse Practitioner

Dr. Charles Frenette  
Hôpital Charles Lemoyne

Mr. Brad Gregor  
Hay River Community Health Board

Dr. Thomas J. Marrie  
University of Alberta

\*\*Dr. Tarrant passed away in 2003.



Dr. Allison McGeer  
Mount Sinai Hospital

Ms. Judy Morrison  
Public Health Agency of Canada

Dr. Lindsay Nicolle  
University of Manitoba

Dr. Rose Marie Ramsingh  
Public Health Agency of Canada

Dr. Martha Ruben-Campione  
Biomedical writer

Dr. Robin Williams  
Regional Niagara Public Health Department

*Past Member*

Dr. Mike Tarrant\*\*  
University of Calgary, Alberta

*Health Services Working Group*

Ms. Merle Agard  
Ontario Occupational Health Nurses Association

Ms. Jeannine Banack  
Mt-Sinai Hospital

Ms. Sandra Callery  
Canadian Hospital Infection Control Association

Ms. Rolande D'Amour  
Public Health Agency of Canada

Dr. Theresa Tam  
Public Health Agency of Canada

Dr. Ross Upshur  
Sunnybrook and Women's College  
Health Science Centre

Dr. Robin Williams  
Regional Niagara Public Health Department

*Infection Control and Occupational Health Working Group*

Dr. Mary Vearncombe - Chair  
Sunnybrook and Women's College  
Health Sciences Centre

Ms. Merle Agard  
Ontario Occupational Health Nurse Association

Ms. Patricia Bleackley  
Yukon Communicable Disease Control

Mr. Blair Cutcliffe  
Funeral Services Association of Canada

Ms. Rolande D'Amour  
Public Health Agency of Canada

Dr. Patty Daly  
Vancouver Richmond Health Board

Dr. Bonnie Henry  
Toronto Public Health

Ms. Judy Morrison  
Public Health Agency of Canada

Ms. Laurie O'Neil  
Infection Control and Prevention Consultant

Ms. Shirley Paton  
Public Health Agency of Canada

Ms. Joan Rannie  
Canadian Red Cross

Dr. Ross Upshur  
Sunnybrook and Women's College  
Health Sciences Centre

Dr. Thomas Wilson  
Regional Coroner, London, Ontario

Dr. Alice Wong  
Royal University Hospital  
Saskatoon, Saskatchewan

*Laboratory Working Group*

Dr. Margaret Fearon - Chair  
Canadian Public Health Laboratory Network

Dr. Michel Couillard  
Institut national de santé publique du Québec

Dr. Francisco Diaz-Mitoma  
Children's Hospital of Eastern Ontario

Dr. Theodore Kuschak  
Public Health Agency of Canada

Dr. Spencer Lee  
Nova Scotia Department of Health

Dr. Yan Li  
Public Health Agency of Canada

Dr. Jim Talbot  
Provincial Laboratory of Public Health, Alberta

\*\*Dr. Tarrant passed away in 2003.

### *Non-traditional Sites and Workers Working Group*

Ms. Sandra Callery - Chair  
Canadian Hospital Infection Control Association

Mr. Bill Alexander  
St. John Ambulance

Mr. Mark Allen  
Department of Health and Wellness New Brunswick

Ms. Lynn Cochrane  
Department of Health and Wellness, New Brunswick

Mr. Ron Fenwick  
Family Services and Housing, Manitoba

Ms. Mehrun Forth  
Health and Social Services, Nunavut

M. Patrice Guyard  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec

Mr. Kelly Hart  
Health Canada

Mr. Garnet Matchett  
Saskatchewan Health

Ms. Judy Morrison  
Public Health Agency of Canada

Mr. Don Shropshire  
Canadian Red Cross Society

### *Additional Public Health Agency of Canada Contributors*

Ms. Leonor Alvarado  
Ms. Estelle Arseneault

Ms. Lisa Belzak

Ms. Olivia Colasante

Ms. Rolande D'Amour

Ms. Nathalie Groleau

Ms. Shelie Laforest

Ms. Margie Lauzon

Ms. Suzanne Mayotte

Ms. Julie McGihon

Ms. Sarah Poirier

Mr. John Rainford

Ms. Jennifer Rendall

Ms. Carole Robinson-Oliver

Mr. Andrew Swift

Mr. John Spika

Ms. Loretta Scott

Ms. Heather Stacey

Mr. Nicholas Trudel

Dr. Tom Wong

Ms. Susan Vent

### *With special thanks to the :*

- Advisory Committee for Public Health and Health Security
- Council of Chief Medical Officers of Health
- Pan-Canadian Public Health Network Council

The Pandemic Influenza Committee would like to express its appreciation for the input received from numerous organizations, including the following:

- Biologics and Genetic Therapies Directorate
- Canadian Association of Clinical Microbiology and Infectious Diseases
- Canadian Association of Chiefs of Police
- Canadian Association of Fire Chiefs
- Canadian College of Family Physicians
- Canadian Geriatrics Society
- Canadian Hospital Epidemiology Committee
- Canadian Infectious Disease Society
- Canadian Medical Association
- Canadian Nurses Association
- Canadian Nursing Coalition for Immunization
- Canadian Occupational Health Nurses Association
- Canadian Public Health Association
- Canadian Public Health Laboratory Forum
- Canadian Paediatric Society
- Canadian Pharmacist Association
- Canadian Police Association
- College of Family Physicians
- Community and Hospital Infection Control Association
- Department of National Defence
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Funeral Service Association of Canada
- National Advisory Committee on Immunization (NACI)

- National Infection Control Steering Committee
- Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness (OCIPEP) Pan American Health Association (PAHO)
- Royal Canadian Mounted Police (RCMP) St. John Ambulance
- Solicitor General Canada
- The Salvation Army
- The Adventist Development and Relief Agency Canada
- The Mennonite Disaster Service
- The Christian Reformed World Relief Committee of Canada
- VON Nurses
- World Health Organization

The Pandemic Influenza Committee extends its gratitude to the staff of the Scientific Publication and Multimedia Services, Public Health Agency of

Canada for their contribution to the publication of the Plan.

#### **Additional Acknowledgements**

For the provision of leadership in drafting and editing this document.

Ms. Jill Sciberras  
Public Health Agency of Canada

Dr. Theresa Tam  
Public Health Agency of Canada

Dr. Arlene King  
Public Health Agency of Canada



# Préface





Les virus de l'influenza de type A causent périodiquement des épidémies mondiales, ou des pandémies, caractérisées par des taux élevés de morbidité et de mortalité. Il est nécessaire de se préparer à l'avance aux urgences sanitaires de grande envergure pour assurer la meilleure prestation possible des soins de santé durant une épidémie. Contrairement aux autres urgences publiques, une pandémie d'influenza touchera plusieurs collectivités en même temps partout au Canada. Chaque autorité locale doit être prête à intervenir dans l'éventualité où l'accès au soutien et aux ressources externes devienne incertain. Une planification des mesures d'urgence est nécessaire pour réduire les conséquences d'une pandémie d'influenza; il faut planifier et préparer les efforts coordonnés de tous les paliers de gouvernement en collaboration avec leurs intervenants.

L'objectif général de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie d'influenza est, premièrement, de réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, de réduire au minimum les perturbations sociales résultant d'une pandémie d'influenza au sein de la population canadienne.

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* (le Plan) comprend une introduction et une section Contexte, suivies des sections Préparation, Interventions et Rétablissement, qui sont conformes aux principes généraux des interventions d'urgence. Chaque section vise à faciliter une planification adéquate du secteur de la santé de tous les paliers de gouvernement en vue de la prochaine pandémie d'influenza. Le Plan et ses lignes directrices, listes de contrôle et autres documents en annexe visent à aider toutes les autorités à l'égard des principaux éléments de la planification du secteur de la santé, y compris la surveillance, les programmes de vaccination, l'utilisation d'antiviraux, les services de santé, les mesures de santé publique et les communications. La meilleure intervention en santé publique pour réduire les conséquences d'une pandémie consiste à immuniser la population à l'aide d'un vaccin efficace contre le nouveau virus et, à un degré moindre, à administrer des médicaments antiviraux. Pour être complète, la planification doit faire en sorte que des capacités de surveillance adéquates soient en place et que le secteur de la santé, les services d'urgence et l'ensemble des collectivités soient informés et prêts à faire face à une pandémie.

Le Plan, conçu pour être dynamique et itératif, sera révisé et mis à jour régulièrement. Depuis la publication initiale du Plan en 2004, la planification a avancé sur de nombreux points. D'autres secteurs se sont mis à l'élaboration de plans devant constituer un ensemble complet de plans « imbriqués » qui serviront non seulement contre une pandémie d'influenza, mais aussi face à d'autres urgences de santé publique. Comme le Plan se concentre sur le secteur de la santé, il ne traite pas en profondeur des interventions d'urgence ni de la continuité des opérations, qui joueront vraisemblablement un rôle important dans la réduction des perturbations sociales. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a coordonné l'élaboration de la présente version du Plan en collaboration avec le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de l'ASPC, sous la direction du Comité sur la pandémie de l'influenza (CPI).

Dans cette édition, le Plan a été révisé afin de refléter les nouveaux éléments de la préparation à une pandémie de l'influenza et d'assurer la constance grâce aux meilleures pratiques. La version améliorée du Plan comprend un certain nombre de mises à jour techniques, des révisions et des ajouts. Deux nouvelles annexes ont été ajoutées soit celles sur les « Mesures de santé publique » et de « Surveillance » et plusieurs autres ont été mises à jour. Quelques annexes n'ont subi aucun changement et une note à cet effet a été ajoutée à la page couverture expliquant que le contenu peut ne pas refléter les informations les plus récentes sur les antiviraux ou la terminologie la plus récente de l'OMS sur les phases pandémiques.

Le Plan, de portée nationale, a pour but de fournir des conseils en matière de planification ainsi qu'une série d'approches convenues à l'échelle nationale à l'égard des nombreux éléments nécessaires pour une intervention complète. Les détails opérationnels devant être pris en compte dans la mise en oeuvre des interventions n'ont pas été traités dans le présent plan, car il serait plus approprié que de tels détails apparaissent dans les plans de chacune des sphères de compétence.

**Première section**  
**Introduction**





# Table des matières

1.0	Buts et objectifs. ....	3
2.0	Aperçu du Plan .....	3
3.0	Structure du Plan. ....	4
4.0	Rôles et responsabilités. ....	5
4.1	Comité sur la pandémie de l'influenza .....	6



## 1.0 Buts et objectifs

Les buts de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie d'influenza sont :

*Premièrement, de réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, de réduire au minimum les perturbations sociales résultant d'une pandémie d'influenza au sein de la population canadienne.*

Ces buts ne se réaliseront que par les efforts coordonnés de tous les paliers de gouvernement en matière de planification et de préparation.

Les objectifs du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé sont les suivants :

Aider et faciliter la planification et les interventions à tous les paliers de gouvernement :

- en élaborant, par un processus de collaboration fédéral-provincial-territorial (FPT), un Plan national qui soit acceptable et applicable pour tous les intervenants et qui définisse clairement les rôles et les responsabilités;
- en élaborant un Plan qui soit suffisamment souple pour tenir compte de l'épidémiologie inconnue d'une pandémie et des besoins des différents intervenants;
- en formulant des recommandations en matière de planification visant à assurer l'efficacité des mesures de prévention, des soins et des traitements durant une pandémie;
- en formulant des recommandations en matière de planification visant à assurer l'efficacité des communications, de la gestion des ressources et des mesures préventives, de manière à réduire au minimum les perturbations sociales du point de vue du secteur de la santé.

Faire en sorte que le Plan soit révisé annuellement afin de tenir compte des faits nouveaux et de suivre les meilleures pratiques.

Faire en sorte que le Plan soit suffisamment clair et complet pour en assurer la viabilité opérationnelle.

## 2.0 Aperçu du Plan

Les activités de planification d'urgence en cas de pandémie au Canada ont débuté en 1983.

La première version préliminaire détaillée d'un plan, appelée Plan d'urgence canadien en cas d'une pandémie d'influenza, a été achevée en 1988; plusieurs autres versions ont été élaborées depuis ce temps. La dernière version, publiée pour la première fois en février 2004, se nomme le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (le Plan) et cible le vaste éventail de personnes du secteur de la santé qui participeront à la planification et aux interventions en cas de pandémie d'influenza, à savoir les intervenants d'urgence, les planificateurs des services de santé, les travailleurs de la santé, les laboratoires de santé publique, de même que les personnes participant à la fabrication, à l'autorisation et à l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. Cependant, les principaux intéressés sont les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, puisque la prestation des soins de santé et des services essentiels relève des provinces et des territoires.

Comme une pandémie d'influenza est l'événement de santé publique le plus susceptible d'avoir une incidence majeure à l'échelle nationale, un plan détaillé traitant de cette urgence nationale de santé publique est nécessaire. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé est l'un de plusieurs plans nationaux d'intervention en cas d'urgence. Cependant, le Plan se concentre sur les interventions du secteur de la santé; il ne traite donc pas des autres questions importantes (p. ex., continuité des opérations) entourant une pandémie. En tant que plan national, le présent document vise à orienter et à appuyer la planification à l'échelle des provinces et territoires, des régions, des municipalités et des établissements. Chaque palier de gouvernement et chaque établissement de santé devraient se doter de son propre plan en cas de pandémie. Ce plan doit respecter l'approche générale du Plan, mais aussi prévoir des détails opérationnels propres au site ou au palier de gouvernement.

### 3.0 Structure du Plan

Le Plan comprend une préface, des sections principales et des annexes. Les sections Introduction et Contexte sont suivies des sections Préparation et Interventions; une section Rétablissement sera intégrée dans une version ultérieure du Plan. Les sections Introduction et Contexte présentent les fondements conceptuels et historiques du Plan, de même que ses principes généraux tels que les rôles et les responsabilités. Les sections Préparation et Interventions et celle (à venir) du Rétablissement reflètent les principes généraux du Plan en matière d'intervention d'urgence. Les types d'activités nécessaires à la planification en cas de pandémie peuvent se résumer comme suit :

- Les activités de **prévention** comprennent la planification des mesures visant à faire en sorte que tous les risques existants, connus ou inévitables soient maîtrisés. Conformément aux recommandations en matière de lutte contre les infections (p. ex., hygiène des mains, étiquette respiratoire), l'immunisation par des vaccins constitue le principal moyen de prévention (c.-à-d., vaccin antipneumococcique pendant la période interpandémique et vaccin antipandémique lorsque celui-ci aura été mis au point); elle représente la pierre angulaire des mesures contre la pandémie au Canada et dans de nombreux autres pays. L'infrastructure de vaccination annuelle est à la base de l'élaboration de l'intervention axée sur la vaccination.
- Les activités de **préparation** comprennent la préparation des plans en soi, la formation, les exercices de simulation visant à mettre à l'essai les plans, les communications et les autres interfaces servant à informer le public et les autres intervenants.
- Les activités d'**intervention** et les mesures d'atténuation visent à limiter la pandémie et à réduire ses conséquences tant directes (mortalité et morbidité dues à l'influenza) qu'indirectes (perturbations sociales). La mise en œuvre de ces activités consiste en une série d'interventions croissantes potentiellement variées (mais harmonisées) à mesure que la pandémie évolue dans le pays. La mise en œuvre englobe aussi la documentation des activités et des résultats, qui sert à déterminer si une intervention plus poussée ou si des modifications de l'intervention prévue sont nécessaires.
- Les activités de **rétablissement** peuvent commencer à différents moments selon la région, à mesure que les vagues pandémiques frapperont différents endroits. Ces activités comprennent l'organisation d'activités après l'événement pour assurer le retour à la normale des services interpandémiques et des niveaux de service. À titre d'exemple, notons le démantèlement des installations de rechange, le retrait progressif des travailleurs de remplacement dans les soins de santé et la mise en marche de nouveaux services pouvant être nécessaires pour s'attaquer aux conséquences de la pandémie. Les activités se poursuivront jusqu'à ce que la pandémie soit déclarée terminée au Canada, et la situation interpandémique rétablie.

Le contenu de ce plan global de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé se divise en une série d'éléments, à savoir la surveillance, les programmes de vaccination, l'utilisation d'antiviraux, les services de santé, les mesures de santé publique et les communications, qui sont définis dans la section Préparation. Cette section présente l'état d'avancement de chaque élément ainsi que les principes et les hypothèses de planification. Des listes de contrôle des activités de planification possibles ont été jointes sous forme d'annexe (Annexe A, Listes de contrôle aux fins de la planification).

La section Préparation traite des activités de prévention et de préparation durant la période interpandémique. Cette section est le fruit de travaux qui ont débuté après la première réunion nationale sur la planification FPT et locale, qui a eu lieu en janvier 2000; elle est fondée sur les discussions d'un certain nombre de groupes de travail sur la pandémie d'influenza et sur les commentaires d'autres groupes d'intervenants et organisations. Cette section a pour but de fournir de l'information et des lignes directrices qui pourront servir à l'élaboration de plans FPT et locaux de gestion d'une pandémie d'influenza.

La section Interventions porte sur les activités opérationnelles de haut niveau permettant d'assurer une intervention nationale efficace du secteur de la santé, y compris les activités de coordination FPT essentielles. (Voir l'Annexe L pour des détails sur le Système national d'intervention d'urgence.) La section Rétablissement, qui devrait être intégrée à la prochaine version du Plan, présentera quant à elle des directives concernant les activités postpandémiques coordonnées dans les secteurs de la santé et des interventions d'urgence.

Après avoir examiné les questions particulières relatives au Plan, des groupes de travail et des sous-comités nationaux ont préparé les lignes directrices et les documents de référence annexés au Plan. Les groupes de travail originaux s'occupaient chacun des sujets suivants : surveillance, vaccins, médicaments antiviraux, interventions de santé publique, communications et services de santé. Le groupe de travail sur les services de santé a ultérieurement été divisé en quatre groupes : lutte contre les infections, soins cliniques, établissements et travailleurs non conventionnels et gestion des ressources. Chaque annexe a été créée pour traiter de questions précises concernant les buts généraux de la planification en cas de pandémie : premièrement, réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, réduire au minimum les perturbations sociales au sein de la population canadienne. Les annexes publiées dans le Plan de 2004 étaient fondées sur les données, les croyances et les approches qui existaient à l'époque en rapport avec la planification en cas de pandémie. Ces annexes ont été mises à jour, ou sont en voie de l'être, afin de tenir compte des préoccupations et des priorités actuelles dans les sciences et les activités de planification. De nouvelles annexes ont aussi été ajoutées à la présente version pour rendre le Plan plus complet.

## **4.0 Rôles et responsabilités**

Une intervention coordonnée face à la pandémie d'influenza nécessite des infrastructures collectives, des capacités d'intervention et des activités bien coordonnées qui permettront aux ministères FPT de la Santé et à leurs représentants de prévoir les difficultés, de surveiller les événements indésirables et de réduire au minimum les conséquences d'une pandémie d'influenza dans leur sphère de compétence.

Les rôles et responsabilités du Comité sur la pandémie d'influenza (CPI) et des ministères FPT de la Santé sont détaillés dans un accord de fait conclu entre les sous-ministres de la Santé en mars 2001. Il s'agit d'un document itératif qui permet de modifier les rôles et responsabilités et d'en ajouter d'autres à mesure qu'ils sont définis. Cet accord a été rédigé avant la mise sur pied de l'ASPC en septembre 2004. À l'heure actuelle, l'ASPC et Santé Canada, qui ensemble composent

le portefeuille fédéral de la santé, assument les responsabilités du gouvernement fédéral aux termes de cet accord.

Les rôles et responsabilités FPT, y compris les responsabilités conjointes telles que définies dans l'Accord de fait de 2001, sont repris dans le Plan actuel.

Dans l'ensemble, les rôles et responsabilités des différents paliers de gouvernement sont les suivants :

- Le gouvernement fédéral, par l'entremise de Sécurité publique et Protection civile Canada, est responsable de la coordination nationale des interventions en cas de pandémie d'influenza, y compris de la surveillance, de la liaison internationale et de la coordination des mesures de vaccination.
- Les responsabilités conjointes des ministères FPT de la Santé consistent à assurer la distribution des plans à toutes les organisations pouvant être appelées à prendre part aux interventions en cas de pandémie et à maintenir une liaison continue avec ces intervenants. Les ministères de la Santé peuvent également participer à la planification des exercices de simulation une fois que les plans (nationaux, fédéraux et provinciaux et territoriaux) seront en place. L'élaboration des estimations de coûts et des possibilités s'offrant aux décideurs est également une responsabilité conjointe FPT.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la mise à exécution de leurs plans d'urgence et de la mobilisation de leur personnel d'urgence. Les interventions d'urgence en matière de santé commencent à l'échelle locale puis montent au palier PT et, ensuite, au palier fédéral.
- Les autorités locales de santé publique sont responsables de la planification des interventions locales en cas de pandémie d'influenza sous la direction des paliers PT et fédéral. Pour ce faire, elles doivent notamment établir des liens avec des partenaires locaux (p. ex., intervenants d'urgence, hôpitaux, services funéraires) avant une pandémie afin de faciliter une intervention coordonnée dans l'éventualité où la collectivité serait touchée par la pandémie. Il est probable que les autorités locales de santé publique, grâce aux mécanismes actuels de surveillance ou à une surveillance accrue, soient les premières à détecter l'influenza dans leur collectivité. Il est essentiel que les voies de communication au sein des collectivités et entre les collectivités et les paliers PT et fédéral soient clairement établies avant une pandémie.

## **4.1 Comité sur la pandémie d'influenza**

Le CPI, qui est un comité FPT, s'est réuni pour la première fois par téléconférence en mars 2002. Il est présidé par deux spécialistes de la santé publique qui représentent le gouvernement fédéral et PT. Le CPI est appuyé par le CPCMI, de l'ASPC. Avec la mise sur pied du Réseau pancanadien de santé publique, le CPI se rapporte maintenant au groupe expert en contrôle des maladies transmissibles et son mandat est actuellement mis à jour.

Le mandat du CPI prévoit la prestation de conseils, la formulation de recommandations, l'assurance de la liaison et d'autres activités durant les périodes interpandémique, d'alerte pandémique, pandémique et postpandémique. Il doit appuyer les mandats de tous les paliers de gouvernement en matière de santé et de sécurité. Le CPI doit également fournir des conseils et de l'aide en vue de l'élaboration, de la tenue à jour, de la mise à l'essai et de l'évaluation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza et, lorsque nécessaire, de tout autre plan d'urgence PT.

## Deuxième section

# Contexte





# Table des matières

1.0	Épidémiologie de la pandémie d'influenza	3
2.0	Principales hypothèses de planification	4
2.1	Origine et évolution	4
2.2	Épidémiologie	5
2.3	Répercussions	6
2.4	Absentéisme	6
2.5	Interventions	8
3.0	Estimation des répercussions d'une pandémie d'influenza sur les Canadiens	9
4.0	Terminologie	10
4.1	Nouvelles phases de la pandémie au Canada et exemples	11
4.1.1	Période interpandémique	12
4.1.2	Période d'alerte pandémique	12
4.1.3	Période pandémique	14
4.1.4	Vagues pandémiques	14
4.1.5	Période postpandémique	15
4.1.6	Circulation simultanée d'au moins deux nouveaux sous-types du virus de l'influenza	15
5.0	Considérations d'ordre juridique	15
6.0	Éthique et planification en cas de pandémie	16



## 1.0 Épidémiologie de la pandémie d'influenza

Les virus de l'influenza de type A causent périodiquement des épidémies mondiales, aussi appelées pandémies, accompagnées de taux de morbidité et de mortalité élevés. Une pandémie peut se produire en tout temps et elle peut entraîner des affections graves, des décès et des perturbations sociales et économiques importantes partout dans le monde. Les experts s'accordent à dire que les pandémies d'influenza sont inévitables, mais que l'évolution et la gravité de la prochaine pandémie ne peuvent être prévues. Une pandémie peut survenir sans avertissement; une planification d'urgence est donc essentielle pour atténuer ses effets potentiellement dévastateurs.

Il existe, dans la nature, 16 hémagglutinines et 9 neuraminidases, qui sont deux importantes glycoprotéines de surface du virus de l'influenza de type A. Les sous-types du virus de l'influenza sont désignés par ces protéines « H » et « N ». Même si toutes les hémagglutinines peuvent infecter les oiseaux, jusqu'à maintenant, seules les souches H1, H2 et H3 ont été associées à la maladie étendue chez l'humain et les souches H5, H7 et H9 ont démontré la capacité de causer une maladie chez l'humain. Il est important de noter que comme les oiseaux sont le réservoir naturel des virus de l'influenza, des personnes en contact étroit avec des oiseaux infectés pourraient être contaminées par de nouveaux virus. Ces nouveaux virus ne deviendront pas tous des virus pandémiques, mais il faut tenir compte du potentiel pandémique de tout nouveau virus.

Les conditions suivantes doivent être réunies pour qu'une pandémie d'influenza ait lieu :

- un nouveau virus de l'influenza A issu d'une modification génétique majeure, c'est-à-dire d'une dérive antigénique;
- un virus virulent ayant un fort potentiel morbide et mortel;
- une population réceptive qui possède peu ou pas d'immunité;
- une transmission interhumaine efficace.

À la lumière des données historiques, 3 à 4 pandémies semblent avoir lieu par siècle. Au cours du siècle dernier, il y a eu 3 pandémies d'influenza (la grippe espagnole de 1918-1919, la grippe asiatique de 1957-1958 et la grippe de Hong Kong de 1968-1969) séparées par des intervalles de 11 à 44 ans. La pire, soit celle de 1918-1919, a causé de 30 000 à 50 000 décès au Canada et de 20 et 50 millions, dans le monde. Lors de ces 3 pandémies, la plus forte augmentation du taux de mortalité s'est produite chez les personnes de moins de 60 ans; en 1918-1919, le plus grand nombre de décès a été enregistré chez les 20 à 40 ans.

On ne sait pas avec certitude de quelle façon pourraient survenir la prochaine pandémie humaine. Cependant, les virus pandémiques pourraient découler d'un mélange génétique (réassortiment) entre des virus de l'influenza humaine et aviaire, et peut-être de mutations cumulatives. Les virus des pandémies de 1957 et de 1968 ont été formés par le réassortiment de gènes de virus grippaux humains et aviaires. Les porcs, qui peuvent être infectés par les virus grippaux humains et aviaires, peuvent être le vecteur du réassortiment en question. En théorie, les humains peuvent aussi agir comme agents de mélange. De plus en plus de données scientifiques, notamment celles obtenues par le séquençage moléculaire, évoquent la possibilité que les 8 gènes du virus de la pandémie de 1918 aient tous été d'origine aviaire et que le potentiel de pandémie humaine ait été acquis à la suite d'une série de mutations. D'autres études ont été entreprises afin de mieux comprendre les facteurs expliquant la virulence et la transmissibilité du virus responsable de la pandémie de grippe de 1918.

En 1997, la transmission directe de l'influenza aviaire H5N1 du poulet à l'homme a été démontrée lors de l'épisode de l'influenza aviaire de Hong Kong. La propagation du virus de l'influenza aviaire hautement pathogène H5N1 dans plusieurs pays asiatiques depuis 2003 a été associée à des cas humains sporadiques et à un taux de mortalité relativement élevé. La constitution génétique du virus H5N1 responsable des cas humains était totalement aviaire. La majorité des nouvelles souches d'influenza émergent en Asie du Sud-Est, où d'importantes populations humaines entrent étroitement en contact avec les porcs et la volaille. On croit qu'il est peu probable qu'une nouvelle souche émerge en Amérique du Nord.

## 2.0 Principales hypothèses de planification

Une pandémie d'influenza est inévitable et il est impossible de prévoir son évolution et son épidémiologie. Lors de l'élaboration de ce plan, plusieurs hypothèses ont été formulées afin de prévoir les répercussions éventuelles d'une pandémie et de faciliter la préparation au Canada.

**Ces hypothèses ne doivent pas être considérées comme des prédictions au sujet de la prochaine pandémie, mais plutôt comme un reflet du scénario raisonnable actuellement utilisé pour orienter les activités de planification.** Les plans de lutte contre la pandémie doivent être flexibles si l'on veut pouvoir les appliquer à un grand nombre de situations, tout en reconnaissant qu'il est impossible de tout planifier pour chaque scénario de pandémie.

Les principales hypothèses de planification sont énoncées ci-dessous. Les principes et les hypothèses liés à la planification sont aussi présentés pour chaque élément du Plan à la section Préparation. À l'Annexe M, Mesures de santé publique, les mesures recommandées sont associées à ces hypothèses et à d'autres plus spécifiques. Les hypothèses ont été formulées à partir de données tirées d'un examen des pandémies précédentes et d'articles portant sur d'autres plans internationaux. Les hypothèses sur l'absentéisme sont fondées sur une analyse récemment effectuée par le ministère des Finances du Canada.

## 2.1 Origine et évolution

- La prochaine pandémie apparaîtra d'abord à l'extérieur du Canada.

La plupart des nouvelles souches d'influenza émergent en Asie, où la proximité des humains, des volailles et des porcs domestiques dans les collectivités agricoles facilite les mélanges et les échanges génétiques entre les virus humains et aviaires.

- Le prochain virus pandémique sera présent au Canada dans les trois mois suivant son émergence ailleurs dans le monde, mais il pourrait arriver beaucoup plus rapidement en raison de l'augmentation du volume et de la vitesse des voyages aériens internationaux.

Cette hypothèse à propos de l'évolution de la pandémie s'appuie sur les deux dernières pandémies. En 1918, les soldats atteints d'influenza revenant au pays et voyageant en train ont amené le virus de Québec à Vancouver en quelques semaines. Un nouveau virus pourrait se propager rapidement partout au Canada à cause de l'augmentation du nombre de déplacements, des nouvelles habitudes de voyage et de la vitesse des transports modernes.

- Le virus pandémique peut arriver au Canada à tout moment (c.-à-d., éventuellement en dehors de la saison grippale).
- Au Canada, le premier pic de maladie peut se produire dans les deux à quatre mois suivant l'arrivée du virus. On croit que le premier pic de mortalité surviendra environ un mois après ce pic de maladie.

Si l'on se base sur les pandémies passées, lorsque le virus pandémique arrive presque au moment de la saison grippale annuelle des climats tempérés (novembre à avril), l'intervalle entre l'arrivée du virus et le plus fort de l'épidémie peut être très court.

- Une vague pandémique balayera le Canada en un ou deux mois et touchera plusieurs endroits simultanément.
  - Cette hypothèse est fondée sur l'analyse de la propagation des pandémies précédentes, y compris celle de 1918.
- La pandémie d'influenza se déroulera en deux vagues ou plus. Partout, chaque vague durera de 6 à 8 semaines. La pandémie s'étendra sur 12 à 18 mois, et plus d'une vague peuvent avoir lieu en 12 mois.

## 2.2 Épidémiologie

- La période d'incubation, la période de transmissibilité et le mode de transmission de la nouvelle souche seront les mêmes que pour les autres souches connues du virus de l'influenza.
  - Période d'incubation : de 1 à 3 jours;
  - Période de transmissibilité : 24 heures avant et jusqu'à 5 jours après l'apparition de la maladie (habituellement, de 3 à 5 jours chez les adultes immunocompétents et jusqu'à 7 jours chez les jeunes enfants);
  - Mode de transmission : par grosses gouttelettes et par contact (direct et indirect);
  - Le rôle de la transmission par voie aérienne n'est pas bien connu;
  - Transmission possible par les personnes asymptomatiques, mais elle est plus efficace lorsque des symptômes, comme la toux, sont présents et que le taux d'excrétion virale est élevé (c.-à-d., au début de la période symptomatique).
- On assistera à une transmission interhumaine efficace, le nouveau virus infectant un grand nombre de personnes, puisque la population ne possèdera pas, ou peu, d'immunité au nouveau virus.

À la lumière des expériences passées, on suppose que le nombre moyen de cas secondaires causés par un cas type d'influenza (aussi appelé taux de reproduction de base ou  $R_0$ ) se situera entre 1,4 et 1,8 dans une population totalement réceptive. Ce nombre peut varier en fonction des interventions, notamment la vaccination, la prise d'antiviraux, les mesures de lutte contre les infections et les mesures de santé publique. La population en général sera moins réceptive si le nouveau virus a déjà circulé. Par exemple, le virus H2N2 responsable de la pandémie de 1957 a continué à circuler sur une vaste échelle jusqu'en 1968. On s'attend donc à ce que les personnes nées avant 1968 possèdent une immunité résiduelle à cette souche.

- Le tableau clinique initial ressemblera à celui des infections causées par les souches connues d'influenza humaine.
- Il y aura des cas d'infection infraclinique.

Selon l'hypothèse du plan britannique actuel basé sur les pandémies passées, environ 50 % de la population infectée pourrait être asymptomatique.

- Les groupes à risque élevé de complications ou de conséquences négatives causées par l'influenza annuelle (selon la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation concernant l'influenza) seront à risque très élevé pendant la pandémie.

## 2.3 Répercussions

- Les répercussions de la pandémie sur le plan de la gravité, de la répartition selon l'âge et de l'ampleur de la propagation peuvent être différentes de celles de l'influenza annuelle. Toutefois, ces données ne seront connues que lorsque le virus aura commencé à se transmettre efficacement chez l'humain.
- La majorité de la population (plus de 70 %) sera infectée au cours de la pandémie, mais seulement entre 15 et 35 % des gens seront cliniquement malades (c.-à-d., il y aura un taux relativement élevé d'infection asymptomatique).
- À des fins de planification, on suppose que la plupart des cas surviendront pendant la première vague.
  - Pour un taux total d'attaque clinique de 35 %, on estime que 25 % de la population sera cliniquement malade pendant la première vague.
- En cas de pandémie bénigne à modérée (c.-à-d., équivalente aux deux dernières pandémies) et en l'absence d'interventions (p. ex., vaccins, antiviraux), chez les sujets cliniquement malades :
  - jusqu'à 50 % auront besoin de soins ambulatoires;
  - 1 % seront hospitalisés et se rétabliront;
  - 0,4 % mourront (la plupart de ces cas auront également été hospitalisés).
- En cas de pandémie grave (en fait de répercussions sur la santé) et en l'absence d'interventions, jusqu'à 10 % des sujets cliniquement malades seront hospitalisés et 2 % mourront.
- Les personnes qui se rétablissent seront immunisées aux infections causées par la souche responsable de la pandémie.

## 2.4 Absentéisme

L'hypothèse et les explications qui suivent proviennent de la Division de l'analyse et des prévisions économiques du ministère (fédéral) des Finances et s'appuient sur les travaux exécutés en date de septembre 2006.

- En cas d'éclosion dans un secteur donné, il conviendrait que les employeurs prévoient un taux d'absentéisme au travail total de 20 % à 25 % pendant la période de pointe de deux semaines, ainsi que des taux moins élevés au cours des semaines précédentes et subséquentes.
- Ces chiffres font contraste avec le taux moyen total d'absentéisme pendant un hiver normal, qui est de 8 %. On peut s'attendre à ce que le pic d'absentéisme varie à l'échelle locale et d'un secteur d'activités à un autre. Le secteur des soins de santé peut s'attendre à devoir faire face à un pic d'absentéisme au sommet de cette courbe; il s'agit là du taux le plus élevé parmi tous les secteurs (voir le Tableau 1 ci-après). Les petites unités de travail au sein desquelles les employés ont de nombreux rapports sociaux peuvent prévoir des pics d'absentéisme plus élevés que ceux des unités de travail plus importantes où les rapports sociaux sont moins nombreux.
- Les hypothèses prudentes de planification se fondent sur la modélisation exécutée par le ministère des Finances. Elles reflètent le taux d'absentéisme normal, le pic d'absentéisme attribuable à la maladie et à la nécessité de s'occuper d'un proche, et offrent une zone tampon

de planification prudente pour tenir compte des effets hétérogènes parmi les unités de travail, de l'absentéisme possible attribuable à la peur de contracter la maladie au travail et de l'absentéisme pouvant résulter des mesures de santé publique telles que la fermeture des écoles.

- Les écarts entre les taux d'absentéisme normaux d'un secteur d'activité à un autre se fondent sur des données historiques. Les estimations du pic d'absentéisme pour cause de maladie s'appuient sur les données probantes recueillies lors des pandémies antérieures, et sont conformes à un taux d'attaque cumulatif de 35 %. Les estimations relatives à l'absentéisme attribuable à la nécessité de s'occuper d'un proche se fondent sur le rapport historique entre le congé de maladie et le congé pour obligations familiales. Les écarts entre les pics d'absentéisme pour cause de maladie, d'un secteur d'activités à un autre, sont estimés au moyen du rapport historique entre l'absentéisme à l'échelle de l'économie dans son ensemble et l'absentéisme à l'échelle des secteurs particuliers. Ce rapport s'explique par les écarts de densité sociale entre les secteurs d'activités (la mesure dans laquelle les employés interagissent socialement dans l'exercice de leurs fonctions) et par la disponibilité des congés. On peut s'attendre à des pics de morbidité inférieurs à la moyenne dans les secteurs à faible densité sociale comme ceux des biens et du transport et de l'entreposage, alors que des pics supérieurs à la moyenne sont à prévoir dans de nombreux secteurs de services et, plus particulièrement dans les secteurs de l'éducation, des soins de santé et de l'aide sociale.
- Rien n'indique un taux d'absentéisme important attribuable à la peur de se rendre au travail au cours des pandémies antérieures, ou pendant la période où a sévi le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Néanmoins, il serait prudent, pour les personnes qui prennent part à la planification de la continuité des activités, d'envisager la possibilité que certains employés s'absentent dans le but d'éviter les lieux de travail. Les pics possibles d'absentéisme attribuable à la peur de se rendre au travail dans certains secteurs sont estimés au moyen d'un cadre en deçà duquel les employés soupèsent le risque relatif perçu que présente le milieu de travail, par rapport au coût d'une absence. Le risque relatif perçu que présente le milieu de travail est déterminé par le taux de morbidité global et la question de savoir si l'employé ou un membre de sa proche famille a déjà contracté la maladie. Si des absences attribuables à la peur de se rendre au travail surviennent, le taux d'absentéisme peut se révéler plus élevé dans les domaines de l'éducation, des soins de santé, de l'aide sociale et de l'administration publique, ce qui traduit une combinaison de densité sociale élevée et de disponibilité des congés au sein de ces secteurs.
- La zone tampon de planification prudente prévoit aussi les effets des mesures de santé publique possibles comme la fermeture des écoles. En octobre 2005, toutes les écoles publiques et maternelles de la Colombie-Britannique ont été fermées pour une période de deux semaines en raison d'une grève des enseignants. Rien n'indique que cette situation ait causé une réduction des heures travaillées dans le reste de l'économie de la Colombie-Britannique. Selon les données de recensement, 3,6 % de la population active devrait prendre des dispositions spéciales en cas de fermeture des écoles. L'expérience vécue en Colombie-Britannique donne à penser que bon nombre des membres de la population active avait accès à des dispositions de rechange qui leur permettaient de ne pas s'absenter du travail. En dépit des effets limités que semble avoir eus cette grève des enseignants de la Colombie-Britannique, certains des membres de la population active touchée devraient peut-être s'absenter du travail si les écoles fermaient leurs portes en raison d'une pandémie.

**Tableau 1 : Pic quotidien d'absentéisme toutes causes confondues, par secteur d'activité dans une ville donnée – hypothèse prudente de planification (pour cent)**

	Normal (février)	Maladies et soins aux malades	Prudence*	Total
Tous les secteurs	8,0	5,6	6,4	20,0
Biens	8,1	3,9	4,9	16,9
Agriculture	7,0	3,1	3,3	13,4
Foresterie, pêche, exploitation minière, pétrole et gaz	9,9	3,4	4,7	18,0
Services publics	8,5	4,3	5,6	18,4
Fabrication	7,5	4,6	5,5	17,6
Services	8,0	6,0	6,9	20,9
Commerce	7,0	6,1	6,3	19,4
Transport et entreposage	9,5	5,0	5,9	20,4
Finances, assurances et immobilier	7,2	6,3	6,6	20,1
Services professionnels, scientifiques et techniques	6,3	6,1	6,2	18,6
Services d'éducation	7,5	6,4	8,7	22,6
Soins de santé et aide sociale	11,1	6,3	8,2	25,6
Information, culture et loisirs	3,8	5,7	6,3	15,8
Services de logement et d'alimentation	6,4	6,3	6,5	19,2
Autres services	6,5	5,0	5,1	16,6
Administration publique	9,4	6,1	7,7	23,2

\* Inclut l'absentéisme possible des personnes qui ont peur de se rendre au travail et un taux de prudence additionnel pour tenir compte de l'hétérogénéité des unités de travail et des mesures de santé publique possibles telles que la fermeture des écoles.

## 2.5 Interventions

- Il est peu probable qu'un vaccin efficace soit disponible au début de la pandémie d'influenza au Canada, mais il pourrait l'être pour la deuxième vague.
- Des campagnes de vaccination de masse auront lieu lorsqu'on disposera de quantités suffisantes du nouveau vaccin; la demande en ressources humaines en santé publique s'en trouvera accrue.
- Le recours aux antiviraux pour réduire le risque de transmission d'un nouveau virus par les premiers cas infectés et leurs contacts sera envisagé comme stratégie visant à contenir ou à ralentir la propagation de nouveaux virus susceptibles de causer une pandémie qui sont détectés au Canada. **Cette stratégie se limitera aux cas détectés au début de la période d'alerte pandémique au Canada.** Durant la période pandémique, elle sera remplacée par la stratégie approuvée à l'échelle nationale pour la période pandémique.
- Les autorités en santé publique géreront l'approvisionnement en vaccins dès que de tels vaccins seront disponibles, ainsi que l'approvisionnement et la distribution des médicaments antiviraux faisant partie de la Réserve nationale d'antiviraux.
- Le CPI fournira des conseils techniques pendant la période pandémique. Il orientera ainsi l'intervention nationale et permettra une plus grande cohérence parmi les activités déployées partout au pays.

### 3.0 Estimation des répercussions d'une pandémie d'influenza sur les Canadiens

Il est difficile de prévoir les répercussions de la prochaine pandémie d'influenza; elles dépendent de la virulence du virus, de la rapidité de sa propagation d'une population à une autre, ainsi que de l'efficacité de la prévention et des interventions. Les prévisions des conséquences sanitaires et économiques sont importantes pour orienter la prise de décisions en matière de politiques de santé publique et la planification en cas de pandémie dans les secteurs de la santé et des urgences.

Pendant les épidémies d'influenza « normales » qui se produisent presque tous les hivers en Amérique du Nord, le taux de morbidité se situe, en moyenne, entre 10 et 25 %, ce qui représente en moyenne 4 000 décès et 20 000 hospitalisations. Pendant les épidémies graves de l'influenza de type A, de 30 à 50 % de la population peut contracter le virus, ce qui fait entre 6 000 et 8 000 décès en plus de 30 000 à 40 000 hospitalisations. Les taux les plus élevés d'infection et de manifestations cliniques sont observés chez les enfants, mais les complications graves et les décès surviennent surtout chez les personnes âgées.

Les données historiques montrent que, pendant une pandémie, plus de 70 % d'une population peut être infectée par le nouveau virus et que la morbidité et la mortalité selon l'âge peuvent être très différentes de celles des épidémies annuelles. Lors de la pandémie de 1918-1919, les jeunes adultes ont présenté les plus hauts taux de mortalité; près de la moitié des décès dus à l'influenza ont en effet été enregistrés chez des sujets de 20 à 40 ans. Aux États-Unis, lors des pandémies de 1957-1958 et de 1968-1969, les personnes âgées de plus de 65 ans ont représenté respectivement 36 et 48 % des décès causés par l'influenza.

En 1999, les répercussions sanitaires et économiques d'une pandémie au Canada ont été estimées à l'aide d'un modèle élaboré par Meltzer et ses collègues des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, à Atlanta en Géorgie (disponible en ligne : <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol5no5/meltzer.htm>, en anglais seulement). Les hypothèses de ce modèle sont basées sur des données épidémiologiques américaines portant sur diverses conséquences pour des populations mutuellement exclusives (décès, hospitalisation, soins ambulatoires et malade sans soins dans un cadre officiel) des épidémies annuelles graves d'influenza de type A et sur les données tirées des pandémies les plus récentes (c.-à-d., en excluant la pandémie de 1918-1919). À des fins de planification, nous jugeons que, en ce qui concerne la gravité de la maladie, les prévisions de ce modèle reflètent le scénario de maladie « bénigne à modérée ». Récemment, des prévisions ont été faites pour un scénario plus « grave ». Dans ce dernier cas, et pour ce qui touche aux cas cliniques, le taux de mortalité est estimé à 2 % et le taux d'hospitalisation, à 10 %. Bien que ces estimations plus élevées, qui sont considérées comme plus conformes aux conséquences de la pandémie de 1918-1919, aient été utilisées pour décrire les effets possibles d'une pandémie sévère, on s'est concentré jusqu'à maintenant sur la planification nationale d'une pandémie de gravité modérée.

Le modèle de Meltzer ne tient pas compte des effets potentiels des médicaments antiviraux, ni des mesures de santé publique, ni d'un vaccin efficace. Ses prévisions peuvent donc surestimer les répercussions de la pandémie au Canada; elles ne sont fournies qu'à des fins de planification et de conscientisation des impacts potentiels sur la santé. Il faut aussi remarquer qu'au fil des changements démographiques dans la population canadienne, les répercussions potentielles sur la santé varieront. Si les taux de mortalité selon l'âge les plus élevés sont encore ceux des deux groupes d'âge extrêmes, les personnes âgées ayant un taux supérieur à celui des jeunes enfants (ce qui correspond à la courbe type de mortalité annuelle en forme de U asymétrique), le nombre potentiel de décès en cas de pandémie pourra être plus élevé que celui prévu dans ce document à cause du vieillissement de la population.

Selon l'analyse de 1999 basée sur le modèle de Meltzer, au cours d'une pandémie de gravité « bénigne à modérée », il y aurait entre 4,5 et 10,6 millions de Canadiens, soit de 15 à 35 % de la population, qui seraient cliniquement malades au point d'être incapables de travailler ou de faire d'autres activités pendant au moins une demi-journée (Tableau 1). Les personnes qui contractent le virus et se sentent malades, mais qui vaquent à leurs occupations habituelles, ne font pas partie de ce nombre. De plus, on estime qu'entre 2,1 et 5,0 millions de personnes auraient besoin de soins ambulatoires, qu'entre 34 000 et 138 000 personnes seraient hospitalisées et se rétabliraient et qu'entre 11 000 et 58 000 personnes mourraient au Canada pendant une pandémie de grippe (Tableau 1). Il faut noter, que comme il s'agit de conséquences distinctes, le nombre de sujets hospitalisés pendant une pandémie comprend, en plus du groupe « Hospitalisation et rétablissement », les sujets décédés à l'hôpital, qui représentent vraisemblablement une proportion importante des cas mortels. En outre, ces conséquences seraient causées par des vagues pandémiques relativement courtes (6 à 8 semaines), ce qui met en évidence le caractère intense de la pandémie d'influenza comparativement à d'autres maladies. Ces chiffres sont des estimations et ils ne tiennent pas compte des différences qui existent entre le Canada et les États-Unis pour ce qui est des systèmes de santé, des habitudes de pratique et de la démarche de consultation, ni des changements dans la répartition de la population selon l'âge survenus au Canada depuis 1999; néanmoins, ils donnent une idée de l'ampleur et des répercussions potentielles de la prochaine pandémie d'influenza.

Une estimation des coûts canadiens basée sur ce modèle américain a été calculée à partir des prévisions canadiennes concernant l'utilisation des ressources pour les patients et des coûts unitaires des ressources canadiennes. En 1999, on estimait que les répercussions économiques des résultats pour la santé (directes et indirectes) sur le système de soins de santé et sur la société seraient de 10 à 24 milliards de dollars canadiens. Cette estimation ne tient pas compte d'autres répercussions sociales telles que celles sur le commerce et le tourisme.

<b>Tableau 1 : Nombre estimé de cas par conséquence en cas de pandémie de sévérité bénigne à modérée</b>						
Conséquence (pour une population canadienne de 30 301 180 personnes)	Taux d'attaque de 15 %			Taux d'attaque de 35 %		
	Nombre moyen	5 <sup>e</sup> percentile	95 <sup>e</sup> percentile	Nombre moyen	5 <sup>e</sup> percentile	95 <sup>e</sup> percentile
Décès*	17 768	10 544	24 954	41 459	24 603	58 227
Hospitalisation et rétablissement*	46 639	34 042	59 166	108 824	79 431	138 053
Soins ambulatoires	2 086 327	2 027 496	2 145 282	4 868 097	4 730 825	5 005 657
Malade sans soins dans un cadre officiel	2 394 443	2 335 458	2 455 967	5 587 035	5 449 401	5 730 591
<b>TOTAL</b>	<b>4 545 177</b>	<b>4 407 545</b>	<b>4 685 464</b>	<b>10 605 415</b>	<b>10 284 265</b>	<b>10 932 623</b>

\* Remarque : Les sujets décédés à l'hôpital ne sont pas compris dans la catégorie « Hospitalisation et rétablissement ». Le nombre de sujets hospitalisés pendant une pandémie correspondra donc à toute la catégorie « Hospitalisation et rétablissement » à laquelle s'ajoutera vraisemblablement un nombre important de cas mortels.

## 4.0 Terminologie

Le 8 avril 2005, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié une mise à jour de son guide de 1999 sur la préparation et l'intervention en cas de pandémie. Ce nouveau document, intitulé *Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe : Le rôle de l'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et pendant une pandémie* (accessible en ligne : [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/FluPrep\\_Fnewweb.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/FluPrep_Fnewweb.pdf)), décrit les activités de l'OMS et les activités nationales en faisant appel à une nouvelle terminologie des phases de la pandémie.

Afin de faciliter l'harmonisation avec les phases de l'OMS et de lier les niveaux nationaux d'activité pour le nouveau sous-type d'influenza au Canada à un descripteur, on utilise la nomenclature révisée suivante :

### **Phase de l'OMS. Niveau d'activité au Canada (exemple : 3.0)**

Le numéro de la phase de l'OMS représente le risque ou le niveau d'activité international pour le nouveau sous-type de virus de l'influenza (phases 1 à 6) et est déterminé par l'OMS. L'indicateur du niveau d'activité au Canada, inscrit après le point décimal, sera probablement déterminé par le CPI ou par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et résumera l'activité du nouveau sous-type de virus de l'influenza observée au Canada. On suggère que ces niveaux soient classés comme suit :

- 0 – Aucune activité observée au Canada
- 1 – Un ou plusieurs cas isolés au Canada (c.-à-d., pas de grappe)
- 2 – Activité localisée ou étendue observée au Canada

Les niveaux d'activité localisée et d'activité étendue ont été regroupés, étant donné que les interventions associées à ces deux catégories ne sont pas assez différentes pour justifier la création de niveaux distincts.

De plus, en vue de se conformer à la terminologie de l'OMS, on a convenu que les catégories générales « période interpandémique », « période d'alerte pandémique », « période pandémique » et « période postpandémique » seraient adoptées et utilisées dans les communications publiques.

## **4.1 Nouvelles phases de la pandémie au Canada et exemples**

Pendant la période interpandémique (phases 1 et 2), l'accent est maintenant mis sur la gestion des risques pour la santé humaine causés par les éclosions chez les animaux. La période d'alerte pandémique (phases 3 à 5) vise maintenant à surveiller toute situation où l'on observerait une évolution ou une adaptation d'un nouveau virus de l'influenza animal possédant un potentiel pandémique. L'accent est mis sur une intervention rapide afin de tenter de contenir ou de ralentir la propagation d'un nouveau sous-type du virus grippal chez l'humain. Même si de telles mesures de « confinement » ne sont pas nécessairement efficaces ou faisables, il est utile d'envisager, à des fins de planification, certaines interventions précoces.

Remarque : La terminologie utilisée reflète la situation épidémiologique et les principaux objectifs de l'intervention en cas de pandémie, mais elle ne correspond pas nécessairement au niveau d'activation des mesures d'urgence au Canada.

### 4.1.1 Période interpandémique

Phase	Définition	Exemple(s)	Anciennes phases correspondantes au Canada et de l'OMS (1999)
1.0	Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Un sous-type du virus de l'influenza qui a causé une infection chez l'homme peut être présent chez les animaux à l'extérieur du Canada. Le cas échéant, le risque d'infection ou de maladie chez l'homme est faible.	Souche H7N3 fortement pathogène détectée chez la volaille à l'extérieur du Canada	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 0, Niveau 0
1.1	Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Un sous-type du virus de l'influenza ayant causé une infection chez l'homme est présent chez les animaux au Canada, mais le risque d'infection ou de maladie chez l'homme est faible.	Souche H7N3 fortement pathogène détectée dans une population de volaille au Canada	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 0, Niveau 0
2.0	Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Cependant, un sous-type du virus de l'influenza animal posant un risque important pour l'homme circule chez les animaux à l'extérieur du Canada.	Souche H5N1 fortement pathogène détectée dans des populations de volaille à l'extérieur du Canada	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 0, Niveau 0
2.1	Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Cependant, un sous-type du virus de l'influenza animal posant un risque important pour l'homme se transmet chez les animaux au Canada.	Souche H5N1 fortement pathogène détectée dans des populations de volaille au Canada	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 0, Niveau 0

### 4.1.2 Période d'alerte pandémique

Phase	Définition	Exemple(s)	Anciennes phases correspondantes au Canada et de l'OMS (1999)
3.0	Des cas d'infection chez l'homme causée par un nouveau sous-type de virus ont été détectés à l'extérieur du Canada. Aucune transmission interhumaine ou de rares cas de transmission à une personne proche ont été recensés. Aucun cas n'a été détecté au Canada.	Cas sporadiques chez l'homme observés à l'extérieur du Canada en association avec une éclosion d'influenza aviaire	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 0, Niveau 1 ou Phase 0, Niveau 2 s'il y a plus d'un cas chez l'homme

Phase	Définition	Exemple(s)	Anciennes phases correspondantes au Canada et de l'OMS (1999)
3.1	Cas isolé(s) chez l'homme causé par un nouveau sous-type détecté au Canada. Le virus n'est pas censé se transmettre d'une personne à l'autre, ou de rares cas de transmission à une personne proche ont été observés.	Cas importé au Canada depuis une région du monde où il y a une éclosion d'influenza aviaire  Cas survenant au Canada ou cas survenant en association avec une éclosion d'influenza aviaire au Canada	Canada et monde : Phase 0, Niveau 1 ou Phase 0, Niveau 2 s'il y a plus d'un cas chez l'homme
4.0	De petites grappes de cas comportant une transmission interhumaine limitée ont été observées à l'extérieur du Canada, mais la propagation est très localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas bien adapté à l'homme. Aucun cas lié à ces grappes n'a été détecté au Canada.	De petites grappes de cas chez l'homme causés par un nouveau virus ont lieu à l'extérieur du Canada, liées à une éclosion d'influenza aviaire.	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 0, Niveau 3
4.1	Cas isolé(s) chez l'homme causé par un virus ayant une capacité de transmission interhumaine limitée a (ont) été détecté(s) au Canada. Aucune grappe n'a été décelée au Canada.	Cas importé au Canada, infecté par un nouveau virus connu pour être à l'origine de petites grappes de cas chez l'homme à l'extérieur du Canada	Canada et monde : Phase 0, Niveau 3
4.2	De petites grappes localisées comportant une transmission interhumaine limitée ont été observées au Canada, mais la propagation est très localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas bien adapté à l'homme.	Grappe localisée de cas au Canada, liée à un cas importé ou à des cas survenus au Canada	Canada et monde : Phase 0, Niveau 3
5.0	De plus grosses grappes de cas sont observées à l'extérieur du Canada, mais la transmission interhumaine demeure localisée, ce qui donne à penser que le virus s'adapte de mieux en mieux à l'homme mais qu'il n'est pas encore entièrement transmissible (risque important de pandémie). Aucun cas n'a été détecté au Canada en association avec ces grappes.	Grappes de cas plus grosses chez l'homme causées par un nouveau virus, observées à l'extérieur du Canada	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 0, Niveau 3

Phase	Définition	Exemple(s)	Anciennes phases correspondantes au Canada et de l'OMS (1999)
5.1	Cas isolé(s) chez l'homme causé par un virus mieux adapté à l'homme a été détecté au Canada. Aucune grappe n'a été observée au Canada.	Détection au Canada d'un cas importé d'infection par un virus connu pour être à l'origine de vastes grappes de cas chez l'homme à l'extérieur du Canada	Canada et monde : Phase 0, Niveau 3
5.2	De plus grosses grappes de cas localisées comportant une transmission interhumaine limitée sont observées au Canada, mais la propagation est encore localisée, ce qui donne à penser que le virus s'adapte de mieux en mieux à l'homme mais qu'il n'est pas encore entièrement transmissible (risque important de pandémie).	Détection au Canada d'une vaste grappe de cas localisée, liée à un cas importé ou à des cas survenus au Canada	Canada et monde : Phase 0, Niveau 3

### 4.1.3 Période pandémique

Phase	Définition	Exemple(s)	Anciennes phases correspondantes au Canada et de l'OMS (1999)
6.0	Une transmission accrue et soutenue de la maladie dans la population a été observée à l'extérieur du Canada. Aucun cas n'a été détecté au Canada.	Des pays autres que le Canada ont déclaré une transmission soutenue du nouveau virus au sein de leur population.	Canada : Phase 0, Niveau 0 Monde : Phase 1
6.1	Cas isolé chez l'homme causé par le virus pandémique a été détecté au Canada. Aucune grappe n'a été observée au Canada.	Détection au Canada d'un cas importé d'infection causée par le virus pandémique.	Canada et monde : Phase 1
6.2	Une activité pandémique localisée ou étendue est observée dans la population canadienne.	Grand nombre de cas cliniques rapidement détectés au Canada chez des personnes qui n'ont pas voyagé dans une région touchée par le virus	Canada et monde : Phase 1, 2 ou 4

### 4.1.4 Vagues pandémiques

La nouvelle terminologie des phases de la pandémie au Canada ne comporte pas de phases au Canada qui indiqueraient la fin de la première vague pandémique, l'intervalle entre les vagues ni le début d'une seconde vague pandémique. On s'attend à ce que les phases au Canada représentent le plus haut niveau d'activité observé au Canada (au moyen de la nomenclature « .0 », « .1 » ou « .2 ») et que des détails supplémentaires sur les vagues pandémiques accompagnent cette information au besoin. L'activité régionale et locale de l'influenza sera

qualifiée de sporadique, localisée ou étendue, selon la terminologie actuellement utilisée au Canada par Surveillance de l'influenza.

#### **4.1.5 Période postpandémique**

On s'attend à ce qu'une période de rétablissement (phase 5 dans le document de l'OMS de 1999) suive la phase 6 (c.-à-d., la période pandémique), pour faire place ensuite à la période interpandémique (c.-à-d., la phase 1 ou 2 de la pandémie mondiale). Les indicateurs du retour à la période interpandémique seront vraisemblablement fondés sur des indicateurs épidémiologiques (p. ex., le retour du cycle annuel automne-hiver de l'activité grippale), plutôt que sur des indicateurs sociaux ou économiques du « retour à la normale ».

#### **4.1.6 Circulation simultanée d'au moins deux nouveaux sous-types du virus de l'influenza**

L'OMS a indiqué que, dans le cas où au moins deux nouveaux sous-types du virus de l'influenza circuleraient en même temps dans le monde, la phase déclarée représentera le plus haut niveau de risque de pandémie. Le CPI a également décidé d'utiliser cette stratégie. Par exemple, si la souche H5N1 cause des maladies sporadiques chez l'homme en Asie, mais qu'aucun cas n'a été détecté au Canada, la phase de la pandémie au Canada sera « 3.0 ». Si une éclosion d'influenza aviaire de souche H7N3 survient au Canada au même moment, on déclarera que le Canada est à la phase « 3.0 » en ce qui concerne le virus H5N1, mais qu'on prend également des mesures en raison de la détection de cas d'influenza aviaire H7N3. La phase de la pandémie au Canada reflétera toujours l'état du virus possédant le risque pandémique le plus élevé au Canada, peu importe si ce virus est présent ou non au Canada.

### **5.0 Considérations d'ordre juridique**

Les considérations d'ordre juridique afférentes à l'état de préparation et à l'intervention en cas de pandémie sont diverses et complexes. Compte tenu du fait que la pandémie d'influenza est un problème mondial, la planification et la préparation nécessitent les efforts concertés de tous les ordres de gouvernement du Canada, en plus d'une coopération internationale. Par conséquent, il faut reconnaître que l'on aura peut-être besoin de lois internationales, ainsi que de lois fédérales et provinciales-territoriales pour réagir efficacement à une pandémie d'influenza.

Le Règlement sanitaire international (RSI) propose un cadre juridique pour l'OMS afin de prévenir et de maîtriser la propagation des maladies à l'échelle internationale, tout en évitant les perturbations superflues du trafic et du commerce internationaux. Le RSI révisé (accessible en ligne : <http://www.who.int/csr/ihr/fr/index.html>) est une mise à jour substantielle du RSI de 1969, qui traitait de la propagation potentielle de seulement trois maladies : la fièvre jaune, la peste et le choléra. Le Règlement présente également un processus plus efficace et plus transparent qui doit être suivi par l'OMS et les États pour détecter les urgences de santé publique de portée internationale (USPPI) et pour déterminer les interventions. Surtout, il étend la portée de la collaboration internationale à toute maladie existante, réémergente ou nouvelle qui pourrait présenter un risque international.

Les nouvelles dispositions du RSI révisé comprennent l'obligation :

1. pour les États de déclarer à l'OMS toutes les USPPI potentielles;
2. pour les États de rehausser la capacité fondamentale de surveillance et d'intervention;

3. pour les États d'établir un centre national de liaison qui sera le point de contact de l'OMS pour toutes les affaires touchant le RSI (l'ASPC est le centre de liaison du Canada concernant le RSI);
4. d'élaborer le nouveau cadre juridique de la stratégie de l'OMS en matière de santé internationale établissant le moment où donner l'alerte en cas d'épidémie et les mesures d'intervention.

En vertu du RSI, tous les ordres de gouvernement ont des obligations à remplir. Au Canada, les provinces et les territoires utiliseront des protocoles établis pour déclarer les cas d'influenza qui représentent une préoccupation internationale à l'ASPC (centre national de liaison), qui avertira par la suite l'OMS de la possibilité d'une pandémie d'influenza.

## 6.0 Éthique et planification en cas de pandémie

L'éthique en santé publique est un nouveau champ d'étude visant à cerner les valeurs et les principes sous-jacents qui régissent les interventions de santé publique. Ainsi, a-t-on noté, « l'éthique en santé publique exige que les améliorations relatives à la santé publique se concrétisent de façon équitable et respectueuse [traduction] »<sup>1</sup>. Au Canada, l'éthique influe de plus en plus sur les politiques de santé<sup>2</sup>. L'analyse des questions d'éthique aide à déterminer de façon logique et transparente la façon d'« agir correctement ». Évidemment, cela n'est pas toujours facile, car on peut avoir à faire face à des principes d'éthique divergents ainsi qu'à d'autres facteurs tels que les règlements, les preuves scientifiques et les politiques comparables d'autres pays, dont il faut tenir compte. Dans la présente section, on fait état de certains des nouveaux principes d'éthique en santé publique qui ont influé sur l'élaboration du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI) pour le secteur de la santé.

Une pandémie d'influenza implique le système de santé dans son ensemble; alors il est important de considérer comment l'éthique de santé publique et l'éthique clinique s'entrecroisent. Contrairement à l'éthique de santé publique qui a pour objet la santé et l'intérêt d'une population, l'éthique clinique vise la santé et l'intérêt de l'individu. Dans un système de santé efficace, ces intérêts sont équilibrés de façon dynamique. Les valeurs majeures de l'éthique en santé publique sont la justice et le respect de l'individu. Cela reflète la présomption que la population peut être en santé seulement grâce au support collectif de plusieurs individus au sein de cette population. Cet appui est généré par le meilleur intérêt d'un individu qui veut faire partie d'une population en santé.

L'importance donnée aux intérêts de l'individu et à ceux de la collectivité changera selon la nature du risque pour la santé. Lorsque le risque pour la santé affecte principalement l'individu, l'éthique clinique dominera et une valeur élevée sera dirigée vers les intérêts des individus. Cependant, lorsqu'un risque pour la santé affecte une population, l'éthique pour la santé publique dominera et une valeur élevée sera portée sur les intérêts de la collectivité. Par exemple, au cours d'une éclosion de maladie infectieuse, la santé publique est à risque et les intérêts de la collectivité seront donc dominants et les intérêts individuels peuvent être temporairement affectés (telles que les restrictions pour les voyages). Étant donné les valeurs fondamentales de justice et de respect pour les individus, l'éthique de santé publique permettra de déterminer pourquoi, quand et comment exercer les intérêts de la collectivité pour le bien collectif.

Le principe sous-jacent de l'éthique en santé publique est l'objectif de la santé publique en tant que telle : *protéger et promouvoir la santé du public*. Ce principe se reflète dans les deux objectifs du Plan : réduire la morbidité et la mortalité et atténuer le désordre social. Le principe de protection

1 Kass NE. Public health ethics: from foundations and frameworks to justice and global public health. *J Law Med Ethics*. Été 2004;32(2):232-42,190.

2 La Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993), par exemple, a fait un usage explicite d'un cadre d'éthique au moment de formuler ses recommandations concernant les politiques en matière de santé.

de la santé est illustré dans les stratégies fondamentales énoncées dans le PCLPI : détection et surveillance, mesures de santé publique, traitement précoce à l'aide de médicaments antiviraux, gestion des situations d'urgence et développement de vaccins. Le principe de promotion de la santé est mis en application par le biais d'une stratégie de communication mûrement réfléchie et coordonnée à l'échelle nationale, qui permet d'informer le public des risques de pandémie et d'indiquer les pratiques de prévention des infections que tous devraient adopter.

Les débats relatifs à l'éthique en santé publique n'ont pas porté principalement sur la nécessité de protéger et de promouvoir la santé du public, mais plutôt sur la façon d'y parvenir. Plus précisément, l'un des débats les plus importants en rapport avec la planification en cas de pandémie a porté sur la question de l'affectation des ressources. Par exemple, compte tenu du fait que 30 millions de doses d'un vaccin contre l'influenza pandémique ne peuvent être offertes à chacun en même temps, qui aura accès à ce vaccin et à quel moment? Le principe d'éthique qui a régi ces discussions est la justice distributive. La justice distributive prévoit la répartition juste et équitable des ressources, selon les besoins. Ce principe est à la base de la recommandation en vertu de laquelle les travailleurs de la santé forment un groupe prioritaire pour le vaccin. Toutefois, la façon dont la répartition s'effectue constitue un aspect important. Les discussions relatives à l'affectation des ressources qui touchent la dure réalité des ressources limitées mettent en relief un principe fondamental adopté par l'éthique en santé publique, à savoir : le respect de la dignité inhérente de toutes les personnes<sup>3</sup>. Ainsi, s'il arrive qu'initialement, certaines personnes n'ont pas droit à un vaccin, il importe de les informer à ce sujet et de s'occuper d'elles avec respect et de façon à ne pas porter atteinte à leur dignité. Ce principe devra régir l'affectation de toutes les ressources limitées pendant une pandémie.

L'un des grands débats concernant l'éthique en santé publique se rapporte à la façon d'agir lorsque la promotion de la santé du public se fait aux dépens de la liberté individuelle. L'autonomie est un principe auquel on accorde beaucoup d'importance dans le domaine de la bioéthique, mais elle peut aller à l'encontre de la protection de la santé du public. L'un des principes élaborés pour faire face à cette situation est celui des mesures les moins restrictives<sup>4</sup>. Ce principe stipule que l'on ne peut porter atteinte à l'autonomie personnelle que dans la mesure où cela est nécessaire pour assurer le bien collectif. Certaines lois provinciales en santé publique tiennent compte de cette disposition. Par exemple, pendant la période où sévissait le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), des agents de santé publique ont mis en quarantaine des personnes susceptibles d'avoir été exposées au virus du SRAS. On considère qu'il s'agit là d'une restriction temporaire justifiable de l'autonomie personnelle et que cette restriction est imposée dans le but de limiter la propagation d'une maladie transmissible particulière.

D'autres principes d'éthique en santé publique ont contribué à la conception du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, à savoir : optimiser le rapport entre les risques et les avantages de toute intervention et assurer le respect de la transparence et de la responsabilisation dans les prises de décision concernant la santé publique. L'optimisation du rapport entre les risques et les avantages signifie qu'il importe de maximiser les interventions proposées et d'atténuer les risques. Les avantages sont évalués dans une large mesure par le biais des preuves d'efficacité. Pour évaluer les risques, on prévoit les effets fâcheux d'une intervention. Toutefois, il faut aussi tenir compte d'autres facteurs tels que les coûts, la faisabilité, les exigences juridiques et les valeurs canadiennes. Le fait d'exécuter une évaluation minutieuse des risques et avantages aide les professionnels de la santé publique à assurer l'excellence. Ce principe veut dire également qu'il faut peut-être réviser des décisions à la lumière des nouveaux renseignements sur les risques ou les avantages. Par exemple, dans le Plan de 2004, des groupes prioritaires étaient

3 Beauchamp TL, Childress JF. 2004. *Principles of Biomedical Ethics*, 4<sup>e</sup> édition, Oxford University Press, New York.

4 Upshur, RE. Principles for the justification of public health interventions. *Can J Public Health*. 2002;93(3):101-3.

désignés tant pour les traitements antiviraux que pour la prophylaxie. À partir des données probantes communiquées depuis, on a décidé d'élargir les réserves d'antiviraux, d'adopter une stratégie axée sur les « traitements précoces offerts à toutes les personnes en ayant besoin » et de procéder à un examen approfondi de la question de la prophylaxie, incluant des consultations publiques.

Enfin, le Plan prend également appui sur les principes de la transparence et de la responsabilisation. Il faut que les décisions relatives à la santé publique puissent être justifiées au vu de tous et qu'à ce titre, elles soient susceptibles de faire l'objet d'un examen public. Le besoin de cette transparence et de cette responsabilisation se matérialise dans le processus de planification et dans l'accès du public au plan en tant que tel.

En résumé, les principes de l'éthique en santé publique ont régi tant les objectifs du Plan que la façon dont ces objectifs doivent être atteints. Ces principes créent des normes rigoureuses en ce qui a trait aux interventions de santé publique. Un certain nombre d'initiatives liées à l'éthique sont en cours au gouvernement et dans le secteur universitaire<sup>5</sup>. Ces initiatives favoriseront l'évolution du nouveau champ d'étude de l'éthique en santé publique et appuieront les versions futures du Plan.

Résumé des principes d'éthique qui régissent le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé (2006)

1. Protéger et promouvoir la santé du public
2. Assurer l'équité et la justice distributive
3. Respecter la dignité inhérente de toutes les personnes
4. Avoir recours aux mesures les moins restrictives
5. Optimiser le rapport entre les risques et les avantages
6. Travailler de façon responsable et transparente

<sup>5</sup> Mentionnons, par exemple, le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de l'influenza de 2006, qui met de l'avant un cadre d'éthique pour les prises de décisions et qui s'inspire du document de Gibson J. et divers collaborateurs : *Ethics in a Pandemic Influenza Crisis. Framework for Decision Making*. Joint Centre for Bioethics. Université de Toronto (2005).

# Troisième section

# Préparation





1.0	Introduction	3
1.1	Contexte	3
1.2	Populations relevant de la compétence fédérale	3
1.3	Gestion et coordination des interventions d'urgence	3
2.0	Éléments de la préparation à la pandémie	5
2.1	Surveillance	5
2.1.1	État actuel	6
2.1.2	Principes et hypothèses de planification	7
2.2	Programmes de vaccination	8
2.2.1	État actuel	8
2.2.2	Principes et hypothèses de planification	10
2.3	Antiviraux	12
2.3.1	État actuel	13
2.3.2	Principes et hypothèses de planification	14
2.4	Planification des services de santé en cas d'urgence	15
2.4.1	État actuel	16
2.4.2	Principes et hypothèses de planification	17
	i) Prévention et contrôle de l'infection et santé au travail	17
	ii) Prise en charge clinique de l'influenza	18
	iii) Gestion des ressources	18
	iv) Personnel non traditionnel : travailleurs de la santé et bénévoles	20
2.5	Mesures de santé publique	20
2.5.1	État actuel	21
2.5.2	Principes et hypothèses de planification	21
2.6	Communications	22
2.6.1	État actuel	23
	i) Paliers provincial, territorial et local	23
	ii) Paliers fédéral, provincial et territorial	23
	iii) Palier fédéral	23
2.6.2	Principes et hypothèses de planification	24
3.0	Activités de planification et listes de contrôle aux fins de la préparation	25



## 1.0 Introduction

### 1.1 Contexte

La section sur la préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (le Plan) se penche sur les activités de prévention et de préparation qui devraient être entreprises principalement durant la période interpandémique. Elle est fondée sur les travaux de divers groupes de travail portant sur la pandémie d'influenza et sur la contribution d'autres groupes d'intervenants et d'organisations.

L'objet de cette section du Plan est de fournir de l'information et des lignes directrices qui puissent servir à l'élaboration de plans fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) et à la gestion locale d'une pandémie d'influenza.

### 1.2 Populations relevant de la compétence fédérale

On trouve au Canada divers ministères et organismes fédéraux qui fournissent une gamme variée de services de santé à plusieurs « populations ». Ces populations (p. ex., les réserves des Premières nations, les grandes bases militaires, les prisons fédérales) sont susceptibles de créer un accroissement énorme de la demande en matière de soins de santé dans des régions précises durant une pandémie. Une planification poussée est nécessaire pour s'assurer que les responsables des régions, des provinces et des territoires qui sont à proximité de ces collectivités, de même que les autorités fédérales concernées, se sont entendus sur les rôles et responsabilités de chacun dans l'éventualité d'une pandémie.

Pour les collectivités des Premières nations, la situation actuelle, les points en suspens et les prochaines étapes d'une planification concertée sont abordés à l'Annexe B. Cette annexe énonce également les rôles et les responsabilités proposés des différents acteurs, de manière à assurer une prise en charge adéquate et équitable de la pandémie d'influenza dans les collectivités des Premières nations.

Des discussions à l'échelon fédéral ont été entreprises pour faire en sorte que les besoins des autres populations relevant de la compétence du gouvernement fédéral soient pris en compte dans le contexte d'une intervention concertée en cas de pandémie. Ces activités doivent faire l'objet de discussions aux paliers provincial/territorial (PT) et local, où bon nombre des questions pertinentes peuvent avoir déjà été soulevées.

### 1.3 Gestion et coordination des interventions d'urgence

À la lumière des situations d'urgence que nous avons connues récemment, notamment les attaques terroristes du 11 septembre 2001 et l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le gouvernement du Canada a entrepris d'examiner la façon dont les crises importantes sont gérées. À la suite de consultations avec les intervenants aux paliers PT et régional, il a adopté un certain nombre de mesures pour que nous soyons mieux préparés à intervenir et a commencé à mettre ces mesures en œuvre.

L'une de ces mesures consiste à regrouper les programmes fédéraux reliés à la sécurité et à la préparation en cas d'urgence au sein d'un nouveau ministère, Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC); une autre a été la création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). À l'origine de ces changements, on voulait répondre à un besoin bien défini de leadership et de coordination des activités, tout en respectant les champs de compétence des provinces et territoires.

Comme conséquence de ces changements, on a commencé à examiner les systèmes de gestion des urgences en vue d'y apporter des mises à jour ou des modifications, au besoin. Par exemple, Santé Canada (SC) et l'ASPC sont à revoir leur structure de gestion des urgences de manière à y intégrer l'approche du Système de gestion des incidents, bien connu, et de l'harmoniser avec le Système national d'intervention en cas d'urgence, sur lequel travaille actuellement SPPCC.

Les changements adoptés ont pour objectif commun de procurer au Canada un cadre complémentaire qui lui permettra de réagir aux situations d'urgence qui débordent les frontières provinciales ou nationales, comme la pandémie d'influenza.

Une pandémie d'influenza constitue une crise de santé publique complexe et, à ce titre, la responsabilité première de la planification des interventions revient aux ministres de la Santé des différents paliers de gouvernement. Les activités actuelles comprennent également la coordination avec les autres secteurs pour à la fois soutenir les interventions d'ordre sanitaire et maintenir la continuité des fonctions sociétales. Par exemple, depuis le mois de novembre 2005 le gouvernement fédéral a maintenant un Comité de ministres adjoints sur la planification de l'influenza aviaire et pandémique qui dirigera et procurera une vue d'ensemble pour la coordination de toutes les activités du gouvernement du Canada liées à la planification et la préparation pour l'influenza aviaire et pandémique. En ce qui concerne les activités F/P/T, le comité Organisations pour la gestion des urgences (OGU) est maintenant représenté au Comité sur la pandémie de l'influenza (CPI). Le rôle de OGU se présente en trois volets : 1) gestion de l'éventail normal des activités non liées à la santé, 2) coordination du support social aux résidents de la communauté et 3) fournir, selon les besoins et de façon appropriée, son soutien au secteur de la santé, principalement pour la coordination de l'appui logistique en période de forte augmentation de la demande. Au cours d'une pandémie, les organisations pour la gestion des urgences de tous les niveaux participeront à la gestion des conséquences non liées à la santé telle la continuité des opérations des services essentiels touchés par l'absentéisme.

On s'attend à ce que la gestion et la coordination des interventions d'urgence en réaction à une pandémie d'influenza s'inspirent des plans et structures qui existent actuellement pour les crises sanitaires à tous les échelons de gouvernement, et qu'on fasse notamment appel aux Services de santé d'urgence et aux Services sociaux d'urgence provinciaux/territoriaux. Les aspects propres à une intervention en cas de pandémie d'influenza doivent être traités dans le cadre des activités de préparation, de manière à ce que tous les groupes intéressés participant à l'intervention soient bien au courant de la façon dont une structure générique d'intervention d'urgence dans le domaine de la santé peut être adaptée face à une pandémie d'influenza. On est à mettre au point un plan générique d'intervention des Services sociaux d'urgence en cas de maladie infectieuse, qui décrira les rôles que devront assumer les Services sociaux d'urgence et le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) dans l'éventualité d'une pandémie.

Voir l'Annexe L pour de plus amples précisions sur le Système canadien de préparation et d'intervention d'urgence.

## 2.0 Éléments de la préparation à la pandémie

Les différents éléments de la version de 2004 du Plan étaient notamment les suivants : surveillance, programmes de vaccination, distribution d'antiviraux, services de santé, services d'urgence, mesures de santé publique et communications. L'élément portant sur les services d'urgence a été retiré de la présente version du Plan; il est dorénavant intégré à la préparation globale pour la gestion et la coordination des interventions d'urgence.

On encourage les responsables fédéraux, provinciaux et locaux de la planification à prendre en considération les répercussions psychosociales de la pandémie au moment où ils établissent leurs plans de préparation et d'interventions d'urgence. On prévoit ajouter aux futures versions du Plan un élément portant expressément sur la dimension psychosociale.

Chacun des éléments du Plan présenté dans cette section est abordé à la lumière de l'état actuel de la préparation (y compris les questions en suspens) et des principes et hypothèses de planification. Une liste d'éventuelles activités de planification est également incluse.

## 2.1 Surveillance

La surveillance de l'influenza est nécessaire afin de déterminer quand, où et quels seront les virus de l'influenza en circulation, l'intensité des mesures appliquées et leur impact, et les populations à risque. Elle sert également à repérer les phénomènes inhabituels (p. ex., les nouvelles souches, les issues imprévues, les changements dans la distribution ou la sévérité). Une surveillance à la fois du virus et de la maladie est nécessaire pour identifier les variants du virus de l'influenza et déterminer leur capacité de se propager et de causer la maladie. Les données de la surveillance, utilisées pour déterminer à quelle phase en est la pandémie et pour suivre sa progression dans chaque phase, guideront la réponse à y apporter. Surveillance de l'influenza, le programme national de surveillance de l'influenza, comporte des activités de surveillance dont le but est de donner suite aux objectifs généraux énoncés ci-dessous.

La surveillance en laboratoire inclut l'isolement des virus aux fins de l'analyse de leurs propriétés antigéniques et génétiques. Cette activité est essentielle si l'on veut suivre la dérive et le saut antigéniques des virus en circulation dans les populations humaines. Étant donné que les signes et les symptômes de l'influenza ressemblent à ceux causés par d'autres agents pathogènes respiratoires, des tests de laboratoire doivent être effectués pour poser un diagnostic officiel d'influenza. L'identification rapide d'un nouveau virus grippal et un suivi rigoureux de son activité pendant toute la durée de la pandémie sont essentiels à une intervention adéquate. L'identification immédiate d'une nouvelle souche est un précieux avantage car on dispose ainsi d'un meilleur délai pour l'élaboration d'un vaccin et la mise en œuvre de mesures de prévention et de lutte contre la maladie.

La collecte de données épidémiologiques concernant le syndrome grippal (SG) et les hospitalisations et décès reliés à l'influenza est essentielle pour déterminer la portée et la gravité des épidémies d'influenza. Il est particulièrement important d'avoir accès à des données en temps réel lorsqu'il s'agit d'éclousions ou d'épidémies associées à un nouveau variant reconnu du virus de l'influenza. Il est capital de pouvoir déterminer les paramètres et les indicateurs épidémiologiques (p. ex., les indicateurs de transmission interhumaine, la période d'incubation, la période de transmissibilité) si l'on veut orienter les interventions en matière de santé publique. Durant la pandémie, les données épidémiologiques serviront à guider ceux qui développent les stratégies de prévention et de lutte contre la maladie, par exemple les stratégies qui nécessitent l'identification des groupes à risque élevé.

Les autorités responsables doivent être préparées à rapidement mettre en œuvre des activités de surveillance accrue ou à modifier celles qui existent déjà. Afin de guider les évaluations du risque pour la santé publique et les mesures à prendre, il faut pouvoir procéder à une enquête épidémiologique rapide et coordonnée, laquelle comprend la collecte, la compilation et l'analyse de données épidémiologiques, de laboratoire et cliniques détaillées. En outre, l'échange rapide de données et une communication efficace à tous les paliers de gouvernement sont essentiels si l'on veut faciliter et coordonner l'intervention.

Les objectifs de la surveillance de l'influenza sont les suivants :

- Fournir des données sur les souches actuellement en circulation et faciliter la comparaison avec la composition du vaccin et les recommandations sur la vaccination.
- Décrire la population frappée, ce qui permet de mieux cerner les groupes à risque élevé et d'établir des comparaisons avec d'autres populations ou d'autres saisons grippales.
- Détecter tout phénomène inhabituel, notamment des souches inhabituelles ou nouvelles, des issues ou des syndromes inhabituels, ou un changement dans la distribution ou la gravité de la maladie dans la population.
- Guider l'intervention en cas de pandémie grâce à la détection précoce, au suivi de l'apparition de nouveaux virus de l'influenza, à la surveillance de leur propagation et de leurs effets dans la population.

### 2.1.1 État actuel

Le système national appelé Surveillance de l'influenza recueille des données et les intègre toutes les semaines, 12 mois par année. Les sources de ces données sont notamment la surveillance du syndrome grippal (SG) par un réseau d'établissements de soins primaires sentinelles, les données virologiques venant du réseau national de laboratoires, les niveaux d'activité grippale signalés par les provinces et territoires et les données sur la morbidité et la mortalité chez les enfants en temps réel venant du réseau des hôpitaux participant au Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT). Des données semblables à celles fournies par le programme Impact, qui vise la population pédiatrique, ne sont pas encore disponibles pour la population adulte; des projets pilotes sont toutefois en marche.

À l'échelon fédéral, une surveillance environnementale régulière visant à déceler des cas de syndrome grippal éventuellement importants est exercée au moyen des sources d'information officielles de surveillance de l'influenza (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] et les programmes gouvernementaux de surveillance de l'influenza appliqués par d'autres pays) et des cas non confirmés déclarés par les systèmes d'alerte précoce (p. ex., ProMed et autres logiciels de balayage des médias, comme le Réseau mondial d'intelligence en santé publique).

Sur une base permanente, le groupe d'experts récemment mis sur pied, appelé le Groupe de travail pour la surveillance des infections respiratoires et des maladies évitables par la vaccination (SIRMPV), se chargera d'évaluer les systèmes de surveillance et de recommander d'éventuelles améliorations en vue de la période interpandémique, de la période d'alerte pandémique et de la période pandémique comme telle. Les recommandations émanant de ce groupe sont constamment revues et améliorées; les recommandations les plus récentes figurent à l'Annexe N, intitulée « Lignes directrices pour la surveillance de la pandémie d'influenza ».

Le Comité sur la pandémie de l'influenza (CPI) a reconnu la nécessité d'exercer une surveillance opportune des maladies respiratoires graves chez les voyageurs et d'élaborer des protocoles d'étude spéciaux qui peuvent être activés au moment où une pandémie se déclare; cette question demeure en suspens.

Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada a mis à jour les lignes directrices destinées aux laboratoires concernant la planification et la préparation en cas de pandémie (Annexe C, Plan de préparation des laboratoires à la pandémie d'influenza). Il faut intensifier la surveillance par les laboratoires; on doit notamment augmenter la capacité d'analyse des laboratoires et uniformiser les protocoles. Le Canada a accompli des progrès en ce qui concerne sa capacité de détecter de nouveaux virus grippaux. Le Laboratoire national de microbiologie est dorénavant en mesure de détecter tous les nouveaux sous-types du virus de l'influenza et de procéder à des tests de résistance aux antiviraux; pour leur part, les laboratoires provinciaux travaillent actuellement à élargir leur capacité de procéder à des épreuves d'amplification par la polymérase pour les nouveaux sous-types viraux.

Parmi les autres progrès réalisés, on a intensifié les liens et la collaboration avec les spécialistes de la santé animale œuvrant dans le domaine de la surveillance et de la lutte contre l'influenza.

## **2.1.2 Principes et hypothèses de planification**

Les besoins en données épidémiologiques et virologiques évoluent constamment au cours d'une pandémie. À chaque phase de la pandémie, la surveillance cherchera à répondre aux nouveaux besoins d'information qui se font sentir. Par conséquent, on a délimité, pour chaque phase précisément, les rôles et responsabilités qui échoient à chaque palier de gouvernement; ils sont décrits dans les Lignes directrices pour la surveillance de la pandémie d'influenza (Annexe N).

Comme les données de surveillance guideront les interventions en réponse à la pandémie, il est essentiel que les médecins et les autres travailleurs de la santé reçoivent régulièrement de l'information sur l'importance de la surveillance du SG et sur leur rôle à l'intérieur du système. Les systèmes de surveillance doivent être établis d'avance puisque le temps pour en accroître la capacité, une fois la pandémie déclarée, sera très limité. Durant la pandémie, les capacités de surveillance et de dépistage en laboratoire seront réduites (à cause, p. ex., de l'absentéisme du personnel, des pénuries éventuelles de fournitures) par rapport aux périodes pré-pandémiques; seuls les systèmes simples, peu exigeants en ressources, continueront à fonctionner. On doit profiter de la période pré-pandémique et tester les protocoles d'étude spéciaux qui pourraient être nécessaires au moment d'une pandémie (p. ex., pour étudier l'épidémiologie ou enquêter sur les effets secondaires suivant l'immunisation), tout en reconnaissant qu'on pourrait devoir, le moment venu, apporter des ajustements à ces protocoles.

L'intensité et les méthodes de surveillance virologique différeront, selon la phase de la pandémie. Au départ, les efforts seront axés sur la détection de l'arrivée du nouveau virus dans des régions auparavant épargnées et sur la collecte de données épidémiologiques à propos des sujets infectés. Ces données serviront à caractériser l'activité virale et à mieux cibler les mesures de prévention et de lutte contre la maladie. En outre, l'arrivée du nouveau virus dans une région donnée orientera la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des mesures prévues. Après la propagation du virus dans tout le pays, il faudra continuer d'exercer une surveillance virologique de base pour détecter toute modification dans le virus, y compris l'apparition d'une résistance aux antiviraux dans diverses populations. Les études ciblées pourraient inclure des études sérologiques de l'immunité au virus dans différentes populations.

Il importera aussi d'étudier les agents étiologiques responsables des complications secondaires de l'influenza et leur sensibilité aux antimicrobiens, particulièrement au moment où les réserves sont limitées. De plus, il sera utile d'obtenir des données de surveillance et de mener des études ciblées pour évaluer l'incidence de la pandémie sur le système de soins de santé, de même que ses répercussions sociales et économiques.

## 2.2 Programmes de vaccination

La vaccination des personnes sensibles constitue le principal moyen de prévenir la maladie et les décès durant une épidémie ou une pandémie d'influenza. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) publie annuellement des recommandations sur l'utilisation du vaccin antigrippal chez les sujets qui sont le plus à risque ou chez ceux qui pourraient contaminer les personnes les plus à risque. Ces recommandations interpandémiques sont publiées chaque année dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. Dans l'éventualité d'une pandémie, le CPI, qui comprend un représentant du CCNI, fournira des recommandations aux fins des programmes d'immunisation FPT sur la mise au point et la production d'un vaccin pour lutter contre la pandémie, sur l'utilisation de ce vaccin et sur les groupes à vacciner en priorité. Des efforts seront faits pour encourager toutes les autorités responsables à adopter, au moment de la pandémie, les recommandations relatives aux groupes prioritaires émises à l'échelon national, de manière à faciliter un accès équitable et la cohérence des messages.

Les objectifs du programme de vaccination contre la pandémie sont les suivants :

- Assurer un programme de vaccination sûr et efficace à tous les Canadiens et Canadiennes, dans les meilleurs délais possible.
- Attribuer, distribuer et administrer le vaccin aussi rapidement que possible aux groupes voulus.
- Veiller à la sûreté et à l'efficacité des programmes de vaccination.

### 2.2.1 État actuel

Le vaccin antigrippal annuel offert au Canada est un vaccin trivalent, composé de deux sous-types du virus A et d'un sous-type du virus B. Le vaccin contient 15 microgrammes d'antigène hémagglutinine pour chaque souche constituante. Pour les adultes et les enfants plus âgés déjà exposés à des virus semblables à ceux présents dans le vaccin, une dose unique est normalement recommandée. Pour les enfants (âgés de moins de 9 ans) qui n'ont pas eu cette exposition précédente, on recommande deux doses.

Actuellement, le Canada utilise environ 10 millions de doses de vaccin antigrippal trivalent chaque année (équivalant à 30 millions de doses monovalentes de 15 microgrammes), administrées principalement par le truchement de programmes financés par des fonds publics et dotés d'infrastructures de vaccination bien établies. Les provinces et les territoires n'ont pas tous les mêmes populations cibles pour leurs programmes annuels de vaccination contre l'influenza; la majorité administrent des vaccins aux groupes considérés comme à risque élevé par le CCNI. Certaines provinces et certains territoires ont élargi leurs programmes pour y inclure des populations qui ne sont pas désignées actuellement comme à risque (p. ex., le programme « universel » de l'Ontario) et ont de l'expérience dans la conduite de vastes campagnes de vaccination antigrippale.

Généralement, le vaccin antigrippal est disponible en octobre de chaque année. Trois fournisseurs le vendent actuellement. On administre les vaccins contre l'influenza à divers endroits dans tout le pays, y compris des cabinets de médecins, des écoles ou d'autres lieux communautaires (séances organisées par les services de santé publique), divers lieux de travail et certaines pharmacies.

L'approche canadienne en ce qui concerne l'approvisionnement en vaccins et la planification d'urgence des stocks inclut la mise en place d'une infrastructure locale, une réserve disponible d'œufs de poule fertilisés et d'autres fournitures essentielles à la production des vaccins, l'introduction graduelle de nouvelles technologies et une meilleure garantie d'approvisionnement grâce au recours à de multiples fournisseurs. En 2005, le gouvernement fédéral a engagé une somme de 34 millions de dollars (CAN) pour la mise au point de prototypes de vaccins (pseudo-vaccins) contre la pandémie pour mettre à l'épreuve la stratégie vaccinale en cas de pandémie et la simplifier.

Santé Canada est l'organe de réglementation responsable, au Canada, de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de tous les médicaments à usage humain, y compris les vaccins, vendus sur le marché canadien. Les vaccins sont réglementés au Canada en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et de son règlement d'application. La mise en marché au Canada de nouveaux vaccins est autorisée à la suite d'un examen des données soumises par le fabricant pour démontrer l'innocuité, l'efficacité (immunogénicité) et la qualité du vaccin en question. En cas de pandémie d'influenza, la difficulté sera d'avoir en place les mécanismes nécessaires à l'examen des données et à l'autorisation réglementaire de commercialisation d'un vaccin jugé sûr et efficace dans le plus bref délai possible, et de vérifier, une fois le vaccin mis en marché, qu'il est bel et bien efficace. Santé Canada a dressé une stratégie de préparation réglementaire, décrivant les modalités d'autorisation en cas de pandémie. Les documents pertinents sont affichés sur Internet à l'adresse suivante :

[http://web.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/vac/pandemicvaccine\\_nov2005\\_e.html](http://web.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/vac/pandemicvaccine_nov2005_e.html)  
[http://web.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/vac/pandemicvaccine\\_nov2005\\_f.html](http://web.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/vac/pandemicvaccine_nov2005_f.html)

Bien que l'on fabriquera suffisamment de vaccin pour immuniser tous les Canadiens, nous prévoyons que le nouveau vaccin pandémique ne sera disponible qu'en lots, ce qui nécessitera de prioriser certaines couches de la population au fur et à mesure que les doses initiales seront disponibles. Le Groupe de travail a fait des recommandations concernant les groupes prioritaires à immuniser dans l'éventualité d'une pandémie (voir l'Annexe D, Recommandations relatives à l'ordre de priorité pour la vaccination antipandémique). En outre, les PT et les instances locales ont élaboré des lignes directrices pour la planification d'une campagne d'immunisation de masse (p. ex., *Mass Immunization Campaigns: A « How To » Guide*, Capital Health Region, Alberta, avril 2000, et *Guideline to Planning a Mass Immunization Campaign*, Waterloo Region Community Health Department, Ontario, janvier 2001, *Guide pour la réalisation d'une vaccination de masse – À l'usage des directions de santé publique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2006) qui peuvent être adaptées pour servir lors d'une pandémie (documents disponibles par l'entremise des organisations respectives). Le Groupe de travail sur les vaccins élaborera aussi des lignes directrices pour le contrôle de l'utilisation des vaccins durant une pandémie et définira les enjeux concernant le suivi des effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) et la responsabilité entourant la vaccination. Finalement, ce groupe, de concert avec d'autres experts, contribuera à l'élaboration de protocoles d'essais cliniques.

La Division de l'immunisation et des infections respiratoires du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) applique un système de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI). Les cas d'effets secondaires associés au vaccin antigrippal sont signalés par le biais des rapports des ministères PT de la Santé (environ 95 %), mais certains sont

déclarés par les professionnels de la santé et les fabricants directement à Santé Canada (environ 5 %). La déclaration se fait principalement de façon volontaire par les cliniciens et les infirmiers/infirmières en santé publique quoiqu'il existe une exigence légale de déclaration dans certaines provinces/territoires telles la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse. Le réseau canadien des hôpitaux pédiatriques participant au programme IMPACT fournit des données sur les cas d'enfants hospitalisés en raison d'effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) possibles.

Parmi les questions en suspens à propos des programmes de vaccination, il reste à déterminer la dose en microgrammes nécessaire pour assurer une protection adéquate à une nouvelle souche chez un hôte non immunisé, le nombre de doses requises (une ou deux) et la disponibilité du vaccin au moment où une activité pandémique commencera à être enregistrée au Canada. Il est peu probable que l'on connaisse ces données avant le début de la pandémie. Il est prioritaire de poursuivre les efforts internationaux de recherche sur les vaccins, y compris les études cliniques visant à évaluer les vaccins antigrippaux contenant de nouveaux sous-types (p. ex., vaccins anti-H5N1) dans des populations non immunisées. Il faut aussi mettre au point et évaluer de nouvelles technologies de vaccination (p. ex., des méthodes de production ne faisant pas appel à des œufs, des vaccins recombinants et des vaccins adjuvants) pour augmenter la capacité de produire un vaccin antipandémique efficace, réduire les délais de production des vaccins et accroître la capacité de vacciner des populations plus importantes.

Une autre question en suspens est l'élaboration d'un plan visant une distribution équitable des vaccins aux PT et le développement de plans de mise en œuvre. Ces plans devront prendre en considération des programmes de vaccination pour les populations relevant de la compétence fédérale (par ex., les Premières nations, la Gendarmerie royale du Canada, les Forces canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux).

## 2.2.2 Principes et hypothèses de planification

Les vaccins actuellement disponibles au Canada sont des vaccins fabriqués à partir d'œufs de poule fertilisés. Le système de production dépend de la disponibilité d'œufs; il faut aussi composer avec des délais importants causés par l'identification des souches à inclure dans les vaccins, la préparation des lots de semence, les analyses et l'autorisation de commercialisation, la fabrication et la distribution. Les fabricants ont besoin d'un minimum de 48 jours entre le moment où la souche semence devient disponible et la production du premier lot de vaccins aux fins d'analyse<sup>1</sup>. Il peut se produire des retards dans la production des souches semences des vaccins antipandémiques, comme l'ont montré les problèmes rencontrés lors des essais de production d'un vaccin contre le virus H5N1, qui a été à l'origine de l'épidémie d'influenza de Hong Kong, en 1997. Par conséquent, il pourrait ne pas y avoir de vaccin disponible quand la première vague de pandémie frappera le Canada.

En temps de pandémie, on peut présumer que l'on utilisera des vaccins monovalents ne contenant que la souche pandémique. Il faut déterminer, par des essais cliniques, les doses et le schéma de vaccination nécessaires pour produire l'immunité dans diverses populations. Dans la mesure du possible, on doit réaliser les essais cliniques des vaccins contre de nouveaux sous-types du virus durant la période interpandémique, lesquels devraient être suivis d'épreuves de confirmation du vaccin spécifique au moment de la pandémie.

On suppose que toutes les personnes qui n'ont jamais été exposées au sous-type viral responsable de la pandémie auront besoin de deux doses de vaccin, mais on ignore quelle

<sup>1</sup> Ce chiffre proposé d'un minimum de 48 jours pour la disponibilité d'un premier lot (selon la disponibilité de tests de contrôle internes) présume la livraison de la semence du virus le jour 0 et la réception des réactifs nécessaires au plus tard 13 jours suivant la réception de la semence de la souche.

concentration sera nécessaire (p. ex., deux doses de 15 microgrammes ou plus). Il pourrait être possible d'administrer à l'avance une dose initiale d'un vaccin générique du type H adéquat, puis une deuxième dose contenant l'antigène spécifique. Si c'est possible, la production locale de vaccin et la campagne d'immunisation pourraient commencer avant que le Canada n'ait la souche exacte. Il faut pousser les recherches sur les stratégies qui pourraient rehausser l'antigénicité des vaccins antigrippaux et réduire la quantité d'antigène nécessaire (p. ex., utilisation d'adjuvants, vaccins à cellule entière, injection par voie intradermique).

La plupart des pays verront probablement la pandémie comme une urgence sanitaire nationale ou une menace à la sécurité nationale; on doit donc s'attendre à un embargo sur les vaccins de la part de pays qui ont la capacité de produire des vaccins antigrippaux. Le Canada a misé sur un fournisseur local pour éviter ce problème.

Quand le vaccin sera disponible, les stocks initiaux pourraient ne pas suffire à immuniser toute la population et il faudra définir un ordre de priorité pour l'administration du vaccin. Les gouvernements FPT dirigeront l'attribution et la distribution du vaccin durant une pandémie et mettront en œuvre des recommandations précises concernant les groupes à immuniser en priorité. On propose des groupes prioritaires basés sur l'objectif global de la préparation à une pandémie pour minimiser les maladies graves, les décès et la perturbation sociale dans l'ensemble dans l'Annexe D, Recommandations relatives à l'ordre de priorité pour la vaccination antipandémique. Cependant, ces groupes prioritaires pourraient changer quand on connaîtra mieux l'épidémiologie de la pandémie. On présume que, dans le cas d'un programme de deux doses, la seconde dose doit être administrée aussitôt que possible pour induire l'immunité; il ne faudra pas attendre que tous les groupes prioritaires aient reçu la première dose, pour administrer la deuxième dose. Cette stratégie exigera une planification poussée comprenant des mécanismes de suivi et de rappel.

Au cours d'une pandémie, le but est de vacciner l'ensemble de la population canadienne suivant un ordre de priorité continu, aussi vite que possible. La capacité actuelle de production d'un vaccin antipandémique au pays est de 8 millions de doses de 15 microgrammes ( $\mu\text{g}$ ) par mois, comme l'indique le contrat actuel avec le fournisseur. On explore présentement la possibilité d'augmenter cette capacité. Les connaissances concernant les calendriers prévus (par ex., antigène par dose, nombre de doses et intervalles entre les doses) afin d'assurer une immunité optimale peuvent découler d'essais cliniques de prototypes de vaccins avant une pandémie. Des essais cliniques plus avancés peuvent être nécessaires au moment d'une pandémie. Il se pourrait que les recommandations concernant la vaccination ne soient pas définitivement établies avant le début de l'activité pandémique. Ces recommandations seront distribuées dès que possible à titre de lignes directrices nationales afin de faciliter une approche uniforme et équitable.

Lorsqu'on planifie des programmes de vaccination, il est important d'être prêt à immuniser toute la population. Cependant, dans la réalité, la proportion de la population qui cherchera volontairement à se faire vacciner dépendra de la perception du risque et de la gravité de la maladie. C'est pourquoi la demande, qui se traduira par l'achalandage des cliniques, devrait varier d'une province ou d'un territoire à un autre, et à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire, à mesure que la pandémie évoluera. L'expérience passée des centres d'immunisation en situation d'épidémie révèle qu'il serait prudent de se préparer à une demande initiale de 75 % de la population. On recommande aussi, dans le cadre de la planification, de prévoir un programme comportant deux doses, pour faire en sorte que les mesures de santé publique permettent de faire face à cette éventualité.

Un plan doit être mis en place afin de contrôler l'innocuité des vaccins et s'assurer de la communication en temps opportun de toute possibilité d'effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) au cours d'une pandémie. L'information sur les ESSI potentiels doit être

communiquée aussi vite que possible aux autorités de santé publique à l'échelon local et PT, ainsi qu'à la Division de l'immunisation et des infections respiratoires du CPCMI, PHAC. Le CPCMI transmettra l'information à la Direction des médicaments et produits de santé, SC et d'autres intervenants. En plus d'une surveillance passive, des études ciblées précises et des enquêtes épidémiologiques pourraient s'avérer nécessaires.

On doit élaborer des protocoles d'essais cliniques avant une pandémie et les mettre à jour au besoin, en fonction du savoir disponible sur les vaccins antigrippaux et de l'évolution des technologies. Les études cliniques de phase III portant sur l'efficacité du vaccin pourraient ne pas avoir lieu avant la mise en œuvre des programmes de vaccination lors d'une pandémie. Il se pourrait que l'on soit contraint à évaluer l'efficacité du vaccin durant la pandémie même, en étudiant des populations cibles prédéterminées. L'ASPC assurera la coordination des études sur l'efficacité des vaccins, de concert avec les PT et avec les chercheurs et le fabricant de vaccins.

Durant la période interpandémique, on doit aussi penser à rehausser le degré de protection vaccinale antipneumococcique dans les groupes définis par le CCNI comme étant à « risque élevé », et à optimiser la couverture vaccinale chez les enfants au moyen du vaccin conjugué heptavalent. *Streptococcus pneumoniae* est une cause fréquente de pneumonie bactérienne secondaire. L'incidence et la gravité de la pneumonie bactérienne secondaire durant une pandémie pourraient être réduites s'il y avait un degré élevé d'immunité contre les sérotypes les plus répandus de *Streptococcus pneumoniae* dans les groupes à risque élevé.

## 2.3 Antiviraux

Les vaccins, au moment où ils seront disponibles, seront la pierre angulaire de l'intervention de santé publique face à une pandémie. Mais il se pourrait que les vaccins ne soient pas disponibles aussi rapidement que nécessaire au début de la pandémie et que l'on ait besoin de deux doses pour obtenir une réaction immunologique adéquate au vaccin. Les antiviraux (médicaments contre l'influenza) peuvent servir à la fois à des fins de traitement et à des fins de prophylaxie contre les éclosions annuelles d'influenza. Ces médicaments n'étaient pas disponibles au cours des dernières pandémies mais on s'attend à ce qu'ils soient efficaces contre les souches du virus grippal qui sera à l'origine de la pandémie. L'administration des antiviraux sera vraisemblablement la seule intervention ciblant expressément les virus au début de l'intervention face à la pandémie. La protection conférée par les antiviraux est pratiquement immédiate et n'entrave pas la réponse aux vaccins antigrippaux inactivés.

On trouve actuellement deux catégories de médicaments antiviraux au Canada pour la prévention et le traitement de l'infection par le virus annuel de l'influenza : les inhibiteurs des canaux ioniques M2 (amines cycliques) et les inhibiteurs de la neuraminidase. Les inhibiteurs des canaux ioniques M2 agissent sur le cycle de réplication des virus de l'influenza A, mais sont inefficaces contre ceux de type B. L'amantadine et la rimantadine sont des exemples d'inhibiteurs de canaux ioniques M2. Le zanamivir et l'oseltamivir sont, pour leur part, des inhibiteurs de la neuraminidase. Ces médicaments inhibent la réplication des virus de l'influenza de types A et B; ils sont bien tolérés et ont été utilisés efficacement pour la prophylaxie et le traitement des infections par les virus de types A et B. Les données les plus récentes concernant ces médicaments et des recommandations pour leur utilisation stratégique figurent à l'Annexe E, Recommandations sur la planification de l'utilisation des médicaments antigrippaux (antiviraux) au Canada durant une pandémie.

Les objectifs de l'initiative portant sur les antiviraux sont les suivants :

- Recommander une stratégie en vue de l'utilisation d'antiviraux au cours d'une pandémie.
- Régler les questions entourant la sûreté de l'approvisionnement en antiviraux.
- Surveiller la résistance aux médicaments au cours d'une pandémie.
- Faciliter la planification pour faire en sorte que les antiviraux de la réserve nationale soient distribués selon la stratégie nationale convenue.

### 2.3.1 État actuel

L'inhibiteur de la neuraminidase appelé oseltamivir, auparavant approuvé au Canada exclusivement à des fins de traitement, a été approuvé à des fins de prophylaxie post-exposition en décembre 2003. Avant cette date, seule l'amantadine était approuvée au Canada aussi bien pour la prophylaxie que pour le traitement des infections par le virus de l'influenza A. La rimantadine n'est pas actuellement approuvée pour usage au Canada et le zanamivir est approuvé à des fins de traitement seulement. En ce moment, les inhibiteurs de la neuraminidase sont beaucoup plus coûteux que l'amantadine, qui est produite par plusieurs fabricants de médicaments génériques.

Les antiviraux sont habituellement prescrits durant la saison grippale annuelle par des médecins, selon le principe du premier arrivé, premier servi. Tôt durant la saison grippale 2005-2006, en raison d'une demande plus forte que prévu, peut-être due à une inquiétude accrue de la population face à l'épidémie d'influenza aviaire en Asie, le fabricant d'oseltamivir a restreint l'accès du grand public à ce médicament. On cherchait ainsi à s'assurer de réserves suffisantes de ce médicament, auparavant assez peu utilisé, pour la prise en charge des éclosions d'influenza dans les établissements pendant toute la durée de la saison grippale annuelle. Même si l'on s'attend à ce que les provisions d'oseltamivir soient plus élevées, cet exemple illustre la possibilité d'une augmentation de la demande provenant du secteur privé de même que du secteur public à mesure qu'augmenteront la connaissance et l'utilisation de ce médicament.

L'OMS a encouragé les pays qui ont les moyens financiers de le faire, à commencer à accumuler des réserves d'antiviraux car l'on s'attend à ce que non seulement les réserves nationales mais également les réserves planétaires d'antiviraux s'épuisent rapidement au début de la pandémie. Bon nombre de pays développés ont maintenant des réserves d'antiviraux; au moins 10 de ces pays entendent stocker suffisamment d'inhibiteurs de la neuraminidase pour traiter de 20 à 40 % de leur population.

Au Canada, à l'automne 2004, une Réserve nationale d'antiviraux de 1,6 million de cures (traitements) d'oseltamivir a été constituée pour faire en sorte que les PT aient accès à des antiviraux. Les réserves ont été distribuées proportionnellement au nombre d'habitants de chaque PT. À la suite de travaux supplémentaires à ce chapitre, le Groupe de travail national sur les antiviraux et le CPI ont recommandé d'augmenter les réserves nationales et d'en diversifier la composition.

Lors d'une réunion conjointe du Conseil des médecins hygiénistes en chef et du Réseau de santé publique tenue en février 2006, on a formulé des recommandations officielles portant sur la taille, la composition et l'utilisation de la Réserve nationale d'antiviraux. Pour être en harmonie

2 Cette recommandation a été approuvée par les ministres de la santé F/P/T en mai 2006 lorsque les ministres se sont mis d'accord pour obtenir l'autorisation nécessaire afin d'augmenter la Réserve nationale d'antiviraux de 16 millions à 55 millions de doses.

avec les buts et principes globaux du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, on a recommandé d'augmenter cette réserve, qui passerait ainsi à 55 millions de doses (5,5 M de cures) d'inhibiteurs de la neuraminidase<sup>2</sup>, de manière à assurer un traitement précoce aux personnes atteintes. On a convenu que la réserve nationale devait servir à un traitement rapide des individus présentant un SG et qui sont jugés plus à risque de morbidité grave ou de mortalité. En outre, il a été convenu qu'on devrait entamer une démarche nationale, qui inclurait des consultations à grande échelle, pour faciliter la prise de décisions concernant l'inclusion dans la réserve nationale d'antiviraux devant servir à des fins prophylactiques.

Lors de cette réunion, on a également recommandé que la réserve nationale soit constituée à environ 10 % de zanamivir et d'une quantité suffisante de solution d'oseltamivir (environ 2 millions de doses) pour traiter les jeunes enfants et les personnes qui ne peuvent avaler de capsules. De plus, dans le cadre d'une stratégie globale de confinement, on a décidé de réserver une quantité précise d'antiviraux qui serviraient à freiner la propagation du nouveau virus pendant la période d'alerte pandémique, dans l'éventualité où cette mesure deviendrait nécessaire au Canada. Le recours à des antiviraux comme mesure de confinement durant cette période de la pandémie est décrit brièvement à l'Annexe M, Mesures de santé publique. Le développement d'une stratégie de confinement détaillée exigera une planification plus avancée et des discussions au niveau national.

Outre la Réserve nationale d'antiviraux, le Système national de réserve d'urgence (SNRU) contient également de l'oseltamivir qui pourrait être utilisée au cours d'éclousions nationales de l'influenza aviaire ou pour aider les provinces/territoires lors d'une alerte pandémique ou d'une période pandémique.

Il reste à se pencher sur les mécanismes qui serviront à la distribution de ces antiviraux, à leur administration et à la surveillance de leur utilisation; la plupart des détails concernant la mise en œuvre requerront une planification à l'échelle PT et locale. Parmi les autres questions en suspens, il y a lieu de mentionner l'élaboration de protocoles qui permettront de surveiller la résistance aux médicaments durant la pandémie et de déterminer la dose et la durée de traitement appropriées pour l'influenza causée par le nouveau virus.

Santé Canada reçoit actuellement des rapports sur les effets indésirables de médicaments de la part des fournisseurs de soins de santé. Bien que l'on doive poursuivre les discussions sur les besoins de surveillance bien particuliers associés à un usage intensif d'antiviraux pendant une pandémie, on s'attend à se servir du système actuel de déclaration des effets indésirables.

### **2.3.2 Principes et hypothèses de planification**

Pour que l'emploi d'antiviraux soit efficace, il faut :

- un approvisionnement sûr (c.-à-d., une ou des réserves de médicaments efficaces);
- un système de distribution et de suivi bien planifié, sous la direction des gouvernements FPT, en collaboration avec les fournisseurs;
- une stratégie permettant un accès rapide au traitement;
- la disponibilité de tests diagnostiques rapides pour l'influenza;
- une surveillance accrue en vue de la détection du virus, de sa résistance éventuelle aux antiviraux et des effets indésirables associés aux médicaments;
- des lignes directrices cliniques sur l'utilisation appropriée des antiviraux;

- des protocoles d'étude servant à évaluer plus précisément l'efficacité des antiviraux une fois la pandémie déclarée;
- du matériel de communication et d'éducation efficace sur les antiviraux, destiné aux travailleurs de la santé et à la population.

Le Groupe de travail sur les antiviraux se penche actuellement sur bon nombre de ces questions.

Les stratégies antivirales déployées au cours d'une pandémie devraient faire appel à tous les types de médicaments antigrippaux efficaces offerts sur le marché canadien et elles devraient pouvoir s'adapter selon l'évolution de l'épidémiologie de la maladie et la disponibilité de vaccins. Si l'on constate que le nouveau virus est sensible à l'amantadine, qui ne fait pas partie de la Réserve nationale d'antiviraux présentement, on recommande d'utiliser l'amantadine uniquement à des fins de prophylaxie (et non de traitement). L'oseltamivir pourrait être utilisé aussi bien pour le traitement des cas qu'en prophylaxie. L'efficacité de l'oseltamivir et celle de l'amantadine sont à peu près égales pour le traitement des cas infectés par des souches sensibles; toutefois, l'amantadine devrait être restreinte à un usage prophylactique pour réduire au minimum l'apparition d'une résistance à ce médicament (ce qui rendrait le médicament inefficace) au cours de la pandémie. La synchronisation du recours aux antiviraux lors d'une pandémie devrait se fonder sur les données obtenues par la surveillance locale.

Les planificateurs du secteur de la santé devraient se concentrer sur la mise en place d'une stratégie de traitement précoce par les inhibiteurs de la neuraminidase (principalement l'oseltamivir), étant donné qu'il a été convenu que ce serait là l'usage des médicaments faisant partie de la Réserve nationale d'antiviraux. Au moment d'adopter cette approche, on a tenu compte de l'efficacité réelle et potentielle de la stratégie et de ses implications éthiques, ainsi que du rôle de la stratégie antivirale dans le cadre de l'intervention globale.

Le rôle et l'effet des antiviraux dans la prévention de la transmission et le ralentissement de la propagation du nouveau virus grippal lors d'une période d'alerte pandémique sont inconnus. Bien que ce rôle potentiel soit actuellement envisagé comme mesure éventuelle de confinement pour la période d'alerte pandémique, une telle approche n'est pas recommandée à l'heure actuelle pour la période pandémique.

Selon l'épidémiologie de la pandémie, le traitement recommandé (p. ex., si des changements doivent être apportés à la durée ou à la posologie) et les réserves d'antiviraux disponibles à ce moment-là, il pourrait être nécessaire de se concentrer sur le traitement des sujets les plus à risque de complications. Cette décision sera prise en fonction de l'information disponible. À des fins de planification, les responsables de la mise en œuvre de la stratégie doivent déterminer d'avance ce qui suit :

- comment on procédera à l'identification et à la prise en charge des patients de manière à ce qu'ils reçoivent les antiviraux rapidement (c.-à-d., idéalement dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes),
- les méthodes de dépistage qui permettront de repérer les femmes à risque élevé ou enceintes/allaitantes,
- comment les différents médicaments faisant partie de la réserve seront distribués (p. ex., suspension d'oseltamivir, zanamivir) et les stocks surveillés.

## **2.4 Planification des services de santé en cas d'urgence**

Durant la pandémie, on observera une demande accrue de personnel (fournisseurs de soins de santé et autres) pour la prise en charge des malades, et d'endroits et de matériel appropriés pour

la prestation des soins de santé. Les collectivités et les organismes de soins de santé devront établir des plans qui indiqueront ce qu'il faut faire quand le système de soins de santé est débordé et que du personnel, professionnel ou bénévole, doit assurer des soins qui ne font pas normalement partie de leurs activités quotidiennes et possiblement dans des endroits inhabituels.

Les objectifs de la planification des services de santé en cas d'urgence sont les suivants :

- Cerner les questions qui exigeront une planification concertée à plusieurs niveaux pendant la période interpandémique.
- Faire prendre conscience de l'impact potentiel d'une pandémie sur le système de santé.
- Prévoir des ressources et préparer des lignes directrices qui pourront être adaptées durant une pandémie.

## 2.4.1 État actuel

Des éclosions d'influenza se produisent chaque année au Canada. La morbidité et la mortalité observées au cours d'une saison grippale donnée dépendent surtout de la ou des souches en circulation et de la réceptivité de la population. Les individus qui sont normalement exposés à un risque élevé de complications sont les personnes âgées, les sujets souffrant de maladies chroniques respiratoires ou cardiaques et les sujets immunodéprimés.

La maladie associée à l'influenza prend des formes extrêmement variées, allant d'une infection asymptomatique au décès, lequel est souvent dû à une pneumonie bactérienne ou à l'exacerbation d'une maladie chronique sous-jacente. Bon nombre d'établissements canadiens fonctionnent actuellement à plein régime, ou presque, pour ce qui est du nombre de lits disponibles. Même en ce moment, au plus fort de l'activité grippale annuelle, il est difficile pour bien des établissements de gérer la demande accrue de lits et de soins en salle d'urgence. Selon un rapport publié par le Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, le nombre total d'admissions dans les hôpitaux et de consultations en soins ambulatoires enregistré par le système de santé de Winnipeg n'a que légèrement augmenté (de 5 à 7 %) au cours des saisons grippales particulièrement graves; cependant, le nombre de patients qui se sont présentés pour un SG affiche une hausse considérable (d'environ 70 % pour les admissions liées à un SG et de 35 à 40 % pour les consultations médicales liées à un SG). (Ce rapport, en anglais seulement, peut être consulté à l'adresse : [http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/reports\\_97-00/seasonal.htm](http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/reports_97-00/seasonal.htm)). Les données indiquent qu'il existe un niveau maximal global de services qui peuvent être dispensés; il augmente légèrement en fonction des besoins, mais la composition de la clientèle à soigner a également une influence.

Le manque de ressources s'aggraverait lors d'une pandémie et les services de santé actuels pourraient être dépassés par la situation; il est donc capital que les établissements individuels dressent leurs propres plans en plus des plans qui sont élaborés à l'échelle régionale et PT. « FluSurge » est un tableur qui fournit à l'utilisateur une estimation de la hausse de la demande de services hospitaliers durant une pandémie d'influenza. Le programme estime le nombre d'hospitalisations et de décès attribuables à la pandémie d'influenza (la durée et la virulence de la pandémie sont déterminées par l'utilisateur), puis il examine le nombre d'individus hospitalisés, le nombre de ceux ayant besoin de soins intensifs et le nombre de ceux ayant besoin d'assistance respiratoire durant la pandémie, par rapport à la capacité existante de l'hôpital. Il s'agit d'un outil efficace pour les planificateurs à l'échelle locale et régionale que l'on peut obtenir gratuitement sur le site Web des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, à l'adresse : <http://www.cdc.gov/flu/flusurge.htm>. Ce programme peut également être utile

pour évaluer la demande accrue de fournitures et de matériel de soins de santé. Étant donné que bon nombre d'établissements suivent un système « juste à temps » pour la livraison des fournitures médicales, ils doivent élaborer, avant la pandémie, des stratégies pour réagir à une hausse soudaine de la demande.

Divers groupes de travail du CPI ont élaboré des lignes directrices en matière de services de santé pour aider les établissements de soins de courte durée et de longue durée, les planificateurs de soins de santé, les cliniciens et d'autres intervenants à établir des plans pour pouvoir réagir à un nombre élevé de cas d'influenza, dont certains pourront être particulièrement graves ou présenter des complications mettant la vie en danger. Ces lignes directrices sont présentées dans différentes annexes, pour en faciliter l'utilisation. On peut les classer, en gros, dans les catégories suivantes : soins cliniques, lutte contre l'infection (y compris gestion matérielle) et santé au travail pour des milieux de soins traditionnels et non traditionnels, gestion des ressources et travailleurs non traditionnels. Les annexes fournissent diverses options, des chiffres et des lignes directrices pour faciliter la planification d'une intervention uniforme et globale dans le secteur de la santé.

Les groupes de travail se pencheront également sur d'éventuels modules de formation et d'éducation destinés aux travailleurs de la santé, aux bénévoles et au grand public, et sur la planification du suivi et du rétablissement.

## **2.4.2 Principes et hypothèses de planification**

Étant donné la vaste portée des activités de planification, la présente section a été subdivisée en fonction des différents sous-groupes qui y ont travaillé. Des renvois aux documents ou outils fournis en annexe seront faits, au besoin.

### **i) Prévention et contrôle de l'infection et santé au travail**

La période d'incubation de l'influenza est habituellement de 1 à 3 jours. La transmission interhumaine de l'influenza se produit par la propagation de gouttelettes provenant des voies respiratoires; elle se fait soit par contact direct, par la toux ou l'éternuement, ou par les mains (ou autres surfaces) contaminées par les sécrétions respiratoires. L'importance des particules aérosols dans la transmission est inconnue. L'influenza est très contagieuse; elle peut se propager rapidement dans des milieux réunissant un grand nombre de personnes (p. ex., populations vivant en établissement).

Le virus de l'influenza est transmissible 24 heures avant l'apparition des symptômes et pendant toute la période la plus symptomatique, soit habituellement une période de 3 à 5 jours suivant l'apparition des signes cliniques chez les adultes, période qui peut durer jusqu'à 7 jours chez les jeunes enfants. Bien que l'excrétion virale se produit dans les 24 heures précédant l'apparition des symptômes, la transmission interhumaine est beaucoup plus efficace lorsque les symptômes sont présents. Chez les adultes, la quantité de particules virales excrétées (par les éternuements ou la toux, par exemple) dépend de la gravité de la maladie et de l'élévation de la température. Chez les sujets qui reçoivent un traitement antiviral, la période d'excrétion virale est plus courte.

La survie du virus grippal à l'extérieur du corps varie selon la température et le degré d'humidité. Le virus survit généralement de 24 à 48 heures sur les surfaces dures, non poreuses, de 8 à 12 heures sur les vêtements, le papier et les papiers mouchoirs, et cinq minutes sur les mains. Sa survie est plus longue si le taux d'humidité est faible et s'il fait froid.

Durant la pandémie, il sera capital d'empêcher le plus possible les travailleurs de tomber malades. Parmi les mesures de santé professionnelle à envisager, citons : la vaccination des travailleurs de la santé, l'utilisation d'équipement de protection individuelle, l'application de critères d'exclusion du travail et/ou d'aptitude au travail et une réaffectation des tâches (voir l'Annexe F, Lignes directrices pour la lutte contre l'infection et la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les milieux de soins traditionnels et non traditionnels).

Le lecteur trouvera à l'Annexe F des lignes directrices pour la prévention des infections s'appliquant aux milieux de soins traditionnels, par exemple les établissements de soins de courte durée et de longue durée, les services de soins ambulatoires et les centres communautaires. Elles traitent notamment des sujets suivants : l'immunisation, l'hygiène des mains, l'utilisation d'équipement de protection individuelle (p. ex., masques, gants, blouses d'hôpital), l'isolement et le logement des patients, la restriction de l'accès des visiteurs, le regroupement en cohortes du personnel, le nettoyage du milieu et l'éducation du personnel, des patients et des visiteurs. Les mêmes sujets sont abordés pour les soins non traditionnels (p. ex., soins auto-administrés, triage, hôpitaux désignés pendant la pandémie). Voir également l'Annexe J, Lignes directrices à l'intention des lieux de soins et des soignants non traditionnels.

La partie de l'Annexe F portant sur les soins communautaires renferme des lignes directrices sur la prévention de l'infection et sur la santé au travail destinées au grand public, aux travailleurs de la santé qui dispensent leurs services dans la collectivité, ainsi qu'aux fournisseurs de soins médicaux ou non médicaux (p. ex., services de santé publique, cabinets de médecins, cabinets dentaires, centres de physiothérapie et fournisseurs de soins de médecines douces). Parmi les points traités, citons : l'hygiène des mains, l'utilisation d'équipement de protection individuelle (p. ex., masques, gants) et le regroupement en cohortes des personnes souffrant d'un SG.

Des recommandations pour la prévention des infections humaines pendant les éclosions d'influenza aviaire sont affichées sur le site Web de l'ASPC.

## **ii) Prise en charge clinique de l'influenza**

Les deux dernières pandémies d'influenza sont survenues en 1957-1958 et 1968-1969. Par conséquent, la majorité des cliniciens qui pratiquent aujourd'hui n'ont que peu d'expérience des pandémies d'influenza et ne sont peut-être pas conscients des diverses manifestations possibles. Les lignes directrices cliniques à l'Annexe G présentent des recommandations sur le triage des patients pédiatriques et adultes et sur la prise en charge des patients dans les établissements de soins de longue durée. Les formulaires de prise en charge clinique de l'influenza fournis à l'Annexe G visent à aider le personnel de la santé dans la gestion des cas. Un de ces formulaires contient des sections sur les enquêtes que l'on pourrait envisager, des recommandations de traitement, ainsi que de l'information susceptible d'aider à la sélection des patients (enfants et adultes) à hospitaliser et à admettre aux soins intensifs. Des formulaires uniformisés d'admission et de soins primaires, avec un volet triage, aideront à garantir l'uniformité et à réduire la paperasserie au minimum.

Durant une pandémie, il sera essentiel d'informer le public et les professionnels de la santé sur les symptômes et le traitement de l'influenza, ainsi que sur le moment où il faut demander des conseils (voir l'Annexe G, Lignes directrices et outils pour les soins cliniques et l'Annexe M, Lignes directrices sur les mesures de santé publique). Les fiches d'information concernant les caractéristiques cliniques de l'influenza et ses complications secondaires visent à aider les fournisseurs de soins de santé à poser leur diagnostic et les membres du public à se soigner eux-mêmes (voir l'Annexe G). Ces fiches d'information concernent les enfants, les adultes et les aînés.

Tout matériel éducatif doit être préparé à l'avance et assorti d'un plan de distribution efficace et opportun.

### **iii) Gestion des ressources**

Bien que les répercussions d'une pandémie soient imprévisibles, il est recommandé, aux fins de la planification, de prévoir une perturbation importante des services communautaires critiques. La réaction du système de santé à cette situation sera cruciale. Les planificateurs régionaux, locaux et institutionnels devront évaluer l'utilisation de leurs ressources en matière de santé et la capacité de leur système de composer avec une grave épidémie d'influenza, et comparer ces données à la capacité jugée nécessaire pour réagir à une pandémie dans la zone qu'ils desservent. Le logiciel FluAid (disponible à l'adresse : <http://www2.cdc.gov/od/fluaid/default.htm>), qui est un modèle américain permettant d'estimer l'incidence d'une pandémie, est une ressource possible pour la planification. Toutefois, dans ce modèle, les résultats sur le plan de la santé se fondent sur une démarche de recherche de soins ou sur les traitements reçus. On prévoit que le traitement que recevra au Canada une personne souffrant d'un type semblable d'influenza sera assez différent, à cause des divergences entre les systèmes de santé, les habitudes de pratique et la démarche de recherche de soins. De plus, le modèle suppose que les soins de santé sont disponibles à toute personne qui veut se faire soigner, ce qui est conforme à l'économie de la santé américaine, axée sur la demande.

Bien que, dans la plupart des cas, l'influenza soit une infection aiguë qui se limite aux voies respiratoires supérieures, des complications peuvent survenir. Le taux d'attaque global est relativement élevé dans le cas des épidémies et pandémies d'influenza, et les effets se font habituellement sentir pendant quelques semaines dans un endroit donné. Par conséquent, même un faible taux de complications se traduit par une hausse marquée des hospitalisations. Il importe de tenir compte du fait que, même si les vagues de la pandémie tendent à durer de 6 à 8 semaines dans un même endroit, la demande de soins de santé ne sera pas constante durant cette période puisque le nombre de nouveaux cas cherchant à obtenir des soins augmentera probablement au début, puis atteindra un sommet avant de décliner. La vague pandémique suivante pourrait suivre de près la première vague, ce qui laisserait peu de temps pour récupérer. Il faudra réévaluer constamment les besoins en ressources dans une telle situation, où les intervenants pourraient vite être dépassés. Les établissements de soins de courte durée devront relever le défi de gérer le débordement des salles, le nombre élevé de patients dans les unités de soins intensifs, le débordement des services d'urgence, et cela malgré une disponibilité moindre des travailleurs de la santé et le nombre limité d'appareils respiratoires disponibles (voir l'Annexe H, Lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les établissements de santé). On doit se préparer à l'avance à la prise en charge des patients adultes et enfants souffrant de détresse respiratoire dans un contexte de rationnement des oxymètres, ventilateurs ou autres appareils d'assistance respiratoire.

Chaque établissement doit évaluer ses ressources humaines. Puisque le personnel hospitalier et de soins de santé englobe un grand nombre de travailleurs différents, on a élaboré une liste du personnel pour aider à la planification (voir l'Annexe H). La réaffectation d'urgence du personnel et le maintien des niveaux de dotation seront essentiels. La formation et l'éducation continue des travailleurs de la santé dans le but de les inciter à conserver leurs compétences, l'offre de mesures incitatives pour le maintien de la formation, ainsi que la continuité des communications sont de la plus grande importance; ces aspects doivent être planifiés durant la période interpandémique. Pendant une pandémie, les besoins en garde d'enfants, en soutien affectif et en counselling aux personnes en deuil sont des aspects dont il faut tenir compte si l'on veut maintenir des niveaux de dotation adéquats.

Les admissions médicales et chirurgicales non urgentes doivent obéir à un ordre de priorité; certaines feront éventuellement l'objet d'annulations pour répondre à la demande accrue de soins de santé liés à l'influenza. (Voir l'Annexe H, Lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les établissements de santé, pour une liste de vérification des points que les établissements de soins de courte durée doivent considérer au moment d'établir les priorités.) Chaque établissement devra évaluer sa capacité en lits et en ventilateurs. L'Annexe H renferme également une fiche de travail pour aider les établissements à déterminer leur capacité potentielle en cas d'afflux de patients.

Dans le passé, les pandémies d'influenza ont été associées à un excès de mortalité. Il sera essentiel, pour les divers paliers de gouvernement, d'inclure un plan de gestion des dépouilles dans le cadre de leur plan d'intervention en cas de pandémie. (Voir l'Annexe I pour des lignes directrices sur la gestion des décès survenant en grand nombre.) Parmi les questions traitées dans cette annexe, citons la capacité des morgues, l'entreposage, le transport, la gestion, l'enterrement et la crémation des dépouilles, et les services de counselling aux personnes en deuil.

Tous les paliers de gouvernement et établissements de santé doivent dresser des plans à l'avance et mettre des stratégies en place pour répondre à la demande considérablement accrue de fournitures et de services médicaux, parallèlement aux pénuries qui sont anticipées (voir les Hypothèses de planification concernant l'absentéisme dans la section Contexte).

Voir l'Annexe H, Lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les établissements de santé, pour des recommandations sur la façon de composer avec le manque de ressources durant une pandémie d'influenza.

#### **iv) Personnel non traditionnel : travailleurs de la santé et bénévoles**

Les collectivités et organismes de soins de santé doivent mettre en place des stratégies qui définiront ce qu'il faut faire quand les établissements de santé sont débordés et qu'il faut assurer des soins médicaux dans des milieux non traditionnels. On pourrait devoir mettre sur pied des centres de traitement alternatifs et des cliniques externes pour assurer les soins. (Voir l'Annexe J pour des lignes directrices sur la prestation de soins dans des milieux non traditionnels.) Les points traités dans cette annexe comprennent notamment : les options administratives pour les hôpitaux non traditionnels, les ressources et locaux possibles, les caractéristiques essentielles des lieux, les services de soutien nécessaires, le type de travail effectué à ces endroits et la protection contre les poursuites en responsabilité. Les lignes directrices de l'Annexe J portent également sur les sources éventuelles de main-d'œuvre supplémentaire durant une pandémie, le recrutement et la sélection de bénévoles, l'assurance responsabilité et l'assurance personnelle des travailleurs, les mises à pied temporaires de personnel, les rôles et responsabilités et les programmes de formation.

## **2.5 Mesures de santé publique**

Certaines décisions devront être prises à chaque palier de gouvernement lorsque le nouveau virus fera son apparition et que l'alerte à la pandémie sera déclarée. Des demandes seront adressées aux autorités sanitaires locales à propos des mesures pouvant être prises par les citoyens et à l'intérieur des collectivités pour prévenir, maîtriser ou atténuer la pandémie d'influenza dans leur champ de compétence. Ces décisions seront de divers ordres : recommandations s'adressant aux collectivités (p. ex., annulation de rassemblements publics, fermeture d'écoles) ou mesures individuelles (p. ex., port éventuel d'un masque par les membres du public). Dans la plupart des cas, l'efficacité de

ce type de mesures visant la prévention de la propagation de la maladie dans la population n'a pas été évaluée systématiquement. En outre, l'effet potentiel de ces mesures dépendra du niveau d'activité pandémique dans une collectivité particulière et de la possibilité de recourir à d'autres interventions, comme la vaccination et l'administration d'antiviraux. Le but et l'efficacité de ces mesures peuvent également varier selon qu'il s'agit d'une collectivité isolée ou d'un grand centre urbain.

Les conséquences de ces mesures éventuelles, qui vont de la fermeture des écoles locales aux recommandations de quarantaine pour les points d'entrée au Canada, doivent être reconnues par tous les intervenants potentiels et faire l'objet de discussions durant la période interpandémique.

Les objectifs de la planification des mesures de santé publique sont les suivants :

- Formuler des recommandations concernant les mesures de santé publique (p. ex., mise en quarantaine, annulation de rassemblements publics, fermeture d'écoles).
- Favoriser l'élaboration d'une approche commune au Canada et, si possible, entre d'autres pays et le Canada, en particulier sur des questions pour lesquelles on manque de données scientifiques probantes qui pourraient orienter les décisions.
- Encourager la planification à tous les paliers de gouvernement pour susciter une prise de conscience sur l'effet potentiel de ces mesures, de manière à stimuler la création de partenariats et la tenue de consultations avec des intervenants externes dès la période interpandémique, et à faire en sorte qu'elles se poursuivent durant toutes les phases de la pandémie.

## 2.5.1 État actuel

Avant les éclosions d'influenza aviaire à virus H5N1 qui ont commencé en Asie en 2003, les responsables de la planification en cas de pandémie accordaient peu d'attention à l'idée d'une période d'« alerte pandémique » prolongée. En mars 2004, l'OMS a tenu une consultation internationale sur les mesures de santé publique qui pourraient être mises en œuvre à chaque phase de la pandémie. Lors de cette réunion, on a discuté en profondeur, pour la première fois, de la possibilité de prévenir la pandémie en maîtrisant les éclosions survenant durant la période d'alerte pandémique. On a convenu du fait que le confinement d'un nouveau virus, qui ne se transmet pas aussi facilement d'une personne à l'autre que le virus de l'influenza saisonnière ordinaire, devrait pouvoir se faire par l'instauration de mesures de santé publique vigoureuses. On a souligné le rôle que pourraient jouer les antiviraux, la recherche des contacts, l'imposition de quarantaines et le dépistage à la sortie, comme moyens clés de limiter la propagation.

Le Groupe de travail sur les mesures de santé publique avait déjà envisagé ces interventions. Toutefois, comme la communauté internationale s'entendait sur le fait que l'on devait tenter de limiter la propagation pendant la période d'alerte pandémique, on a reconnu le besoin d'avoir des directives claires sur la mise en œuvre de ces mesures au Canada. Par conséquent, le Groupe de travail a élaboré une liste de mesures de santé publique (présentée en annexe) pour cette édition du Plan, qui comprend des recommandations sur la gestion par la santé publique des cas et des contacts, les stratégies de lutte axées sur la collectivité et les questions relatives aux voyages et aux postes frontalières (voir l'Annexe M, Lignes directrices sur les mesures de santé publique).

## 2.5.2 Principes et hypothèses de planification

Les recommandations du Groupe de travail sur les mesures de santé publique visent à favoriser la prise de mesures uniformes et optimales en matière de santé publique pour freiner la propagation d'une maladie transmissible durant une pandémie. Étant donné que nous manquons de données scientifiques sur l'efficacité de ce type de mesures de lutte contre la maladie, surtout lorsqu'elles sont prises parallèlement à d'autres mesures de lutte contre l'influenza, il est peu probable que les avantages de ces mesures puissent être quantifiés. Par conséquent, en l'absence de données concluantes, les opinions d'experts contenues dans l'Annexe M, Lignes directrices sur les mesures de santé publique, aideront les différents paliers de gouvernement à mettre en œuvre, rapidement et uniformément, des mesures qui seront conformes aux objectifs de chaque période de la pandémie, soit la préparation durant la période interpandémique, le confinement de la maladie durant la période d'alerte pandémique et les mesures d'atténuation durant la période pandémique.

On encourage les responsables de la planification à l'échelle PT et locale à étudier la faisabilité et les implications de telles mesures de lutte contre la maladie dans leur champ de compétence et à sensibiliser les intervenants (p. ex., les conseils scolaires, les gens d'affaires), au cas où il deviendrait utile de mettre ces mesures en œuvre.

## 2.6 Communications

Les objectifs globaux de la préparation des communications sont de faire en sorte que la population canadienne soit prête à prendre les mesures appropriées durant une pandémie, et à établir et maintenir la confiance des Canadiens et Canadiennes dans leurs organisations (p. ex., les différents paliers de gouvernement, les intervenants). La planification des communications en cas de pandémie d'influenza se fonde sur une approche de communication stratégique des risques, qui se base elle-même sur une compréhension solide de ce que les gens savent au sujet de la pandémie d'influenza, de ce qu'ils ne savent pas et de ce qu'ils veulent savoir et ont besoin de savoir. L'établissement d'un dialogue avec les citoyens est au cœur de cette approche. La population doit être engagée dans un dialogue sur les activités de préparation à une pandémie d'influenza pour plusieurs raisons :

- Les citoyens doivent être au courant des activités de planification et de préparation pour être mieux préparés à appliquer les mesures voulues lorsqu'ils sont appelés à le faire.
- Si l'on veut que la mise en œuvre du Plan soit réussie, il faut que la population et les intervenants aient confiance dans ce plan et dans le processus utilisé pour son élaboration.
- Le dialogue avec les citoyens est essentiel si l'on veut créer des produits de communications qui répondent à ce que les gens veulent savoir et ont besoin de savoir.
- Le dialogue avec les citoyens nous permet de prendre des décisions bien informées, ce qui garantit une gestion du risque responsable et respectueuse de l'éthique.

Au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, le nombre d'organisations qui auront affaire aux médias sur cette question décuplera; il faudra régler des questions financières, des questions de ressources humaines et des questions sociales – des aspects qui touchent toutes les facettes de notre société. Étant donné l'ampleur de ces questions, il devient capital de travailler à la création de messages uniformes et coordonnés, sur lesquels les différents paliers de gouvernement se seront entendus avant l'apparition de la pandémie, pour s'assurer que les Canadiens et Canadiennes sont prêts à prendre des mesures pour se protéger et protéger leurs proches.

Durant la pandémie, on assistera à une forte demande en information, qui restera constante sur une longue période, ce qui créera un énorme fardeau pour les communications. Il faudra maintenir la confiance de la population pendant de nombreux mois, un défi qui requerra des messages uniformes et cohérents.

Tous les intervenants clés (externes, internes, internationaux) doivent recevoir rapidement des informations uniformes et pertinentes durant les urgences de n'importe quel type. Les activités de planification visent à garantir l'uniformité et la cohérence des messages diffusés dans tout le Canada et à définir à l'avance, autant que possible, les rôles et responsabilités.

Les objectifs de la planification des communications sont les suivants :

- Créer un solide réseau de communications (à l'échelle nationale et internationale).
- Définir clairement les rôles et responsabilités pour chaque phase de la pandémie.
- Établir un éventail d'options, de stratégies, de méthodes et d'outils de communications à chaque étape.
- Créer des messages uniformes et coordonnés pour chaque période de la pandémie.

## 2.6.1 État actuel

### i) Paliers provincial, territorial et local

La plupart des activités liées à l'influenza ont lieu immédiatement avant et pendant la saison habituelle de l'influenza, d'octobre à mai de chaque année. Chaque automne, les PT produisent du matériel pour promouvoir l'immunisation, matériel qui est particulier aux programmes offerts dans chaque province ou territoire. La majeure partie du matériel et des stratégies de communication visant le grand public, les médias, les travailleurs de la santé et d'autres organismes communautaires (considérés comme des intervenants clés « externes ») sont axés sur la promotion de l'immunisation et la réduction des visites non nécessaires à l'hôpital. Ce matériel est élaboré aux paliers PT et local avec une participation fédérale minimale. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de campagne d'éducation coordonnée sur la pandémie d'influenza destinée aux intervenants clés externes. Bien que les campagnes n'aient pas été coordonnées par un organe central, des travaux considérables ont été entrepris pour assurer une meilleure coordination des messages clés. Dans le cadre de la planification des communications en cas de pandémie, des organismes FPT et non gouvernementaux travaillent actuellement à créer des messages qui peuvent être adaptés à des intervenants précis, à chaque palier de gouvernement.

### ii) Paliers fédéral, provincial et territorial

Les communications avec les intervenants clés « internes », soit principalement les décideurs et les conseillers stratégiques au sein du gouvernement, se déroulent à chaque palier de gouvernement. En outre, les responsables des communications ont créé plusieurs réseaux de communications pour favoriser l'interaction entre le fédéral et les provinces et territoires. Ainsi, on a mis sur pied le Réseau des communications d'urgence en santé (RCUS). D'abord créé en réponse à la crise du SRAS, ce réseau continue d'être un élément clé de la planification des communications en cas de pandémie d'influenza ou d'autres urgences sanitaires. Le RCUS jouera un rôle essentiel dans les mesures prises au chapitre des communications lors d'une pandémie d'influenza. De même, un sous-comité des communications a été formé au sein du CPI et chargé de la planification des communications en cas de pandémie d'influenza.

### iii) Palier fédéral

Actuellement, les communications fédérales sont axées sur la diffusion des données de surveillance par l'intermédiaire des bulletins Surveillance de l'influenza, qui sont destinés aux professionnels de la santé publique mais accessibles au public sur le site Web de l'ASPC. Ces bulletins sont produits chaque semaine durant la saison de l'influenza. L'information sur l'activité grippale à l'échelle de la planète est communiquée, au besoin, aux principaux intervenants par le CPCMI, grâce principalement au système d'alerte par courriel du Centre canadien de surveillance intégrée des éclosions ou aux affichages sur le site Web. En outre, des fiches de renseignements sur l'influenza, y compris sur les vaccins antigrippaux, se trouvent sur le site Web de Santé Canada. L'ASPC communique aussi avec des intervenants clés « internationaux », dont l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la santé, au sujet de l'activité grippale au Canada et à l'étranger.

Pour les situations d'urgence, l'ASPC possède une ligne d'information publique qui peut être réglée de manière à être accessible 24 heures sur 24. D'autres enjeux liés à la communication sont à l'étude dans le cadre de l'approche « toutes éventualités » qui sera adoptée pour les communications en temps de crise.

## 2.6.2 Principes et hypothèses de planification

Les principes qui guideront la planification des communications en cas de pandémie d'influenza sont les suivants :

- 1) La planification des communications en cas de pandémie d'influenza se fonde sur une approche de communication stratégique des risques qui :
  - garantit une communication ouverte des risques liés à la pandémie d'influenza et des options de lutte contre la maladie.
  - assure la transparence dans les décisions prises durant la planification en cas de pandémie.
  - lorsque les faits sont incertains ou inconnus, nous renseigne sur les lacunes à combler et les efforts à déployer dans ce sens.
- 2) Notre approche est axée sur la collaboration et traduit l'entente à laquelle sont parvenus les membres du sous-comité des communications du CPI.
  - Chaque palier de gouvernement, au Canada, est redevable à différents intervenants et a différentes responsabilités à remplir.
  - Le travail du sous-comité des communications du CPI reconnaîtra ces différences tout en tenant compte de la nécessité, pour tous les paliers de gouvernement, de diffuser un message uniforme à la population durant une pandémie d'influenza.
- 3) Les intervenants constituent une cible importante de notre approche :
  - Ceux qui sont exposés au risque le plus grand méritent une plus grande attention, de même que ceux pour qui la gestion de risques particuliers revêt le plus d'importance.
  - Les intervenants peuvent fournir des renseignements, des connaissances, de l'expertise et des points de vue précieux tout au long du processus.

4) La communication stratégique des risques nécessite en soi une évaluation et des améliorations continues. Cet aspect doit être intégré à notre plan de travail permanent pour les communications en cas de pandémie d'influenza.

- Pour l'élaboration et l'évaluation de nos messages et processus, nous nous doterons de normes scientifiques pour nos communications en cas de pandémie de l'influenza qui correspondront aux recherches les plus avancées en sciences naturelles et sociales.

5) Le sous-comité des communications du CPI travaillera en collaboration avec les experts techniques du CGP et les autres sous-comités pour veiller à ce que la planification des communications tienne compte des données les plus solides fournies par les sciences naturelles et sociales.

- Des données scientifiques solides et la contribution des experts sont la pierre angulaire de la planification en cas de pandémie d'influenza. Les plans de communication doivent reconnaître toute la gamme des disciplines pertinentes et prendre en considération les connaissances particulières des intervenants.
- La pertinence de l'information communiquée dépend du contexte dans lequel se prennent les décisions et des résultats qui revêtent une importance particulière pour les intervenants. La communication stratégique des risques est le principal moyen de répondre à ce besoin de communications intégrées et de montrer que le processus de gestion du risque a comblé ce besoin.

Les Communications de l'ASPC, par l'entremise du CPI et en collaboration avec les intervenants des paliers FPT et local, coordonneront et faciliteront l'intervention du Canada en matière de communications liées à la santé publique, en cas de pandémie d'influenza. Les intervenants ont différents rôles et responsabilités; par conséquent, la coordination est cruciale si l'on veut faire en sorte que les messages soient exacts et uniformes et qu'ils respectent les limites des champs de compétence.

L'élaboration d'un plan de communication stratégique des risques est en cours et deviendra une composante essentielle de la planification des communications en cas de pandémie d'influenza. L'ASPC travaille avec les ministères PT de la Santé à la formulation de messages clés et à l'établissement de mécanismes permettant de les communiquer aux intervenants visés.

### **3.0 Activités de planification et listes de contrôle aux fins de la préparation**

En gros, on peut diviser les activités de planification et d'intervention d'urgence en quatre catégories : prévention, préparation, intervention et mise en œuvre, et rétablissement postpandémique et suivi. Durant la période interpandémique, les activités seront axées sur la prévention et la préparation. La mise en marche des activités d'intervention se fera chaque fois qu'un changement surviendra au cours de la phase pandémique au Canada. Le rétablissement et l'évaluation auront lieu durant la période postpandémique. L'investissement initial de ressources dans les activités de prévention et de préparation facilitera la gestion efficace de la pandémie et en atténuera les effets négatifs.

Pour gérer efficacement une urgence, il est essentiel de mettre en place des plans d'intervention globaux. En ce qui a trait à la planification en cas de pandémie, il faut communiquer l'existence de ces plans à tous les intervenants éventuels. On doit en diffuser des exemplaires aux organismes et aux individus appelés à participer aux interventions d'urgence en cas de pandémie et, dans la mesure du possible, coordonner les essais préalables de ces plans par un mécanisme visant à donner une rétroaction à des fins d'amélioration et de mise à jour des plans.

À l'Annexe A, Listes de contrôle aux fins de la planification, les activités de planification sont énumérées et classées en fonction des divers éléments du Plan (c.-à-d., surveillance, programmes de vaccination, antiviraux, planification des services de santé en cas d'urgence et intervention, mesures de santé publique, communications). Les listes de contrôle visent à faciliter la planification aux paliers PT et local; elles reflètent essentiellement les activités de planification qui devraient être entreprises durant la période interpandémique.

# Quatrième section **Interventions**





# Table des matières

1.0	Introduction	3
2.0	Phases de la pandémie	3
3.0	Intervention d'urgence du gouvernement fédéral	4
4.0	L'expérience du syndrome respiratoire aigu sévère	4
5.0	Influenza aviaire et influenza animale	5
6.0	Principales interventions correspondant à chaque phase pandémique	5
6.1	Période interpandémique	7
	Phase 1.0 au Canada	7
	Phase 1.1 au Canada	7
	Phase 2.0 au Canada	8
	Phase 2.1 au Canada	8
6.2	Période d'alerte pandémique	9
	Phase 3.0 au Canada	9
	Phase 3.1 au Canada	11
	Phases 4.0 et 5.0 au Canada	14
	Phases 4.1 et 5.1 au Canada	18
	Phases 4.2 et 5.2 au Canada	21
6.3	Période pandémique	23
	Phase 6.0 au Canada	23
	Phases 6.1 et 6.2 au Canada	26
6.4	Période postpandémique	31



## 1.0 Introduction

Dans cette partie du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (le Plan) qui porte sur les interventions, les activités correspondant à chaque composante (c.-à-d., la surveillance, les programmes de vaccination, l'utilisation d'antiviraux, les services de santé, les mesures de santé publique et les communications) sont présentées sous forme de tableaux en fonction de chacune des phases de la pandémie au Canada. Les tableaux énumèrent les mesures qui sont essentielles pour faciliter une réaction globale et cohérente aux alertes pandémiques et à une pandémie d'influenza. Il va de soi, cependant, qu'il faudra apporter d'autres précisions et modifications au Plan au fur et à mesure que la pandémie évoluera. Par exemple, on ne peut savoir avant l'apparition d'un nouveau virus quand un vaccin efficace contre ce virus pourra être mis au point; par conséquent, toutes les activités énumérées sous la rubrique « Programmes de vaccination » dans les tableaux pourraient se réaliser pendant d'autres phases que celles où elles figurent actuellement (dans les tableaux).

## 2.0 Phases de la pandémie

Les phases de la pandémie définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se fondent sur l'évaluation du risque de pandémie, la phase déclarée représentant le risque le plus élevé à l'échelle mondiale. Par conséquent, si deux ou plusieurs nouveaux virus grippaux circulent en même temps, la phase déclarée correspondra à la situation par rapport à celui qui présente le plus grand risque de pandémie. En avril 2005, l'OMS a publié une nouvelle terminologie des phases de la pandémie, qui a remplacé la terminologie établie en 1999. Cette nouvelle classification terminologique comporte six phases échelonnées sur trois périodes : la période interpandémique, la période d'alerte pandémique et la période pandémique. Le terme période post-pandémique est également utilisé, mais il ne correspond pas à une phase numérique.

Pour décrire de façon succincte la situation mondiale de même que la situation au Canada, le Comité sur la pandémie d'influenza (CPI) a établi une terminologie relative aux phases pandémiques au Canada qui combine la phase déclarée par l'OMS à un indicateur du niveau maximal d'activité d'un nouveau virus grippal au Canada. Les phases pandémiques pour le Canada sont décrites dans la section du Plan intitulée Contexte. Selon cette nomenclature, on indique généralement la phase déclarée par l'OMS, suivie d'un chiffre (0, 1 ou 2) indiquant soit l'absence de cas, soit la présence de cas isolés (sans rapport entre eux), soit une activité grippale localisée ou étendue au Canada (p. ex., 3.1). Publiée pour la première fois en février 2004, cette section du Plan intitulée Interventions a été mise à jour en fonction de cette nouvelle terminologie.

Lorsqu'une pandémie éclatera, les intervenants concentreront leurs efforts sur les « facteurs déclencheurs » locaux qui ne correspondront pas nécessairement à la phase de la pandémie déclarée au Canada, parce que celle-ci est déterminée par la plus forte activité d'un nouveau virus grippal observée au Canada. La description de l'activité grippale dans les différentes régions du Canada reposera vraisemblablement sur les données de surveillance enregistrées, comme cela se fait chaque année pendant la saison grippale. On invite donc les responsables de la planification des services de santé et des services d'urgence du niveau municipal jusqu'au niveau fédéral à déterminer la « phase » qui s'applique sur leur territoire de compétence, d'après l'activité grippale signalée sur ce territoire. Ainsi, ils seront à même de prendre les mesures appropriées pour le

territoire dont ils sont responsables, tout en sachant que leurs plans dépendront également de l'épidémiologie de la pandémie au Canada et dans le monde.

D'autres facteurs inconnus, comme la répartition des cas selon l'âge, la gravité de la maladie causée par la souche virale pandémique et l'efficacité de la transmission interhumaine, détermineront également le choix des interventions. Le Plan repose sur la prémisse qu'une pandémie surviendra si on n'enraye pas l'activité du nouveau virus grippal pendant la période d'alerte pandémique. Par conséquent, l'intervention contre l'activité d'un nouveau virus au cours d'une période d'alerte pandémique devra possiblement être modifiée considérablement à partir de ce qui est décrit dans le Plan si les données épidémiologiques (par ex., éclosion nationale d'influenza aviaire) ne justifient pas la nécessité des mesures aussi énergiques.

### **3.0 Intervention d'urgence du gouvernement fédéral**

Au niveau fédéral, les responsables de la planification ont mis au point une structure générique de gestion des situations d'urgence. Cette structure, qui définit les rôles et responsabilités de différentes catégories d'intervenants dans une situation d'urgence, figure à l'Annexe L, Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence. La composition, le rôle et les attributions du Groupe de la planification avancée restent à déterminer; cependant, ce groupe devra absolument compter des membres capables de donner des conseils techniques axés expressément sur une pandémie d'influenza.

L'Annexe L comprend également un diagramme mettant en parallèle les phases de la pandémie et les interventions correspondantes. Ce diagramme donne une vue d'ensemble de l'intervention du gouvernement fédéral.

Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza est conçu en fonction d'une maladie précise. C'est un exemple de plan d'intervention d'urgence technique que l'on a élaboré dans le cadre d'une initiative beaucoup plus vaste qui consiste à tracer des plans de préparation à toutes sortes d'urgences nationales. En créant un ensemble de plans de plus en plus précis, allant d'interventions génériques à des plans détaillés décrivant les mesures à prendre pour contrer des menaces plus précises (p. ex., des maladies infectieuses) et finalement à des plans axés sur une maladie donnée, on disposera d'un ensemble de documents « imbriqués » ou reliés entre eux qui seront assez complets et souples pour convenir à n'importe quel type d'urgence nationale.

### **4.0 L'expérience du syndrome respiratoire aigu sévère**

Avant l'arrivée au Canada du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en mars 2003, la très grande majorité des professionnels de la santé et certainement la population générale n'avaient à peu près jamais eu à faire face à une épidémie d'infections respiratoires graves d'une telle ampleur. L'épidémie du SRAS nous a permis d'accroître de façon exponentielle notre connaissance et notre expérience de ce genre de menace à la santé. La société canadienne, d'un bout à l'autre du pays, a pris connaissance de l'existence du SRAS, de sa gravité, de son mode de propagation et des mesures de contrôle prises pour contenir l'épidémie, sans égard au nombre réel de cas enregistrés dans chaque province ou territoire.

Pour les responsables de la surveillance des maladies et de la planification des mesures d'urgence en cas de pandémie, le SRAS a été une espèce de « répétition générale » en prévision d'une pandémie d'influenza. Ils ont compris que les obstacles auxquels les intervenants se heurteraient seraient les mêmes, mais à beaucoup plus grande échelle. Le SRAS a eu de graves conséquences sur le plan de la morbidité, de la mortalité et des pertes financières, mais une pandémie

d'influenza pourrait entraîner des conséquences bien pires. De plus, les interventions face à une pandémie d'influenza devraient être soutenues pendant beaucoup plus longtemps et il faudrait probablement lancer une campagne de vaccination massive, en plus d'offrir des soins de courte durée aux personnes malades.

L'expérience du SRAS a accentué la nécessité des activités décrites dans la section Préparation. De façon plus particulière, elle a mis en évidence le besoin pour le système de santé de disposer des ressources nécessaires et de la capacité de faire face à un afflux de demandes de soins de santé en temps d'urgence de la santé publique. Parmi les autres besoins décrits dans le Plan et confirmés par l'expérience du SRAS figurent une préparation poussée et l'élimination des obstacles éventuels dans les systèmes de communication, l'acquisition d'outils technologiques de gestion des données, de même que le recrutement et la mobilisation de professionnels de la santé et de locaux supplémentaires.

C'est à la suite de cette expérience que les rédacteurs du Plan ont cerné les principales mesures décrites dans la section Interventions.

## 5.0 Influenza aviaire et influenza animale

Les éclosions d'influenza causées par de nouveaux virus dans les populations aviaires ou animales présentent des risques de transmission de la maladie aux êtres humains. Des cas sporadiques d'infections humaines causées par différents sous-types du virus de l'influenza aviaire (p. ex., H5, H7, H9) et porcine (p. ex., H1N1) ont été signalés. Par ailleurs, un virus de l'influenza humaine pourrait se combiner à un virus de l'influenza animale si les deux virus infectaient en même temps le même hôte, qu'il s'agisse d'un être humain ou d'un porc. Ce réassortiment génétique pourrait entraîner l'apparition d'un nouveau sous-type du virus de l'influenza potentiellement capable de déclencher une pandémie d'influenza.

Depuis 2003, on a détecté dans le monde un nombre sans précédent d'éclosions d'influenza aviaire. Ces éclosions d'influenza aviaire ont entraîné des cas d'infections grippales humaines aux conséquences fort variées, allant de la simple conjonctivite jusqu'au décès. Dans sa classification des phases d'une pandémie d'influenza, l'OMS inclut désormais les éclosions d'influenza aviaire et animale, de même que le rôle qu'elles peuvent jouer en tant que précurseurs potentiels d'une pandémie.

À la suite de l'éclosion d'influenza aviaire causée par le virus H7N3 en Colombie-Britannique en 2004, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a préparé des lignes de conduite et des recommandations nationales à l'intention des autorités sanitaires et d'autres intervenants chargés de contenir les risques réels et potentiels pour la santé humaine engendrés par les éclosions d'influenza aviaire au Canada. Ce document a récemment été mis à jour et élargi afin d'ajouter des directives concernant la gestion de tous les épisodes d'influenza aviaire ayant des implications potentielles sur la santé humaine (voir le document *Problèmes de santé humaine liés aux éclosions d'influenza aviaire au Canada*, sur le site Web de l'ASPC). Comme les mesures décrites dans ce document correspondent aux nouvelles phases canadiennes 1.1, 2.1 et 3.1, le document sur les questions de santé humaine est mis en référence dans les tableaux présentés dans la section 6 ci-dessous. Bien que la lutte contre les éclosions d'influenza dans les populations animales soit un élément essentiel de la prévention d'une pandémie d'influenza humaine – et qu'il y ait des points de rencontre critiques entre la santé humaine et la santé animale –, il est préférable d'aborder les mesures à prendre lors d'éclosions d'influenza dans des populations animales à l'intérieur de lignes directrices et de plans touchant la santé animale. L'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) est le chef de file en ce qui concerne l'intervention aux éclosions d'influenza aviaire et pour les questions concernant la santé animale et la sécurité des aliments.

## 6.0 Principales interventions correspondant à chaque phase pandémique

Dans les tableaux qui suivent, les principales interventions sont présentées vis-à-vis de la composante à laquelle elles correspondent (Composante) et de la phase pendant laquelle chacune doit être exécutée (Phase). Par ailleurs, on a ajouté aux tableaux les activités de gestion et de coordination des interventions d'urgence de haut niveau. Chaque palier d'administration se reportera à la phase correspondant au niveau d'activité grippale enregistré sur son territoire. Par exemple, si une activité pandémique localisée est signalée dans le sud d'une province, la Phase au Canada sera 6.2 (cette phase correspond toujours à la plus forte activité enregistrée au Canada); le territoire ou la région où l'activité grippale a été signalée devra appliquer les mesures correspondant à la Phase 6.2. Cependant, s'il n'y a aucune autre activité grippale pandémique au Canada à ce moment-là, les régions exemptes de cas d'influenza connus devront prendre les mesures correspondant à la Phase 6.0 tant qu'aucune activité pandémique n'aura été signalée sur leur territoire.

Comme on l'a déjà expliqué, il faut prévoir une certaine marge de manœuvre au niveau des interventions car la non-disponibilité de certaines ressources (p. ex., les vaccins ou les antiviraux) peut nous obliger à déroger à l'ordre proposé des interventions. Plusieurs des interventions prévues pour chacune des phases devront vraisemblablement être prises en même temps. On n'a pas classé par ordre de priorité les mesures énumérées dans chacune des phases. Plusieurs annexes techniques décrivent plus en détail les mesures à prendre.

Dans l'Annexe K sur les communications, les interventions et les messages sont présentés en fonction de la période pandémique plutôt que de la phase déclarée au Canada. Dans chacun des tableaux ci-dessous, le lecteur est donc prié de se reporter à cette annexe.

Les tableaux précisent également le niveau d'intervention (voir la légende ci-dessous), mais seulement à titre indicatif. Plusieurs des interventions, particulièrement celles pour lesquelles une constance nationale est désirable, seront menées par le CPI ou par un processus de collaboration entre les niveaux fédéral, provinciaux et territoriaux. D'autres intervenants non gouvernementaux (p. ex., l'Armée du Salut ou la Croix-Rouge) participeront vraisemblablement aux interventions, mais ils ne sont pas mentionnés nommément dans le Plan étant donné que leurs activités et rôles respectifs devront être définis en collaboration avec les autorités sanitaires des provinces, territoires, régions et municipalités.

### Légende des tableaux – Phases pandémiques au Canada

#### Acronymes et abréviations : organisations

ASPC = Agence de la santé publique du Canada  
CCMTMV = Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages  
CCNI = Comité consultatif national de l'immunisation  
CMIU = Centre de mesures et d'interventions d'urgence  
DGPSA = Direction générale des produits de santé et des aliments  
IRSC = Instituts de recherche en santé du Canada  
LNM = Laboratoire national de microbiologie  
RLSPC = Réseau des laboratoires de santé publique du Canada  
TPSGC = Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

#### Abréviations : niveau d'intervention :

F = Fédéral • L = Local • PT=Provincial/Territorial

*Remarque : Dans les tableaux, le terme « animal » s'applique à la fois aux espèces aviaires et animales.*

## 6.1 Période interpandémique

<b>Phase 1.0 au Canada</b>		Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme; les animaux à l'extérieur du Canada peuvent être infectés par un nouveau sous-type considéré à faible risque pour les humains	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Activités de préparation à une pandémie	Conformément à la section Préparation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que les liens avec les homologues en médecine vétérinaire soient en place en vue de la préparation générale à la pandémie</li> <li>• Surveillance systématique de l'influenza humaine</li> </ul>	F, PT, L
	Diffusion de l'information	Diffuser aux intervenants en santé publique les données de surveillance disponibles provenant de pays où des cas isolés et/ou des éclosions d'influenza ont été signalés chez les animaux	F (Resp. : ASPC)
		Faire le point sur l'évaluation constante des risques d'une pandémie d'influenza	F (Resp. : ASPC)
Mesures de santé publique	Éducation du public	En cas d'éclosions chez les animaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir de l'information générale à l'intention des voyageurs sur la manipulation sécuritaire des aliments, l'étiquette respiratoire</li> </ul>	F (Resp. : ASPC)
Toutes les autres composantes	Activités de préparation à une pandémie	Conformément à la section Préparation	
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Élaborer et tenir à jour des plans d'intervention	F, PT, L
		Examiner la nécessité de constituer des réserves (p. ex., de seringues ou d'autres fournitures médicales)	F, PT, L
		Déterminer comment les services essentiels seront maintenus durant une pandémie	F, PT, L
		Faire une répétition des plans d'urgence	F, PT, L
		Assurer la formation des employés susceptibles d'être affectés à d'autres fonctions durant une pandémie	F, PT, L

<b>Phase 1.1 au Canada</b>			
Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Des animaux ont été infectés <i>au Canada</i> par un nouveau sous-type considéré à faible risque pour les humains			
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance, Programmes de vaccination, Antiviraux, Services de santé, Mesures de santé publique, Communications	Lutte contre les éclosions animales	Conformément aux mesures décrites dans le document <i>Problèmes de santé humaine liés aux éclosions nationales d'influenza aviaire</i> ; communication rapide de l'information entre les professionnels de la santé humaine et animale	F, PT, L
	Prévention des infections humaines	Fournir une mise à jour de l'évaluation constante des risques de pandémie d'influenza et recommander une intensification de la vigilance dans les domaines de la surveillance et des mesures de santé publique	F, PT, L
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Poursuivre les mesures de la phase 1.0 et	
		• Veiller à ce que le réseau d'intervenants soit prêt à agir	F, PT, L
		• Assurer la liaison relativement à l'information technique	F, PT, L
		• Faire état de la situation à SPPCC (chaque jour)	F (Resp. : ASPC)
		• Communiquer aux agents régionaux l'information provenant de l'ASPC/SC	F (Resp. : ASPC)
		• Faciliter le partage de l'information entre les responsables de la santé humaine et ceux de la santé animale	F (Resp. : ASPC)

<b>Phase 2.0 au Canada</b>			
Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Des animaux <i>à l'extérieur du Canada</i> ont été infectés par un nouveau sous-type qui présente un risque substantiel pour les humains			
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance, Programmes de vaccination, Antiviraux, Services de santé, Mesures de santé publique, Communications	Préparation à une pandémie, Diffusion de l'information, Éducation du public	Conformément à la phase 1.0, et diffusion de messages faisant état du risque accru pour la santé humaine	F, PT, L
		Élaborer et faire accepter une stratégie commune de communication des données épidémiologiques (à l'échelle nationale et internationale, avec l'OMS)	F, PT, L
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Conformément à la phase 1.1, et intensification des communications/ liaisons avec d'autres ministères	F, PT, L

<b>Phase 2.1 au Canada</b>	Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Des animaux <i>au Canada</i> ont été infectés par un nouveau sous-type qui présente un risque substantiel pour les humains		
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance, Programmes de vaccination, Antiviraux, Services de santé, Mesures de santé publique, Communications	Lutte contre les éclosions animales	Conformément aux mesures décrites dans le document <i>Problèmes de santé humaine liés aux éclosions nationales d'influenza aviaire</i>	F, PT, L
	Prévention des infections humaines	Toutes les mesures doivent tenir compte du risque accru associé à ce nouveau virus	F, PT, L
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Conformément à la phase 2.0	F, PT, L

## 6.2 Période d'alerte pandémique

<b>Phase 3.0 au Canada</b>	Une ou des infections humaines par un nouveau sous-type de virus sont survenues <i>à l'extérieur du Canada</i> . Aucun cas de transmission interhumaine ou cas très rares, tout au plus		
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Établissement de systèmes de surveillance ou amélioration des systèmes existants	Vérifier les données épidémiologiques et l'évaluation du risque actuel auprès de sources officielles (OMS, ministères de la Santé des provinces)	F (Resp. : ASPC)
		Faire les vérifications nécessaires et confirmer (au moyen du système Surveillance de l'influenza) que toutes les mesures de surveillance interpandémique fonctionnent de façon optimale	
	Diffusion de l'information	Situer dans le contexte du Canada la plus récente évaluation des risques à l'échelle internationale	F, PT, L (Resp. : ASPC)
Fournir l'information et les recommandations nationales à tous les intervenants FPT			
Programmes de vaccination	Atténuation des risques de complication de l'influenza par l'administration du vaccin dont on dispose actuellement	Préconiser l'administration du vaccin antigrippal de l'année	PT, L

<b>Phase 3.0 au Canada</b>	Une ou des infections humaines par un nouveau sous-type de virus sont survenues à l'extérieur du Canada. Aucun cas de transmission interhumaine ou cas très rares, tout au plus		
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		Préconiser l'administration du vaccin antipneumococcique aux clientèles particulièrement vulnérables et aux personnes d'un certain groupe d'âge afin de réduire l'incidence et la gravité des pneumonies secondaires d'origine bactérienne	
		Collaborer aux projets internationaux de la mise au point de vaccins, y compris à l'élaboration et à la mise à l'essai de prototypes de souches vaccinales, au besoin.	F (Resp. : ASPC)
		Déterminer avec le fabricant canadien de vaccins pandémiques si les infrastructures nécessaires sont en place	F (Resp. : ASPC)
Antiviraux	Évaluation de l'état de préparation et mise à jour de la stratégie	Évaluer ou réévaluer la disponibilité de médicaments antiviraux	F, PT,L
		Revoir les recommandations relatives aux antiviraux d'après les données épidémiologiques disponibles	F, PT
		· Évaluer la nécessité d'acheter d'autres antiviraux au besoin	F, PT
		Revoir et, au besoin, modifier les plans d'urgence touchant l'entreposage, la distribution et l'administration d'antiviraux par des intervenants en santé publique ou d'autres personnes, d'après la stratégie nationale	F, PT,L
		Élaborer ou revoir les plans de surveillance des effets indésirables des antiviraux et de la résistance aux antiviraux	F, PT, L
	Communication et éducation	Présenter la stratégie relative aux antiviraux dans la documentation d'information sur la pandémie	F, PT,L
		Assurer la formation du personnel et l'établissement d'un registre des personnes qui reçoivent les antiviraux	F, PT,L
Services de santé	Évaluation de la capacité des laboratoires  Collecte de données	Veiller à ce qu'au moins un laboratoire dans chaque PT ait la capacité d'isoler et de soustyper le virus de l'influenza. Si aucun n'a cette capacité, prévoir un procédé de rechange	PT (Resp : RLSPC)

<b>Phase 3.0 au Canada</b>		Une ou des infections humaines par un nouveau sous-type de virus sont survenues à l'extérieur du Canada. Aucun cas de transmission interhumaine ou cas très rares, tout au plus	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		<p>Veiller à ce que les estimations de la capacité en personnel de soins de santé soient à jour (c.-à-d., nombre estimé par catégorie - médecins, infirmières, inhalothérapeutes, techniciens en radiologie, etc., et par milieu de travail - hôpital, milieu extra-hospitalier, ESLD, unité paramédicale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si possible, classer les professionnels de la santé selon la nature de leurs fonctions habituelles</li> </ul>	F, PT, L
Mesures de santé publique	Préparation de l'information	Conformément à l'Annexe M (Mesures de santé publique)	F, PT, L
		Examiner et mettre à jour le matériel didactique sur tous les aspects de l'influenza préparé à l'intention des professionnels de la santé, des voyageurs, d'autres clientèles particulières et de l'ensemble de la population	
Communications		Conformément à l'annexe K (Communications)	
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Informar SPPCC du nombre de cas	F (Resp. : ASPC)
		Informar les gestionnaires des services d'urgence des PT (SSU+CDGUS)	F (Resp. : ASPC)
		Coordonner les consultations internationales (OMS/CDC)	F (Resp. : ASPC)
		Alerter les PT	F (Resp. : ASPC)
		Informar le médecin hygiéniste en chef (MHC)	F (Resp. : ASPC)

<b>Phase 3.1 au Canada</b>		Des cas isolés d'infection humaine causés par un nouveau sous-type viral sont détectés au Canada. Aucun cas de transmission interhumaine ou cas très rares, tout au plus	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Suivi de l'évolution de la situation	Enquêter sur les cas sporadiques : recueillir des données épidémiologiques détaillées, retracer les contacts des personnes infectées et exercer une surveillance sanitaire	F (Resp. : ASPC), PT
		S'assurer qu'une surveillance accrue est en place partout au Canada afin de détecter rapidement toute propagation potentielle de la maladie	

<b>Phase 3.1 au Canada</b>	Des cas isolés d'infection humaine causés par un nouveau sous-type viral sont détectés <i>au Canada</i> . Aucun cas de transmission interhumaine ou cas très rares, tout au plus		
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
	Diffusion des données	Revoir/modifier les rapports normalisés de déclaration des données épidémiologiques au Canada	F (Resp. : ASPC)
		Évaluer le risque existant au Canada et en informer les partenaires participant à la surveillance nationale et internationale de l'influenza	
		Diffusion de données épidémiologiques, selon les besoins	F,PT
		Si des cas d'influenza se produisent parallèlement à une éclosion d'influenza chez les animaux au Canada, consulter le document <i>Problèmes de santé humaine liés aux éclosions nationales d'influenza aviaire</i> pour plus de détails	
Programmes de vaccination	Réduction des risques de réassortiment génétique	Administer le vaccin antigrippal annuel aux proches contacts des cas, s'il est disponible, tel qu'énoncé à l'Annexe M (Mesures de santé publique)	F, PT, L
	Inventaire et évaluation des ressources	Effectuer une première évaluation des fournitures disponibles (p. ex., seringues, adrénaline, contenants pour l'élimination des objets pointus), du matériel et des locaux qui pourraient être nécessaires pour administrer le vaccin (p. ex., des centres de vaccination massive)	
	Préparation (sur les plans juridique, éducatif, etc.)	Dresser la liste des personnes qualifiées pour administrer le vaccin et des personnes qui pourraient le devenir	F, PT, L
		Revoir la documentation sur l'administration des vaccins et, au besoin, l'adapter ou la mettre à jour	F, PT, L
		Aplanir tout obstacle juridique à la mise en œuvre d'un programme de vaccination massive	PT, L
		Veiller à ce que les fabricants de vaccins au Canada soient au courant de la situation et participent aux efforts internationaux	F (Resp. : ASPC)
Antiviraux	Stratégie relative aux antiviraux	Traiter les cas à l'aide d'inhibiteurs de la neuraminidase, tel qu'énoncé à l'Annexe M (Mesures de santé publique)	F, PT (Resp. : ASPC)
		Évaluer les stocks disponibles (médicaments, formes posologiques et dates de péremption)	

<b>Phase 3.1 au Canada</b>		Des cas isolés d'infection humaine causés par un nouveau sous-type viral sont détectés <i>au Canada</i> . Aucun cas de transmission interhumaine ou cas très rares, tout au plus	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		Au besoin, tester les antiviraux de réserve pour en vérifier le degré d'activité (p. ex., si la date de péremption est passée)	
Services de santé	Confirmation rapide des cas	Effectuer les analyses de laboratoire de la façon décrite dans l'Annexe C (modalités d'analyse de laboratoire)	PT (Resp. : RLSPC)
	Révision ou modification des lignes directrices	Réviser les protocoles et les lignes directrices pour l'établissement des priorités des services de laboratoire en période de forte demande de services et de pénurie de personnel et de fournitures	PT (Resp. : RLSPC)
	Préparation (sur les plans juridique, éducatif, etc.)	S'assurer de régler, auprès des organismes de réglementation professionnelle PT, les questions juridiques et d'assurance qui pourraient nuire au recrutement et à l'utilisation de travailleurs de la santé actifs et retraités et de bénévoles	PT
		Préparer ou mettre à jour les communications précisant l'ampleur des soins que les professionnels de la santé et les bénévoles peuvent donner en vertu des lois PT et des conventions collectives	PT
Mesures de santé publique	Gestion des cas et de leurs contacts	Prendre en charge les cas et leurs contacts selon les recommandations de l'Annexe M (Mesures de santé publique) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement des cas</li> <li>• Surveillance des contacts</li> </ul>	F, PT, L
	Évaluation et préparation des ressources	Réviser les besoins de dotation pour l'intervention face à une pandémie, notamment par des cliniques de vaccination massive, des mesures de contrôle et l'éducation publique	
		Considérer le retardement de l'instauration de programmes de santé publique qui ne pourraient être dotés de ressources suffisantes si la situation dégénérerait en pandémie ou envisager d'autres solutions, comme la sous-traitance	PT, L
		Préparer de la documentation informative à l'intention du public	F, PT, L
Communications		Conformément à l'annexe K (Communications)	

<b>Phase 3.1 au Canada</b>		Des cas isolés d'infection humaine causés par un nouveau sous-type viral sont détectés <i>au Canada</i> . Aucun cas de transmission interhumaine ou cas très rares, tout au plus	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Conformément à la phase 3.0 et :	
		• Faire rapport au <i>Règlement sanitaire international</i> au besoin	F (Resp. : ASPC)
		• Évaluer le risque et diffuser l'information aux intervenants et de concert avec ceux-ci	F, PT, L
		• Évaluer l'état de la RNS	F (Resp. : ASPC)
		• Évaluer la disponibilité du personnel médical	F, PT, L
		• Examiner les autorités législatives fédérales	F, PT, L
		• Obtenir (selon la disponibilité) et distribuer le matériel pour les analyses de laboratoire (p. ex., les réactifs)	F (Resp. : LNM/RLSPC)

<b>Phases 4.0 et 5.0 au Canada</b>		Des grappes de cas à transmission interhumaine limitée ont été observées à <i>l'extérieur du Canada</i> . La propagation est localisée et aucun cas n'a été détecté au Canada	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Établissement de systèmes de surveillance accrue ou amélioration des systèmes existants	Vérifier les données épidémiologiques et l'évaluation actuelle du risque selon les sources officielles	F (Resp. : ASPC)
		Intensifier les activités de surveillance courantes d'après la situation	F, PT, L
		Examiner ou modifier les définitions de cas, les ensembles minimaux de données et les formulaires de collecte de données	F, PT (Resp. : CGP)
	Questions frontalières	Instituer une surveillance à la frontière (selon l'origine des cas) coordonnée par le CMIU, tel qu'énoncé dans l'Annexe M (Mesures de santé publique) • Remettre des avis aux voyageurs bien portants et malades	F, PT (Resp. : ASPC)
	Simplification de la collecte des données	Mettre en œuvre des activités de surveillance accrue pour déceler et suivre toute augmentation de la morbidité et de la mortalité	PT, L
	Diffusion des données	Examiner et/ou modifier les rapports normalisés servant à la diffusion des données épidémiologiques à l'intérieur du Canada	F, PT, L

<b>Phases 4.0 et 5.0 au Canada</b>		Des grappes de cas à transmission interhumaine limitée ont été observées à l'extérieur du Canada. La propagation est localisée et aucun cas n'a été détecté au Canada	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Programmes de vaccination	Planification de la distribution du vaccin	Participer d'une manière soutenue aux travaux de mise au point d'un vaccin	F (Resp. : ASPC avec les fabricants de vaccins)
	Infrastructure en vue d'une campagne massive	Examiner et, au besoin, modifier les plans d'urgence touchant l'entreposage, la distribution et l'administration du vaccin antigrippal, par l'entremise des intervenants de la santé publique et d'autres travailleurs de la santé, afin de vacciner les groupes cibles hautement prioritaires (voir l'Annexe J au sujet de l'utilisation de lieux de soins de santé non traditionnels et des intervenants)	F, PT (Resp. : CPI)
		Assurer la formation du personnel et l'établissement d'un registre des personnes qui ont reçu le vaccin, y compris la nécessité d'un programme prévoyant l'administration de deux doses (c.-à-d., modalités de rappel des patients et de tenue des dossiers)	PT, L
		Examiner l'évaluation du nombre de personnes dans chaque PT qui appartiennent à chacun des groupes prioritaires pour la vaccination (c.-à-d., les groupes à risque élevé, les travailleurs de la santé, les intervenants, certains groupes d'âge) et les stratégies d'accès	F, PT, L
		Promotion continue de l'administration du vaccin antigrippal de l'année aux groupes recommandés par le CCNI et aux voyageurs (selon les recommandations du CCMTMV)	F, PT (Resp. : CPI/CCNI)
Antiviraux	Réserves d'antiviraux	Faire l'inventaire des réserves disponibles	F, PT (Resp. : ASPC)
	Planification de la distribution et du suivi	Étudier les données épidémiologiques pour déterminer la nécessité de modifier la stratégie de traitement (ordre de priorité)	F, PT (Resp. : CPI)
		Examiner et, au besoin, modifier le plan d'urgence concernant l'entreposage, la distribution et l'administration d'antiviraux par les intervenants en santé publique et d'autres intervenants, selon la stratégie nationale	F, PT, L

<b>Phases 4.0 et 5.0 au Canada</b>		Des grappes de cas à transmission interhumaine limitée ont été observées à l'extérieur du Canada. La propagation est localisée et aucun cas n'a été détecté au Canada	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		Évaluer le nombre de personnes dans chaque province ou territoire qui risquent particulièrement d'avoir des complications (à cause de leur âge, par exemple) et adapter les stratégies de mise en œuvre	F, PT, L
		Assurer la formation du personnel et l'établissement d'un registre des personnes qui reçoivent les antiviraux.	PT, L
Services de santé	Préparation à la gestion des cas suspects décelés dans le cadre de la surveillance accrue	Instaurer/modifier les mesures de lutte contre l'infection dans le cadre de la gestion des cas	F, PT, L (Resp. : ASPC)
		Examiner les recommandations nationales relatives au traitement clinique des cas et les modifier au besoin	F, PT (Resp. : CPI)
		Se préparer à mobiliser les ressources humaines et financières nécessaires	F, PT, L
	Se préparer en vue d'une augmentation de la demande dans les centres de soins de courte durée	Examiner et mettre à jour les données locales et PT sur le nombre et les types d'établissements de soins de santé et leur capacité : lits d'hôpitaux, lits aux soins intensifs, lits pliants, lits dans des ESLD permettant de fournir des soins plus élevés, services d'urgence, capacité ventilatoire, réserves d'oxygène, réserves d'antibiotiques	PT, L
		Évaluer la disponibilité des médicaments, des fournitures et du matériel qui pourraient être requis pour l'intervention	PT, L
		Revoir, modifier et distribuer aux PT les lignes directrices (ou les lignes directrices nationales) relatives à l'établissement des priorités dans le domaine de la santé et de la prestation des soins, de l'accès aux ressources et de la mise en œuvre des mesures de lutte contre les infections durant une pandémie	F, PT, L
		Diffuser de l'information sur les réserves de fournitures médicales et le besoin éventuel de fournitures supplémentaires, de même que sur les sources d'approvisionnement	F, PT (Resp. : aspc)

<b>Phases 4.0 et 5.0 au Canada</b>		Des grappes de cas à transmission interhumaine limitée ont été observées à l'extérieur du Canada. La propagation est localisée et aucun cas n'a été détecté au Canada	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		Examiner, modifier et distribuer des plans détaillés au niveau régional et au niveau de chaque établissement concernant la prestation des services de santé durant une pandémie. Ces plans doivent préciser la nature des soins qui seront fournis dans les centres de soins non traditionnels, de même que les modalités de triage entre les différents centres; les besoins en ressources humaines, matérielles et financières et les directives quant à l'établissement des priorités concernant les patients	PT, L
		Diffuser la stratégie de collecte et de surveillance des données sur l'utilisation des services de santé et la demande de tels services	PT, L
Mesures de santé publique	Préparation de matériel didactique et de ressources en santé publique	Examiner les recommandations nationales énoncées dans l'Annexe M (Mesures de santé publique) relativement à la gestion des cas par la santé publique et aux autres mesures de lutte et les modifier au besoin	F, PT (Resp. : CPI)
		Veiller à ce que les ressources nécessaires soient disponibles pour prendre les mesures recommandées par la santé publique, y compris pour l'isolement des cas	PT, L
		Préparer et (au besoin) réviser le matériel didactique et les consignes à l'intention des partenaires de la santé publique (c.-à-d., les services de santé des provinces, des territoires et des municipalités qui seront les intervenants de première ligne pour appliquer les mesures de prévention et de lutte contre les infections) et du grand public; certains documents à l'intention du public devraient être axés sur la prévention des infections à la maison, à l'école et sur les lieux de travail	F, PT, L
Communications		Conformément à l'Annexe K (Communications)	

<b>Phases 4.0 et 5.0 au Canada</b>		Des grappes de cas à transmission interhumaine limitée ont été observées à l'extérieur du Canada. La propagation est localisée et aucun cas n'a été détecté au Canada	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Interventions pour la phase 4.0 : conformément à phase 3.1 et	
		• Se préparer à répondre à une demande de participation du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie	F (Resp. : ASPC)
		• Planifier et faire le nécessaire en vue de mobiliser des ressources humaines et financières	F, PT, L
		• Diffuser de l'information sur les réserves de fournitures médicales et le besoin éventuel de sources d'approvisionnements supplémentaires	F, PT, L
		• Alerter les organisations bénévoles	F, PT, L
		Intervention de la phase 5.0 : conformément à la phase 4.2	F, PT, L

<b>Phases 4.1 et 5.1 au Canada</b>		Des cas isolés d'infection humaine causée par un virus ayant une capacité de transmission interhumaine limitée ont été détectés au Canada. Aucune grappe n'a été décelée au Canada mais présence de grappes à l'extérieur du Canada	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Identification rapide des cas secondaires Collecte et diffusion des données épidémiologiques et cliniques sur les cas détectés au Canada	Rassembler, compiler et diffuser les données épidémiologiques concernant les cas déclarés au Canada	F, PT, L
		Examiner et, au besoin, réviser les définitions de cas, les ensembles minimaux de données et les formulaires de collecte de données	
		Examiner les protocoles d'études spéciales et préparer des équipes spécialisées, au besoin, pour assurer le lancement rapide des études, s'il y a lieu	F, PT, L (Resp. : IRSC ou autres ONG)
Programmes de vaccination	Mise au point d'un vaccin	Participer d'une manière soutenue aux travaux de mise au point, d'essai et de production du vaccin	F (Resp. : ASPC, DGPSA, fabricants)
	Préparation de cliniques de vaccination massive	Examiner et, au besoin, modifier les plans de protection des vaccins (c.-à-d. lors de leur transport, de leur entreposage et de leur administration clinique)	PT, L

<b>Phases 4.1 et 5.1 au Canada</b>			
Des cas isolés d'infection humaine causée par un virus ayant une capacité de transmission interhumaine limitée ont été détectés au Canada. Aucune grappe n'a été décelée au Canada mais présence de grappes à l'extérieur du Canada			
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
	Mise en place de cliniques de vaccination ciblée	Si un vaccin potentiellement efficace est disponible :	
		• Suivre les recommandations nationales concernant l'utilisation du vaccin disponible	PT, L
		• Mettre en œuvre un processus de surveillance simplifiée des ESSI, en collaboration avec l'ASPC	F, PT, L (Resp. : ASPC)
		• Prendre des dispositions pour expédier le vaccin directement aux districts de santé	F (Resp.: TPSGC)
Antiviraux	Utilisation localisée des antiviraux (traitement et prophylaxie des contacts) à des fins de confinement de la maladie	Traiter les cas et administrer une prophylaxie aux contacts des cas, d'après les données épidémiologiques locales et les stocks disponibles, conformément à l'Annexe M (Mesures de santé publique)	PT, L
		Assurer la mobilisation rapide des stocks d'antiviraux prévus à des fins de confinement rapide de la maladie	F, PT (Resp. : ASPC)
		Si des antiviraux sont utilisés, veiller à ce que les intervenants soient au courant des modalités de notification des effets indésirables des médicaments	F, PT, L
Services de santé	Utilisation de pratiques optimales de contrôle de l'infection pour prévenir la propagation de la maladie	Conformément à la phase 3.1 et	
		Examiner les recommandations et les pratiques concernant le contrôle de l'infection et la santé au travail et les modifier, au besoin	F, PT (Resp. : ASPC)
Mesures de santé publique	Évaluation des ressources et des risques	Veiller à ce qu'il y ait suffisamment de ressources pour mettre en œuvre les mesures de santé publique recommandées, y compris l'isolement des cas	PT, L
		Établir le niveau de risque courant pour guider les mesures de santé publique (p. ex., caractéristiques de transmission associées aux cas secondaires)	PT, L

<b>Phases 4.1 et 5.1 au Canada</b>			
Des cas isolés d'infection humaine causée par un virus ayant une capacité de transmission interhumaine limitée ont été détectés au Canada. Aucune grappe n'a été décelée au Canada mais présence de grappes à l'extérieur du Canada			
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
	Gestion des cas et des contacts	Gestion des cas et de leurs contacts, conformément aux recommandations de l'Annexe M (Mesures de santé publique) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cas isolés</li> <li>▪ Quarantaine ou restriction des activités des contacts</li> <li>▪ Mise à jour du matériel didactique (en collaboration avec le personnel des Communications)</li> </ul>	PT, L
	Planification préliminaire	Examiner les besoins en dotation pour la mise en œuvre des interventions en cas de pandémie, y compris les cliniques de vaccination massive, les mesures de contrôle de l'infection et l'éducation publique	PT, L
		Considérer le retardement de l'instauration de programmes de santé publique qui ne seraient pas dotés de ressources suffisantes si la situation dégénérerait en pandémie ou envisager d'autres solutions, comme la soustraction	PT, L
Communications		Conformément à l'Annexe K (Communications)	
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Pour la phase 4.1 – conformément à la phase 4.0	F, PT, L
		Pour la phase 5.1 – conformément à la phase 4.2 et <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préparer une équipe spécialisée, au besoin</li> </ul>	F, PT, L

<b>Phases 4.2 et 5.2 au Canada</b>		Des grappes de cas localisées comportant une transmission interhumaine limitée sont observées au Canada, mais la propagation est localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas encore bien adapté à l'homme ou qu'il n'est pas entièrement transmissible		
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention	
Surveillance	Collecte, compilation et diffusion rapides des données épidémiologiques et cliniques	Voir les mesures prévues dans le cadre des phases 4.1, 5.1	F (Resp. : CPI)	
		Réviser les définitions de cas en fonction des signes cliniques observés chez les cas	F, PT, L	
		Lancer les études spéciales prévues pour ces phases	F, PT, L (Resp. : IRSC ou autres ONG)	
Programmes de vaccination	Mise au point d'un vaccin	Participer d'une manière soutenue aux travaux de mise au point, d'essai et de production du vaccin	F (Resp. : ASPC, DGPSA, fabricants)	
	Préparation de cliniques de vaccination massive	Examiner la liste des groupes prioritaires recommandés aux fins de la vaccination en fonction des données épidémiologiques disponibles	F, PT (Resp. : CPI)	
		Examiner et, au besoin, modifier les plans de protection des vaccins (c.-à-d., lors de leur transport, de leur entreposage et de leur administration clinique)	PT, L	
	Mise en place de cliniques de vaccination ciblée	Conformément aux phases 4.1 et 5.1, si un vaccin potentiellement efficace est disponible		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre les recommandations nationales concernant l'utilisation du vaccin disponible</li> </ul>	PT, L	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre un processus de surveillance simplifiée des EVAV, en collaboration avec l'ASPC</li> </ul>	F, PT, L (Resp. : ASPC)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre des dispositions pour expédier le vaccin directement aux districts de santé</li> </ul>	F (Resp. : TPSGC)	
Antiviraux	Utilisation localisée des antiviraux (traitement et prophylaxie des contacts) à des fins de confinement de la maladie	Conformément aux phases 4.1 et 5.1		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter les cas et administrer une prophylaxie aux contacts des cas, compte tenu des données épidémiologiques locales et des stocks disponibles, conformément à l'Annexe M (Mesures de santé publique)</li> </ul>	PT, L	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la mobilisation rapide des stocks d'antiviraux pour freiner la propagation de la maladie dans les plus brefs délais</li> </ul>	F, PT (Resp. : ASPC)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si des antiviraux sont utilisés, veiller à ce que les intervenants soient au courant des modalités de notification des effets indésirables des médicaments</li> </ul>	F, PT, L	

<b>Phases 4.2 et 5.2 au Canada</b>		Des grappes de cas localisées comportant une transmission interhumaine limitée sont observées au Canada, mais la propagation est localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas encore bien adapté à l'homme ou qu'il n'est pas entièrement transmissible	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Services de santé	Utilisation de pratiques optimales de contrôle de l'infection pour prévenir la propagation  Gestion de la demande accrue de services de soins de santé	Examiner les recommandations et les pratiques concernant la lutte contre l'infection et la santé au travail et les modifier, au besoin	F, PT (Resp. : ASPC)
		Assurer la distribution des protocoles et des lignes directrices concernant l'établissement des priorités des services de laboratoire en période de forte demande de services et de pénurie de personnel et de fournitures	PT, L
		Examiner et mettre en œuvre des mécanismes pour coordonner le transport des patients et le suivi et la gestion des lits (p. ex., un registre central des lits, des centres d'appel et un centre d'acheminement des ambulances)	PT, L
Mesures de santé publique	Contrôle et confinement des éclosions	Traiter les cas et leurs contacts conformément aux recommandations de l'Annexe M (Mesures de santé publique) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas isolés</li> <li>• Quarantaine ou restriction des activités des contacts</li> </ul>	F, PT, L
		Évaluer les interventions et réviser les recommandations, au besoin	F, PT
		Intégrer les recommandations nationales pour les cas d'isolement à l'échelle locale	PT, L
		Recourir à des ordonnances d'isolement, au besoin	F, PT
		Examiner et, au besoin, mettre à jour, puis diffuser les recommandations nationales concernant les stratégies de confinement (c.-à-d., l'annulation des rassemblements publics, la fermeture d'écoles) conformément à l'Annexe M (Mesures de santé publique)	PT, L
		Vérifier et surveiller le respect des recommandations de confinement	L
		Élaborer ou mettre à jour du matériel didactique à l'intention du grand public et des fournisseurs de soins de santé au gré de l'évolution de la pandémie	F, PT, L
Communications		Conformément à l'Annexe K (Communications)	

<b>Phases 4.2 et 5.2 au Canada</b>	Des grappes de cas localisées comportant une transmission interhumaine limitée sont observées au Canada, mais la propagation est localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas encore bien adapté à l'homme ou qu'il n'est pas entièrement transmissible		
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Pour la phase 4.2 – voir les mesures prévues dans le cadre de la phase 4.0	F (Resp. : ASPC) F (Resp. : ASPC)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envisager de dépêcher un agent de liaison aux CDC (et vice versa)</li> <li>▪ Recourir à des ordonnances d'isolement, au besoin, dans les secteurs de compétence fédérale</li> </ul>	
		Pour la phase 5.2 – voir les mesures prévues dans le cadre de la phase 5.1	

### 6.3 Période pandémique

<b>Phase 6.0 au Canada</b>	À l'extérieur du Canada, une transmission accrue et soutenue dans la population générale a été observée (c.-à-d., une activité pandémique). Aucun cas n'a été détecté au Canada		
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Collecte, compilation et diffusion rapides des données épidémiologiques et cliniques	Vérifier les données épidémiologiques internationales et l'évaluation courante des risques auprès des sources officielles	F (Resp. : ASPC)
		Réviser les définitions de cas à la lumière de l'évaluation internationale des signes cliniques observés chez les cas	F (Resp. : ASPC)
		Distribuer les formulaires de collecte des données et les instructions et protocoles liés à l'entrée des données dans la base de données, si cela n'a pas été fait	F, PT (Resp. : ASPC)
		Suivre les nouvelles recommandations quant à un éventuel changement de l'approche au profit de la déclaration des données regroupées	F, PT (Resp. : ASPC)
		Examiner les protocoles d'études spéciales et préparer des équipes spécialisées, au besoin, pour assurer le lancement rapide des études, s'il y a lieu	F, PT, L (Resp. : IRSC ou autre ONG)
Programmes de vaccination	Mise au point d'un vaccin	Participer d'une manière soutenue aux travaux de mise au point, d'essai et de production du vaccin	F (Resp. : ASPC, DGPSA, fabricants)

<p>À l'extérieur du Canada, une transmission accrue et soutenue dans la population générale a été observée (c.-à-d., une activité pandémique). Aucun cas n'a été détecté au Canada</p>			
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
	Préparation/ Mise en place de cliniques de vaccination massive	Examiner et, au besoin, modifier la liste des groupes prioritaires recommandés aux fins de la vaccination en fonction des données épidémiologiques disponibles	F, PT (Resp. : CPI)
		Modifier ou corriger la liste nationale des groupes prioritaires en fonction des circonstances locales	PT, L
		Modifier ou améliorer, au besoin, d'autres aspects des lignes directrices fédérales en vue de leur application à l'échelle des PT et locale	PT, L
		Examiner et, au besoin, modifier les plans de protection des vaccins (c.-à-d., lors de leur transport, de leur entreposage et de leur administration clinique)	PT, L
		Lorsque le vaccin sera disponible	
		• Coordonner l'achat des vaccins à l'échelle nationale	F, PT (Resp. : TPSGC) PT, L
		• Mettre en place les capacités des cliniques de vaccination	PT, L
		• Mettre en œuvre un processus de surveillance simplifiée des EVAV, en collaboration avec l'ASPC	F, PT, L (Resp. : ASPC)
		• Prendre des dispositions pour expédier le vaccin directement aux districts de santé	F (Resp. : TPSGC)
	• Communiquer avec les autorités frontalières (autres PT et É.-U.) pour faire connaître le plan de distribution du vaccin et coordonner les efforts autant que possible	F, PT, L	
Antiviraux	Utilisation stratégique et contrôlée des antiviraux	Examiner et, au besoin, réviser les recommandations nationales concernant l'utilisation des antiviraux en fonction des données épidémiologiques disponibles	F, PT (Resp. : CPI)

<b>Phase 6.0 au Canada</b>		À l'extérieur du Canada, une transmission accrue et soutenue dans la population générale a été observée (c.-à-d., une activité pandémique). Aucun cas n'a été détecté au Canada	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Services de santé	Utilisation de pratiques optimales de contrôle de l'infection  Préparation à une demande accrue de services de soins de santé	Examiner les recommandations et les pratiques concernant le contrôle de l'infection et la santé au travail et les modifier, au besoin	F, P/T (Resp. : ASPC)
		Examiner les protocoles et les lignes directrices concernant l'établissement des priorités des services de laboratoire en période de forte demande de services et de pénurie de personnel et de fournitures	PT, L
		Examiner les mécanismes pour coordonner le transport des patients et le suivi et la gestion des lits, p. ex., un registre central des lits, des centres d'appel et un centre d'acheminement des ambulances	PT, L
		Déterminer des sources de recrutement d'effectifs supplémentaires de travailleurs de la santé et de bénévoles, c.-à-d., organisations de mesures d'urgence et ONG (Croix-Rouge, Ambulance Saint-Jean) et former ces derniers	F, PT, L (Resp. : ASPC)
		Obtenir les fournitures supplémentaires requises pour assurer la prestation de soins médicaux dans des lieux non traditionnels	PT, L
Mesures de santé publique	Préparation de la mise en œuvre des mesures de santé publique	Conformément aux phases 4.0 et 5.0	
		Examiner les recommandations nationales présentées dans l'Annexe M (Mesures de santé publique) concernant la prise en charge des cas dans le contexte de la santé publique, de même que les autres mesures de contrôle et, au besoin, les modifier	F, PT, L
		Veiller à ce qu'il y ait suffisamment de ressources pour mettre en œuvre les mesures de santé publique recommandées, y compris l'isolement des cas	PT, L

<b>Phase 6.0 au Canada</b>			
À l'extérieur du Canada, une transmission accrue et soutenue dans la population générale a été observée (c.-à-d., une activité pandémique). Aucun cas n'a été détecté au Canada			
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		Préparer et, au besoin, réviser le matériel didactique à l'intention des partenaires de la santé publique (notamment les ministères PT de la santé et les services de santé locaux qui seront les intervenants de première ligne pour les mesures de prévention et de contrôle) et du grand public; certains documents s'adressant au grand public devraient mettre l'accent sur le contrôle des infections chez soi, dans les écoles et dans les lieux de travail	F, PT, L
Communications		Conformément à l'Annexe K (Communications)	
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Conformément à la phase 5.1	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que les ressources de la RNS puissent être déployées</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer des sources de recrutement d'effectifs supplémentaires de travailleurs de la santé et de bénévoles (ONG) et former ces derniers</li> </ul>	

<b>Phases 6.1 et 6.2 au Canada</b>			
Virus pandémique détecté au Canada (Phase 6.1 – cas isolés, Phase 6.2 – activité localisée ou étendue du virus)			
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Collecte, compilation et diffusion rapides des données épidémiologiques et cliniques	6.1 : Confirmer que le spectre clinique de la maladie (selon les avis des spécialistes locaux) correspond à celui observé à l'échelle internationale (réviser les définitions de cas, au besoin)	F, PT, L
		6.2 : Revenir à la surveillance simplifiée	F, PT (Resp. : ASPC)
		6.2 : Lancer les études spéciales prévues pour ces phases	F, PT, L (Resp. : éventuellement ASPC, CPI et/ou IRSC)
	Suivi de l'évolution de la pandémie	6.2 : Lorsque les indicateurs font état d'une diminution apparente de l'activité (c.-à-d., fin d'une vague pandémique)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer la nécessité d'exercer une surveillance soutenue tant aux fins de la consignation des données sur la première vague que de la détection des nouveaux cas ou des nouvelles éclosions</li> </ul>	F, PT, L (Resp. : CPI)

<b>Phases 6.1 et 6.2 au Canada</b>		Virus pandémique détecté au Canada (Phase 6.1 – cas isolés, Phase 6.2 – activité localisée ou étendue du virus)	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Programmes de vaccination	Mise au point d'un vaccin	Conformément à la phase 6.0 (c.-à-d., si non terminé avant la phase 6.1 ou 6.2)	F (Resp. : ASPC, DGPSA, fabricants)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Participer d'une manière soutenue aux travaux de mise au point, d'essai et de production du vaccin</li> </ul>	
	Préparation/ mise en place de cliniques de vaccination massive	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner et, au besoin, modifier la liste des groupes prioritaires recommandés aux fins de la vaccination en fonction des données épidémiologiques disponibles</li> </ul>	F, PT (Resp. : CPI)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Modifier ou corriger la liste nationale des groupes prioritaires en fonction des circonstances locales</li> </ul>	PT, L
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Modifier ou améliorer d'autres aspects des lignes directrices fédérales, au besoin, en vue de leur application à l'échelle des PT et locale</li> </ul>	PT, L
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner et, au besoin, modifier les plans de protection des vaccins (c.-à-d., lors de leur transport, de leur entreposage et de leur administration clinique)</li> </ul>	PT, L
		Conformément à la phase 6.0, lorsque le vaccin sera disponible	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner l'achat des vaccins à l'échelle nationale</li> </ul>	F, PT (Resp. : ASPC)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place les capacités des cliniques de vaccination</li> </ul>	PT, L
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre un processus de surveillance simplifiée des ESSI, en collaboration avec l'ASPC</li> </ul>	F, PT, L (Resp. : ASPC)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre des dispositions pour expédier le vaccin directement aux districts de santé</li> </ul>		F (Resp. : TPSGC)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Communiquer avec les autorités frontalières (autres PT et É.-U.) pour faire connaître le plan de distribution du vaccin et coordonner les efforts autant que possible</li> </ul>	F, PT, L		

<b>Phases 6.1 et 6.2 au Canada</b>		Virus pandémique détecté au Canada (Phase 6.1 – cas isolés, Phase 6.2 – activité localisée ou étendue du virus)	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Antiviraux	Utilisation stratégique et contrôlée des antiviraux	Si non terminé dans le cadre de la phase 6.0, examiner et, au besoin, réviser les recommandations nationales concernant l'utilisation des antiviraux en fonction des données épidémiologiques disponibles	F, PT (Resp. : CGP)
		Selon les données épidémiologiques locales et des fournitures disponibles, administrer les antiviraux et la prophylaxie selon la stratégie antivirale	F, PT, L
		Communiquer avec les autorités frontalières pour faire connaître le plan de distribution du vaccin	F, PT, L
		Si des antiviraux sont utilisés, veiller à ce que les intervenants soient au courant des modalités de notification des effets indésirables des médicaments	F, PT (Resp. : DGPSA)
		Surveiller la résistance aux médicaments	F, PT, L (Resp. : LNM)
Services de santé	Gestion de la demande accrue de services de soins de santé	Mesures prévues dans le cadre de la phase 6.2, essentiellement :	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre les protocoles et les lignes directrices concernant l'établissement des priorités des services de laboratoire en période de forte demande de services et de pénurie de personnel et de fournitures</li> </ul>	PT, L
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre des mécanismes pour coordonner le transport des patients et le suivi et la gestion des lits, p. ex., un registre central des lits, des centres d'appel et un centre d'acheminement des ambulances</li> </ul>	PT, L
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accéder aux sources de recrutement d'effectifs supplémentaires de travailleurs de la santé et de bénévoles, c.-à-d., organisations de mesures d'urgence et ONG (Croix-Rouge, Ambulance Saint-Jean)</li> </ul>	F, PT, L (Resp. : ASPC)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir les fournitures supplémentaires requises pour assurer la prestation de soins médicaux dans des lieux non traditionnels et mettre en place des installations de soins non traditionnelles, au besoin</li> </ul>	PT, L

Phases 6.1 et 6.2 au Canada		Virus pandémique détecté au Canada (Phase 6.1 – cas isolés, Phase 6.2 – activité localisée ou étendue du virus)	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner les activités de prestation de soins cliniques et de services de santé avec les autorités frontalières pour éviter la migration vers des centres perçus comme offrant des services améliorés</li> </ul>	PT, L
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer la capacité des services funéraires et d'inhumation, ainsi que des services sociaux et psychologiques pour les familles des victimes; établir d'autres installations de soins pour la prestation des services, au besoin</li> </ul>	PT, L
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveiller les stocks nationaux de médicaments, ainsi que les stocks de fournitures et de matériel médicaux nécessaires, notamment des ventilateurs, de l'oxygène, etc. Envisager des stratégies pour réduire les risques de pénurie</li> </ul>	PT, L
		Lorsqu'il y a diminution apparente de l'activité (c.-à-d., fin d'une vague pandémique)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer l'inventaire, les conséquences de la première vague, commander de nouvelles fournitures et effectuer une rotation du personnel afin d'éviter le surmenage, dans tous les services de soins de santé (y compris les services funéraires)</li> </ul>	PT, L
Mesures de santé publique	Mise en œuvre des mesures de santé publique	Gestion des cas et de leurs contacts, conformément à l'Annexe M (Mesures de santé publique) pour les phases 6.1 et 6.2	F, PT, L
		Abandonner l'utilisation de la stratégie de mise en quarantaine, si elle était utilisée	F, PT, L
		Orienter l'action vers l'autogestion de la santé et l'autosurveillance, au fur et à mesure que le nombre de cas augmente, et diffuser, en parallèle, un plus grand nombre de messages de sensibilisation de la population	F, PT, L
		Exécuter les recommandations nationales concernant les stratégies de contrôle (c.-à-d., l'annulation des rassemblements publics, la fermeture d'écoles)	PT, L

<b>Phases 6.1 et 6.2 au Canada</b>		Virus pandémique détecté au Canada (Phase 6.1 – cas isolés, Phase 6.2 – activité localisée ou étendue du virus)	
Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Communications		Conformément à l'Annexe K (Communications)	
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Pour la phase 6.1, conformément à la phase 6.0 et	
		• Envisager de déclarer une urgence en santé publique (selon la <i>Loi sur les mesures d'urgence</i> )	F
		• Surveiller les stocks nationaux. Envisager des stratégies pour réduire les risques de pénurie	F (Resp. : ASPC)
		• Abandonner les stratégies frontalières	F (Resp. : ASPC)
		• Effectuer une analyse des prévisions	F (Resp. : ASPC)
		• Définir le spectre clinique de la maladie	F
		• Examiner le plan concernant les établissements de masse	F, PT, L
		• Examiner la politique de répartition des ressources	F (Resp. : ASPC)
		• Attribuer les ressources médicales et les autres ressources	F, PT, L
		• Accéder aux sources de recrutement d'effectifs supplémentaires de travailleurs de la santé et de bénévoles	F, PT, L
		Pour la phase 6.2, conformément à la phase 6.1 et	
		• Surveiller et adapter	F, PT, L
		• Conseiller et aider les PT pour l'établissement et l'exploitation de cliniques et de lieux non traditionnels	F (Resp. : ASPC)
		• Déployer les équipes d'intervention d'une manière stratégique pour optimiser les résultats	F (Resp. : ASPC)
		• Maintenir les consultations avec les partenaires du secteur de la santé	F, PT, L
		• Planifier la relève en cas de maladie chez les membres de l'équipe d'urgence	F, PT, L
		• Planifier les besoins en ressources financières d'urgence	F, PT, L
		• Évaluer l'augmentation de la demande de services de soins de santé	F, PT, L

## 6.4 Période postpandémique

Les mesures suivantes, qui concernent la période postpandémique, ont été maintenues dans la présente section du Plan en attendant la mise au point finale de la section sur le rétablissement (prévue pour la prochaine édition du Plan).

Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Surveillance	Examen, évaluation et reprise des activités habituelles	Reprendre les activités habituelles de laboratoire et de surveillance des maladies	F, PT, L
		Évaluer le fardeau de la maladie lors des périodes d'éclosion	F, PT
		Évaluer la surveillance exercée durant la pandémie et faire des recommandations visant des améliorations	F, PT
Programmes de vaccination	Examen, évaluation et reprise des programmes habituels	Faire des recommandations concernant les mesures courantes de prévention et de contrôle, y compris des recommandations concernant les vaccins	F, PT (Resp. : CPI / CCNI)
		Si un vaccin était disponible et a été administré au cours des phases précédentes	
		Élargir les programmes de vaccination aux groupes de la population qui n'ont pas encore été vaccinés	PT, L
		Résumer et faire rapport de la couverture vaccinale (une et/ou deux doses) et des données sur les ESSI	F, PT, L
		Examiner l'efficacité du vaccin	F, PT (Resp. : CPI / CCNI)
		Examiner et, au besoin, réviser les lignes directrices et/ou les protocoles suivis lors des campagnes de vaccination massive	PT, L
Antiviraux	Examen et évaluation	Effectuer une évaluation de l'inventaire et la surveillance continue de la disponibilité des antiviraux	F, PT (Resp. : ASPC)
		Évaluer l'efficacité de l'utilisation stratégique des antiviraux (au Canada et/ou d'après les rapports internationaux)	F, PT (Resp. : CPI)
		Résumer et communiquer les données sur la résistance aux antiviraux	F (Resp. : LNM)
		Résumer et communiquer les données sur les effets indésirables des médicaments	F (Resp. : DGPSA)
		Faire des recommandations concernant l'utilisation stratégique des antiviraux durant une pandémie en fonction des leçons tirées au Canada et à l'échelle internationale	F, PT (Resp. : CPI)

Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
Services de santé	Examen, évaluation et reprise des activités habituelles	Examiner et mettre en œuvre les plans et les lignes directrices concernant le suivi et le rétablissement	PT, L
		Examiner et (au besoin) réviser les lignes directrices sur la gestion clinique	F, PT (Resp. : CPI)
		Examiner et (au besoin) réviser les lignes directrices de contrôle de l'infection	F, PT (Resp. : CPI)
		Examiner et (au besoin) réviser les lignes directrices relatives à la gestion d'un grand nombre de décès (s'il y a lieu)	F, PT (Resp. : CPI)
		Fermer les « autres installations » ou réduire l'utilisation des « installations d'appoint »	PT, L
		Reconstituer les stocks de fournitures de laboratoire et reprendre les services de laboratoire habituels	F, PT, L
		Établir les prévisions des besoins futurs des laboratoires (c.-à-d., ressources humaines et matérielles, y compris les trousse d'épreuve, etc.)	F, PT
		Résumer et évaluer l'utilisation des services sociaux et psychologiques offerts aux familles des victimes, et communiquer les résultats	PT, L
		Surveiller les stocks nationaux de médicaments, ainsi que les stocks de fournitures et de matériel médicaux nécessaires, notamment des ventilateurs, de l'oxygène, etc. Envisager des stratégies pour réduire les risques de pénurie lors de la prochaine vague ou pandémie	F, PT, L
Mesures de santé publique	Examen, évaluation et reprise des programmes habituels	Examiner et (au besoin) réviser les lignes directrices relatives à la gestion de la santé publique	F, PT (Resp. : CPI)
		Consigner par écrit les leçons tirées et communiquer les résultats	F, PT, L
		Mettre à jour le matériel didactique	F, PT, L
		Reprendre les activités et les programmes courants de santé publique	F, PT, L
		Promouvoir la vaccination contre l'influenza et les autres infections secondaires observées durant la pandémie (si cette mesure est pertinente et applicable)	PT, L
		Distribuer toutes les lignes directrices révisées aux intervenants concernés	F, PT, L
		Évaluer l'efficacité des mesures de santé publique (p. ex., fermeture d'écoles et d'autres établissements)	F, PT, L

Composante	Objectif	Mesures à prendre	Niveau d'intervention
		Faire des recommandations concernant les mesures courantes de prévention et de contrôle, y compris des recommandations concernant toute mesure de contrôle autre que la vaccination et l'administration d'antiviraux	F, PT (Resp. : CPI)
		Indiquer les leçons tirées par nous-mêmes et par la population, et se préparer en prévision de la prochaine pandémie de maladie infectieuse	F, PT, L
Communications		Conformément à l'Annexe K (Communications)	
Gestion et coordination des interventions d'urgence		Évaluer les leçons apprises	F, PT, L
		Évaluer les conséquences	F, PT, L
		Mettre les plans à jour	F, PT, L
		Reconstituer les stocks de fournitures et de matériel	F, PT, L
		Mettre en œuvre des mesures de rétablissement, au besoin	F, PT, L
		Mettre à jour le matériel didactique	F, PT, L



# Table des matières

## Annexes





<b>Annexes :</b>	<b>Onglet</b>
<b>A :</b> Listes de contrôle aux fins de la planification. . . . .	A
<b>B :</b> Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves. . . . .	B
<b>C :</b> Lignes directrices à l'intention des laboratoires en cas de pandémie d'influenza. . . . .	C
<b>D :</b> Préparation de l'intervention axée sur la vaccination en cas de pandémie . . . . .	D
<b>E :</b> Recommandations sur la planification de l'utilisation des médicaments antigrippaux (antiviraux) au Canada durant une pandémie . . . . .	E
<b>F :</b> Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels. . . . .	F
<b>G :</b> Mesures et lignes directrices relatives aux soins cliniques . . . . .	G
<b>H :</b> Lignes directrices sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé durant une pandémie d'influenza. . . . .	H
<b>I :</b> Lignes directrices sur la gestion des décès de masse durant une pandémie d'influenza . . . . .	I
<b>J :</b> Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels . . . . .	J
<b>K :</b> Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : Annexe sur les communications . . . . .	K
<b>L :</b> Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence . . . . .	L
<b>M :</b> Lignes directrices sur les mesures de santé publique. . . . .	M
<b>N :</b> Lignes directrices pour la surveillance de la pandémie d'influenza . . . . .	N
<b>O :</b> Le rôle des services sociaux d'urgence dans la planification en cas de pandémie de grippe au Canada . . . . .	O
Glossaire des termes et acronymes . . . . .	O



# Listes de contrôle aux fins de la planification

**Date de la version la plus récente : octobre 2006**

Sommaire des changements d'importance :

- Cette annexe est nouvelle; le contenu de ce document se retrouvait précédemment dans la section « Préparation » du plan.
- Aucun changement d'importance n'a été apporté au contenu.



# Table des matières

1.0	Introduction .....	3
1.1	Surveillance .....	3
1.2	Programmes de vaccination .....	4
1.3	Antiviraux .....	5
1.4	Planification et interventions des services de santé en cas d'urgence .....	6
1.5	Mesures de santé publique .....	7
1.6	Communications .....	7
2.0	Activités de coordination et d'intervention en cas d'urgence :	
	Liste de contrôle des provinces et territoires .....	8



## 1.0 Introduction

La planification en vue d'une pandémie consiste à déterminer quelles activités sont nécessaires à la gestion optimale de chaque stade de la pandémie. La présente annexe contient une liste préliminaire des activités visant à faciliter la planification à l'échelle provinciale et territoriale (PT) et locale. Ces listes de contrôle devront être revues périodiquement et mises à jour à mesure que les activités sont réalisées. Les activités de planification doivent être exécutées durant la période interpandémique (c.-à-d., phases 1 et 2 de l'OMS) en sachant que, si une nouvelle souche est détectée ou si une alerte pandémique est déclenchée, ces activités devront être modifiées et adaptées en fonction de la situation.

Les activités ont été regroupées dans la présente annexe selon les éléments du Plan ci-dessous :

- Surveillance
- Programmes de vaccination
- Antiviraux
- Planification et interventions des services de santé en cas d'urgence
- Mesures de santé publique
- Communications

La liste pour l'élément Services d'urgence, retiré du Plan, a été conservée aux fins de consultation. Elle figure après l'élément Communications dans la présente annexe.

Un grand nombre de ces activités ainsi que des activités et responsabilités fédérales connexes ont été analysées par les différents groupes de travail sur la planification en cas de pandémie. Veuillez consulter les sections Introduction et Contexte pour de plus amples renseignements sur ces rôles et responsabilités.

## 1.1 Surveillance

- Améliorer la surveillance axée sur les maladies en collaboration avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC); cette activité comprend les améliorations du système actuel et la considération d'autres améliorations (p. ex., surveillance des salles d'urgence et surveillance en temps réel de la mortalité due à l'influenza).
- Améliorer la capacité de surveillance virologique en faisant en sorte qu'au moins un laboratoire au sein de la province ou du territoire ait la capacité d'isoler et de sous-typer les virus de l'influenza.
- Établir des liens avec les responsables de la surveillance de l'influenza porcine et aviaire dans les PT.
- Élaborer et diffuser des protocoles ou des lignes directrices en vue de fixer les priorités des services de laboratoire durant les périodes d'augmentation de la demande de services et de pénurie de personnel et de ressources.

- Élaborer et améliorer les mécanismes de communication en vue de la transmission rapide et opportune des données de surveillance entre les provinces et les territoires, le CPCMI et les intervenants locaux.
- Évaluer comment des études spéciales, définies de concert avec le CPCMI, peuvent être entreprises dans votre champ de compétence.
- Déterminer les données à collecter et la marche à suivre pour ce faire (afin de faciliter l'évaluation des activités de surveillance durant la période postpandémique, notamment sur le plan socioéconomique).

## 1.2 Programmes de vaccination

- Augmenter les taux de couverture vaccinale annuelle contre l'influenza dans les groupes à risque élevé recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), particulièrement ceux où le taux de couverture est faible.
- Augmenter les taux de couverture vaccinale annuelle contre l'influenza chez les travailleurs de la santé et les travailleurs des services essentiels.
- Augmenter les taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque dans les groupes à risque élevé recommandés par le CCNI (afin de réduire l'incidence et la gravité des cas de pneumonie bactérienne secondaire).
- Considérer la possibilité de permettre aux provinces et aux territoires de modifier ou de préciser davantage les groupes prioritaires à l'échelle nationale, selon les circonstances locales. Par exemple, il est possible que l'absence d'un groupe précis de personnes dans une province ou un territoire donné entraîne des conséquences graves pour la sécurité publique ou perturbe les services communautaires essentiels (p. ex., opérateurs de centrales électriques, contrôleurs aériens des grands aéroports, personnes assurant le fonctionnement des principaux réseaux de télécommunications et réseaux électriques).
- Modifier et améliorer tout autre aspect des lignes directrices fédérales, si nécessaire, en vue de leur exécution à l'échelle PT et locale.
- Élaborer des plans d'urgence relatifs à l'entreposage, à la distribution et à l'administration du vaccin antigrippal destiné aux groupes prioritaires à l'échelle nationale par les services de santé publique et les autres intervenants. Ces plans doivent notamment comprendre les éléments suivants :
  - capacité de séances de vaccination de masse dans les PT;
  - lieu des séances de vaccination (p. ex., sites centraux, pharmacies, lieux de travail);
  - capacité d'entreposage de vaccins (c.-à-d., déterminer les dépôts d'urgence existants et potentiels);
  - nombre de personnes nécessaires au bon déroulement des séances de vaccination;
  - plans de déploiement du personnel d'autres secteurs, tant de la santé publique que d'ailleurs, pour aider à l'immunisation;
  - avancement des discussions avec les organisations professionnelles et les syndicats au sujet des tâches qui ne figurent pas dans les descriptions de travail, mais qui devront être exécutées en cas de pandémie;
  - plans de formation pour le personnel déployé;

- mesures à prendre pour empêcher la distribution du vaccin aux personnes autres que celles à vacciner en priorité.
- Envisager la constitution d'une réserve de seringues et d'autres fournitures cliniques de vaccination.
- Déterminer comment consigner par écrit l'administration du vaccin et définir les procédures de rappel et de tenue des dossiers d'un programme de vaccination à deux doses.
- Déterminer le nombre de personnes dans chaque province et territoire qui appartiennent à chaque groupe à vacciner en priorité (p. ex., groupes à risque, travailleurs de la santé, travailleurs des services d'urgence, groupes d'âge précis).
- Vérifier la capacité des fournisseurs d'expédier directement les vaccins aux districts de santé.
- Élaborer des plans pour assurer la sécurité des vaccins :
  - durant le transport;
  - durant l'entreposage;
  - durant les séances de vaccination.
- S'assurer que les autorités législatives appropriées sont en place pour permettre la mise en œuvre des principaux éléments d'un plan proposé de distribution. (Par exemple, est-ce que les lois PT permettront aux bénévoles non accrédités d'administrer le vaccin antigrippal? Ou est-ce que les lois PT permettront la vaccination « obligatoire » de certains groupes si elle est jugée comme un service public essentiel par les autorités PT de santé publique?)
- Coordonner les plans proposés de distribution des vaccins avec les provinces et territoires voisins.
- En collaboration avec le CPCMI, améliorer la surveillance des événements indésirables liés aux vaccins.
- Déterminer les données à collecter et la marche à suivre pour ce faire (afin de faciliter l'évaluation des activités du programme de vaccination antigrippale durant la période postpandémique, notamment sur le plan socioéconomique).
- Examiner les plans de façon périodique et les modifier au besoin.

### **1.3 Antiviraux**

- Estimer la quantité d'antiviraux nécessaires pour mettre en œuvre une stratégie antivirale nationale dans son champ de compétence.
- Vérifier de façon périodique si la Réserve nationale d'antiviraux est adéquate.
- Informer les intervenants des plans de mise en œuvre de la stratégie antivirale (y compris des fournitures et des utilisations prévues).
- Modifier et améliorer les conseils offerts par le Groupe de travail sur les antiviraux, si nécessaire, en vue de leur mise en application à l'échelle PT et locale (p. ex., plan de distribution des antiviraux disponibles).
- Déterminer comment les réserves de médicaments seront constituées, surveillées (p. ex., essais de stabilité) et distribuées.

- Déterminer les données à collecter et la marche à suivre pour ce faire (afin de faciliter l'évaluation des activités d'intervention antivirale durant la période postpandémique, notamment sur le plan socioéconomique).

## **1.4 Planification et interventions des services de santé en cas d'urgence**

- Élaborer des lignes directrices PT (modifier les lignes directrices fédérales) relatives à l'établissement des priorités en matière de soins de santé et de services, à l'accès aux ressources et à la mise en œuvre des mesures de lutte contre l'infection durant une pandémie.
- S'assurer que les questions relatives aux responsabilités, aux assurances et aux permis temporaires des travailleurs de la santé (TS) et des bénévoles actifs et retraités sont abordées par les organes PT d'attribution des permis. Définir la gamme de soins qui peuvent être dispensés par les TS et les bénévoles en vertu des lois PT et des conventions collectives.
- Acheter en gros et constituer des réserves de fournitures médicales additionnelles. Explorer les façons possibles de constituer des réserves de fournitures médicales additionnelles et déterminer les sources potentielles de fournitures additionnelles.
- Établir des mécanismes pour assurer la coordination du transport des patients ainsi que le suivi et la gestion des lits (p. ex., registre central des lits, centre d'appels, centre de répartition des ambulances).
- Mettre au point des plans détaillés à l'échelle des régions et des établissements pour déterminer la prestation de services de santé durant une pandémie, notamment le type de soins à administrer selon l'établissement et la procédure de triage. Déterminer les besoins en matière de ressources humaines, matérielles et financières et évaluer les priorités relatives aux soins des patients.
- Évaluer la capacité du personnel de santé disponible : estimer le nombre de TS par type (p. ex., médecin, infirmière, inhalothérapeute, technicien en radiologie, etc.) et par lieu de travail (p. ex., hôpital, collectivité, établissement de soins de longue durée, milieu paramédical) ainsi que le nombre de TS non actifs (retraités).
- Déterminer les sources potentielles de TS et de bénévoles additionnels et incorporer les organisations des mesures d'urgence et les ONG (Croix-Rouge, Ambulance Saint-Jean) dans la planification en cas de pandémie.
- Déterminer le nombre d'établissements de santé de chaque type et évaluer leur capacité (p. ex., lits d'hôpitaux, lits des unités de soins intensifs, lits tampons, services d'urgence, capacités de ventilation, réserves d'oxygène et d'antibiotiques).
- Cerner des sites non traditionnels potentiels et les organisations « mères » qui en sont responsables, pourvu qu'elles respectent les critères de l'Annexe F, Lignes directrices pour la lutte contre l'infection et la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les milieux de soins traditionnels et non traditionnels. Les sites potentiels comprennent notamment les abris, les écoles, les gymnases, les centres de soins infirmiers et les garderies.
- Déterminer les sources des fournitures additionnelles nécessaires pour dispenser des soins de santé dans ces sites non traditionnels.
- Déterminer la capacité des services funéraires et mortuaires ainsi que des services sociaux et psychologiques afin de répondre aux besoins des familles des victimes.

- Coordonner les soins cliniques et les plans des services de santé avec les provinces et territoires voisins afin de prévenir toute migration vers les centres où l'on pourrait croire que les services offerts sont meilleurs.
- Élaborer des plans et des lignes directrices concernant le suivi et le rétablissement.
- S'assurer que les lignes directrices sont distribuées aux autorités régionales et locales.
- Déterminer les données à collecter et la marche à suivre pour ce faire (afin de faciliter l'évaluation de l'impact d'une pandémie dans les services de santé durant la période postpandémique, notamment sur le plan socioéconomique).
- Examiner les plans de façon périodique et les modifier au besoin.

## **1.5 Mesures de santé publique**

- Coordonner les stratégies d'éducation des professionnels et du public pour chaque phase.
- Déterminer les besoins en matière de dotation de personnel et de ressources pour la gestion des cas et des contacts dans votre champ de compétence durant la période d'alerte pandémique et la période pandémique.
- Donner une formation au personnel qui pourrait être appelé à intervenir face à la pandémie et déterminer quels sont les autres programmes de santé publique essentiels ou obligatoires à maintenir, et comment s'y prendre, dans l'éventualité d'une pandémie.
- Élaborer des protocoles de gestion des cas et des contacts, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre des programmes antiviraux et des mesures communautaires de quarantaine et d'isolement.
- Élaborer des protocoles de fermeture des écoles et d'annulation, ou de limitation, des rassemblements publics.
- Déterminer comment les modifications dans la gestion des cas et des contacts et dans les mesures communautaires de lutte seront mises en œuvre et communiquées au public et aux intervenants en cas de pandémie.
- Faire participer les intervenants communautaires (p. ex., commissions et conseils scolaires, commerces) au processus de planification des mesures communautaires de lutte.
- Évaluer comment les mesures aux frontières peuvent influencer sur votre champ de compétence et informer et consulter les intervenants (p. ex., aéroports) au sujet de la planification de la coordination de ces mesures.
- Évaluer comment les mesures visant à limiter la propagation d'un nouveau virus émergent dans une collectivité, y compris le « dépistage à la sortie » (si nécessaire), pourraient être exécutées à différentes échelles (p. ex., municipalité, centre urbain, région, province ou territoire) dans votre champ de compétence.

## **1.6 Communications**

(Voir la grille présentée à l'Annexe K, Communications)

## **2.0 Activités de coordination et d'intervention en cas d'urgence : Liste de contrôle des provinces et territoires**

- Déterminer les avantages de déclarer une urgence PT durant une pandémie.
- Élaborer des plans d'urgence pour répondre aux besoins essentiels (p. ex., alimentaires, médicaux) des personnes confinées à domicile, que ce soit par choix ou sur l'ordonnance des autorités de santé PT ou locales.
- Assurer la communication entre les ministères PT de la Santé et les organisations d'intervention en cas d'urgence ainsi qu'avec les autres ministères et services PT pouvant être touchés par une pandémie.
- Estimer, à l'intérieur de chaque province et territoire, le nombre nécessaire de travailleurs des services d'urgence essentiels en cas de pandémie, à savoir : agents de police, pompiers, agents de correction, militaires, services funéraires, services publics, télécommunications et autorités FPT et locales (p. ex., chefs politiques, chefs d'équipes d'intervention).
- Cerner le personnel militaire et les organismes bénévoles qui aideraient à lutter contre une pandémie.
- Établir la liste des services communautaires essentiels (et des travailleurs connexes) dont l'absence compromettrait gravement la sécurité publique ou nuirait considérablement aux interventions face à la pandémie.
- Élaborer des plans d'urgence pour appuyer ces services et/ou fournir du personnel de remplacement.
  - Le personnel de remplacement peut être tiré de listes d'employés retraités et/ou d'employés de l'État ou du secteur privé possédant l'expertise appropriée.
  - Le personnel essentiel des secteurs autres que celui de la santé devrait aussi être considéré comme des candidats prioritaires à la vaccination et/ou à la chimioprophylaxie.
- Effectuer des évaluations environnementales de la capacité de réaction des hôpitaux, des sites non traditionnels et des autres établissements, notamment en ce qui a trait à la ventilation, aux sources d'eau, etc.
- Élaborer des plans et des lignes directrices pour le rétablissement après l'événement.
- Déterminer les données à collecter et la marche à suivre pour ce faire (afin de faciliter l'évaluation de l'intervention en cas d'urgence durant la période postpandémique, notamment sur le plan socioéconomique).
- Procéder à des exercices de simulation.

# Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de l'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves

**Date de la version la plus récente : juin 2005**

Cette annexe est en voie de révision.

Sommaire des changements d'importance :

*La version révisée reflètera les points suivants :*

- Une clarification des rôles et responsabilités à la suite d'une réunion des ministres de la santé FPT;
- Les progrès réalisés par les collectivités des Premières nations concernant la planification pour la pandémie de l'influenza;
- La participation de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits dans de nouveaux aspects de la planification pour la pandémie de l'influenza;
- La participation des organisations autochtones nationales et provinciales dans la planification pour la pandémie de l'influenza.

*Remarque : La Direction de la santé des Premières nations et des Inuits entreprendra les consultations nécessaires afin d'effectuer la révision de cette annexe.*



# Table des matières

1.0	Introduction .....	3
2.0	Situation actuelle.....	3
3.0	Questions à régler.....	4
4.0	Prochaines étapes.....	5
5.0	Conclusion.....	10



## 1.0 Introduction

Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza fournit un cadre visant à orienter la planification dans toutes les administrations du Canada, y compris les collectivités des Premières nations (PN) vivant dans les réserves<sup>1</sup>. L'annexe B du Plan a été élaborée à la demande du Comité sur la pandémie de l'influenza à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada dans le but d'aborder certaines questions associées à la planification de la lutte contre la pandémie de grippe dans les collectivités des PN.

L'annexe B donne un aperçu de certaines activités clés nécessaires pour assurer une planification suffisante en cas de pandémie de grippe dans les collectivités des PN vivant dans les réserves; elle donne également une définition des responsabilités et des rôles respectifs des diverses administrations.

La planification de la lutte contre la pandémie de grippe pour les membres des PN vivant dans les réserves doit être intégrée à un système de planification homogène à l'échelle des administrations du Canada.

L'annexe B a fait l'objet d'une vaste consultation de la part des principaux intervenants. On a demandé les commentaires sur l'ébauche du document au personnel régional de santé publique de la DGSPNI (y compris aux médecins et au personnel infirmier), aux membres du Comité FPT de la grippe pandémique, au Centre de mesures et d'interventions d'urgence, Agence de la santé publique du Canada, à l'Assemblée des Premières nations et à l'Organisation nationale de la santé autochtone. Le document a été modifié en fonction des commentaires obtenus de ces groupes.

## 2.0 Situation actuelle

La DGSPNI de Santé Canada assure la prestation des services de santé publique aux PN vivant dans les réserves fédérales qui n'ont pas conclu d'accord de transfert. Dans les collectivités qui ont accepté le financement et la responsabilité des services de santé publique, la DGSPNI n'assure que le financement de ces services, tandis que les collectivités sont responsables de la prestation de ceux-ci. Pour ce faire, elles peuvent engager leurs propres professionnels de la santé publique ou signer des accords avec les autorités sanitaires provinciales ou régionales qui assureront la prestation des services. Il est important de noter que la DGSPNI exige des collectivités ayant conclu un accord de transfert qu'elles aient un plan de mesures d'urgence; ceci est une condition pour l'obtention des fonds fédéraux pour les services de santé publique. Cependant, ces plans de mesures d'urgence ne traitent pas des urgences spécifiques en santé publique comme la pandémie de grippe. La DGSPNI, par l'entremise de ses bureaux régionaux, servira d'intermédiaire entre les provinces et les collectivités ayant conclu un accord de transfert.

Pour les populations inuites et les collectivités des PN qui vivent dans les territoires, la prestation des services de santé publique, y compris la planification en cas de pandémie de grippe, relève principalement des gouvernements territoriaux<sup>2</sup>. Ces derniers fournissent les services

1 Le présent document met l'accent sur les « collectivités des Premières nations vivant dans les réserves » situées dans les provinces où il y a certaines préoccupations relativement à la clarté des rôles et des responsabilités en matière de services de santé publique (y compris la planification de la lutte contre la pandémie de grippe) parmi les diverses administrations.

2 Il y a sept collectivités d'Inuits et deux collectivités d'Innus au Labrador qui sont visées par les programmes de santé publique de la DGSPNI.

de santé publique d'une façon uniforme à tous les résidents du territoire, et ce, sans égard à l'appartenance ethnique.

Actuellement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux partagent la responsabilité de la prestation des autres services de santé aux gens des Premières nations et aux Inuits. Les provinces offrent des services de santé assurés (dont les services hospitaliers et médicaux) à tous les citoyens, y compris aux peuples autochtones vivant dans les réserves ou hors de celles-ci, exception faite des collectivités dans les réserves isolées et éloignées ou isolées et dans certaines réserves semi-isolées où les soins de santé primaires sont offerts par le personnel infirmier autorisé employé par la DGSPNI.

Bien que la majorité des bureaux régionaux de la DGSPNI soient représentés aux comités provinciaux pour la planification en cas de pandémie de grippe, très peu d'accords officiels ont été conclus entre les bureaux régionaux de la DGSPNI de Santé Canada et les gouvernements provinciaux relativement à la gestion des pandémies de grippe dans les collectivités des PN. On peut néanmoins observer une certaine progression à ce sujet.

Tous les bureaux régionaux de la DGSPNI ont élaboré leur ébauche ou leur version finale de plans régionaux de lutte contre la pandémie de grippe ou des cadres d'orientation pour aider les collectivités des PN à élaborer leurs propres plans. D'autres bureaux régionaux sont en cours de négociation avec leur province respective pour déterminer les rôles et les responsabilités de chacun en cas de pandémie de grippe.

Dans certaines régions, des réunions ont été organisées entre la DGSPNI et les PN pour souligner l'importance des plans communautaires dans la lutte contre la pandémie de grippe; ceci a incité certaines collectivités à élaborer leurs propres plans. Dans d'autres régions, les directeurs de la santé des collectivités des PN participent directement à la planification avec les autorités sanitaires de leur province, de leur district ou de leur région pour éclaircir les questions des soins actifs et de la gestion des clients en cas de pandémie de grippe.

En pratique, il y a toujours eu une forme de collaboration entre les gouvernements provinciaux et la DGSPNI concernant la gestion des urgences de santé publique et les éclosions de maladies dans les collectivités des PN vivant dans les réserves. Il faut cependant souligner qu'il y a certaines lacunes dans cette collaboration. Par exemple, il est arrivé quelques fois que les médecins provinciaux ou régionaux n'aient pas informé les médecins de la DGSPNI de cas d'éclosions de maladies infectieuses dans une réserve (p. ex., de la méningite) alors que ces derniers représentent les autorités responsables des mesures d'intervention en santé publique pour ces situations. De plus, cette collaboration officieuse entre les provinces et les bureaux régionaux de la DGSPNI n'a pas été mise à l'épreuve lors d'urgences nationales en santé publique, comme une pandémie de grippe.

### **3.0 Questions à régler**

#### **Relations avec les autorités de santé publique de la province ou du territoire**

- Accords officiels entre les bureaux provinciaux de santé publique et les bureaux régionaux de la DGSPNI relativement à la coordination des rôles et des responsabilités pendant les urgences de santé publique, dont une pandémie de grippe.
- Accords officiels entre les bureaux provinciaux de santé publique et les bureaux régionaux de la DGSPNI pour intégrer aux plans provinciaux ou régionaux les données des PN vivant dans les réserves relativement à l'achat d'antiviraux, de vaccins (lorsque la maladie s'est installée)

ainsi que d'autres équipements utiles en situations d'urgence et pour déterminer qui exercera le contrôle de ces équipements ou de ces produits en quantité limitée.

- Protocoles organisés pour déterminer l'accès aux antiviraux, aux vaccins et aux autres équipements d'urgence pour les collectivités des PN vivant dans les réserves et les provinces.
- Protocoles de communication entre les bureaux régionaux de la DGSPNI, les bandes ayant conclu un accord de transfert et les provinces sur les questions relatives aux maladies infectieuses et aux diverses préoccupations en santé publique.

### **Autorité légale**

- Clarté parmi les provinces, les autorités sanitaires régionales, les PN et les bureaux régionaux de la DGSPNI quant au médecin officiellement reconnu dans chacune des collectivités des PN vivant dans les réserves.

### **Ressources**

- Capacité des bureaux régionaux de la DGSPNI et des collectivités des PN à gérer les pandémies de grippe en raison de l'infrastructure limitée en santé publique pour les collectivités des PN et de la pénurie de ressources humaines en santé publique.
- Données sur les populations vivant dans les réserves en ce qui a trait à la surveillance, à l'épidémiologie et au programme de vaccins antigrippaux pour aider à la planification en cas de grippe pandémique.

## **4.0 Prochaines étapes**

Alors que la DGSPNI évalue et aborde la question de l'infrastructure en santé publique et le manque de ressources humaines en santé dans les collectivités des PN et les bureaux régionaux de la DGSPNI, il est essentiel que les PN et les administrations coordonnent leurs efforts relativement à la planification de la gestion de la grippe pandémique dans les collectivités. Avec l'appui de la DGSPNI et des autorités sanitaires provinciales ou régionales, les collectivités des PN vivant dans les réserves sont responsables de l'élaboration de leurs plans communautaires en cas de pandémie de grippe. Cependant, la mise en œuvre réussie de ces plans requiert la participation des principaux intervenants (c.-à-d. les collectivités des PN, la DGSPNI et les autorités sanitaires provinciales et régionales). La facilitation du processus avec les intervenants devrait être la responsabilité des bureaux régionaux de la DGSPNI.

Le Tableau 1 montre certaines des principales activités nécessaires à une bonne planification en cas de pandémie de grippe pour les populations vivant dans les réserves; cela comprend également des suggestions relativement aux rôles et aux responsabilités des diverses administrations qui participeront à la facilitation ou à l'élaboration des plans. Le tableau a été créé pour aider au règlement des questions de santé publique des populations vivant dans les réserves, puisque la participation des multiples administrations a souvent créé de la confusion au sujet des rôles et des responsabilités; ainsi, en les déterminant clairement à l'avance pour chacune des administrations, on contribue à une meilleure gestion des éclosions de grippe pandémique dans les collectivités des PN.

**Tableau 1 : Principales activités et suggestions des rôles et des responsabilités des partenaires pour la gestion des pandémies de grippe dans les collectivités des PN dans les réserves**

**1. Collectivités des PN**

- 1.1 Élaborer des plans de lutte contre la pandémie de grippe en collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI respectifs et/ou les autorités sanitaires locales ou régionales, notamment :
- a) désigner un médecin provincial/régional pour la collectivité et prendre des arrangements officiels visant la prestation continue de services médicaux;
  - b) identifier des partenaires et déterminer leurs rôles et leurs responsabilités;
  - c) accroître la sensibilisation des membres de la collectivité;
  - d) former du personnel de première ligne<sup>3</sup>;
  - e) améliorer les activités de surveillance dans les collectivités pour la détection précoce des maladies similaires à la grippe;
  - f) renforcer les capacités en matière de triage et de dépistage;
  - g) développer des capacités relatives à l'isolement des patients dans les établissements de santé dans les collectivités des PN;
  - h) mettre en œuvre des lignes directrices sur le contrôle des infections et des mesures de santé publique en cas de pandémie, en consultation avec les médecins régionaux de la DGSPNI et les autorités sanitaires régionales, et en conformité avec le Plan national de lutte contre les pandémies;
  - i) élaborer un plan de communication qui sera régulièrement mis à jour;
  - j) garder des équipements et un inventaire des équipements d'urgence en permanence (p. ex., les masques, les gants, etc.);
  - k) calculer et mettre régulièrement à jour le nombre de personnes (des collectivités) dans chaque groupe prioritaire pour les vaccins et les antiviraux;
  - l) planifier une immunisation de masse en collaboration avec les médecins régionaux de la DGSPNI ou le médecin reconnu à l'échelle provinciale;
  - m) communiquer et discuter avec les autorités sanitaires des municipalités avoisinantes au sujet du transfert des cas de grippe pandémique graves dans les hôpitaux et s'assurer que ceux-ci auront un accès équitable aux soins;
  - n) évaluer les moyens de transport actuels des patients vers les établissements du système de santé régional ou provincial (lorsque nécessaire) et en évaluer l'efficacité en cas de pandémie de grippe (c.-à-d., déterminer les lacunes et élaborer des stratégies pour les combler);
  - o) planifier pour assurer la continuité des services essentiels<sup>4</sup> dans la collectivité;
  - p) élaborer un plan d'urgence pour accroître les connaissances des membres des PN quant à la façon de gérer les situations lorsqu'il y a de graves pénuries de travailleurs de la santé et de services de santé<sup>5</sup> en raison d'une pandémie de grippe;
  - q) conclure des ententes officielles de partenariat entre les diverses collectivités des PN pour favoriser l'apport d'aide mutuelle;
  - r) créer une équipe d'intervention d'urgence;
  - s) participer à des exercices de simulation avec les municipalités avoisinantes pour évaluer le plan de mesures et d'interventions en cas de pandémie de grippe à l'échelle communautaire;

3 Devrait comprendre la formation des travailleurs de santé de première ligne relativement au diagnostic et aux soins, à la prévention des infections, aux mesures de santé publique, à la surveillance et à la communication.

4 Tels que le maintien des services d'incendie et de police, la disponibilité de l'eau, de l'électricité et de la nourriture, et la gestion des décès en masse.

5 Devrait comprendre la surveillance des maladies, la prestation de soins à domicile et l'utilisation des communications et des mesures de prévention des infections.

**Tableau 1 : Principales activités et suggestions des rôles et des responsabilités des partenaires pour la gestion des pandémies de grippe dans les collectivités des PN dans les réserves**

- t) participer activement à la planification locale en cas de pandémie de grippe (dans les municipalités voisines) pour faciliter la coordination des efforts et l'intégration aux systèmes provinciaux/régionaux de lutte contre la pandémie de grippe.

**2. Bureaux régionaux de la DGSPNI**

- 2.1 Élaborer des plans régionaux en cas de pandémie de grippe en consultation avec les collectivités et les organisations régionales des PN et, lorsque c'est possible, assurer l'intégration aux systèmes provinciaux, plus particulièrement :
- 2.1.1 conclure des accords officiels au moyen de négociations avec les autorités sanitaires provinciales pour déterminer et coordonner les responsabilités et les rôles respectifs pour les tâches suivantes :
- a) approvisionnement en vaccins, en antiviraux, en équipements d'urgence (p. ex., les matériels de diagnostic, de traitement, de prévention des infections et d'immunisation) et en assurer la distribution;
  - b) capacités de surveillance accrues, en collaboration avec le système provincial, tout en gardant la possibilité de séparer les données relatives à la surveillance dans les collectivités des PN vivant dans les réserves;
  - c) aide pour les services de santé publique et les soins médicaux en cas d'insuffisance des ressources communautaires;
  - d) détermination du médecin officiellement reconnu dans chaque réserve des PN;
  - e) communication bilatérale relativement à la déclaration des cas;
  - f) détermination des rôles et des responsabilités des autorités de santé publique provinciales/régionales par rapport à la DGSPNI relativement aux activités nécessaires concernant les mesures et les interventions en cas de pandémie de grippe;
  - g) détermination des moyens de transport pour faire parvenir les sécrétions respiratoires aux laboratoires provinciaux de santé publique lorsque c'est nécessaire.
- 2.1.2 Établir un partenariat avec les Affaires indiennes et du Nord Canada à l'échelle régionale en intégrant les interventions sanitaires d'urgence à la planification d'ensemble des mesures d'urgence.
- 2.1.3 Élaborer des plans de communication.
- 2.1.4 Identifier des partenaires et déterminer leurs rôles et leurs responsabilités.
- 2.1.5 Participer à des exercices de simulation avec les provinces pour évaluer la planification des mesures et des interventions en cas de pandémie de grippe au niveau régional de la DGSPNI.
- 2.1.6 Établir un partenariat avec l'administration centrale de la DGSPNI pour élaborer du matériel éducatif.
- 2.1.7 Déterminer les moyens actuels de distribution des équipements aux collectivités des PN et examiner leur efficacité en cas d'urgences sanitaires, comme une pandémie de grippe (c.-à-d., déterminer les lacunes et élaborer des stratégies pour les combler).
- 2.1.8 Déterminer les lacunes actuelles du système en matière de finances, de ressources humaines et de législation et trouver des stratégies pour y remédier.
- 2.1.9 Planifier l'immunisation de masse des groupes prioritaires à l'aide des vaccins contre la pandémie de grippe (lorsqu'ils sont disponibles).
- 2.1.10 Appuyer la formation du personnel de première ligne dans les collectivités.
- 2.1.11 Informer les leaders des collectivités au sujet de la pandémie de grippe et de ses conséquences pour les collectivités.

**Tableau 1 : Principales activités et suggestions des rôles et des responsabilités des partenaires pour la gestion des pandémies de grippe dans les collectivités des PN dans les réserves**

- 2.1.12 Appuyer et faciliter la planification communautaire en augmentant la sensibilisation, en offrant des séances de formation sur la planification ainsi que du matériel éducatif aux leaders communautaires et aux organisations régionales des PN.
- 2.1.13 Fournir des services, des recommandations et des conseils en matière de santé publique aux collectivités des PN.
- 2.1.14 Planifier l'approvisionnement des établissements de santé en tests de diagnostic rapides en cas de besoin.
- 2.1.15 Fournir aux autres partenaires les noms et les coordonnées des responsables régionaux de la DGSPNI en cas de pandémie de grippe.
- 2.1.16 Effectuer le suivi du nombre de personnes (des collectivités des PN) dans chaque groupe prioritaire pour la vaccination.
- 2.1.17 Renforcer les capacités régionales de surveillance (à intégrer au système provincial).

**3. Administration centrale de la DGSPNI**

- 3.1 Élaborer un cadre global pour un plan de mesures et d'interventions d'urgence à la Direction générale, notamment :
  - a) intégrer les plans des régions et de l'administration centrale au plan organisationnel de la DGSPNI en cas de pandémie de grippe;
  - b) créer des modules de formation générale clairs et adaptés sur le plan culturel, en fonction du plan national de lutte contre la pandémie de grippe, destinés aux travailleurs de santé de première ligne et aux leaders dans les collectivités;
  - c) élaborer un plan de mobilisation des ressources humaines inter-régionales (de l'administration centrale et des bureaux régionaux de la DGSPNI);
  - d) élaborer un plan de communication;
  - e) renforcer la capacité de compilation et d'analyse centralisées des données pour déterminer l'ampleur de la maladie parmi les clients de la DGSPNI.
- 3.2 Appuyer et faciliter la planification des bureaux régionaux de la DGSPNI en cas de pandémie de grippe en assurant la coordination et en fournissant les ressources.
- 3.3 Travailler avec des représentants provinciaux pour clarifier les lois et les pouvoirs fédéraux et provinciaux en cas de pandémie de grippe dans les réserves.
- 3.4 Identifier des partenaires nationaux et travailler avec eux à la détermination des divers rôles et responsabilités.
- 3.5 Établir des relations avec les organisations et les responsables nationaux des PN pour accroître la sensibilisation au sujet de la pandémie de grippe et insister sur l'importance de la planification communautaire.

**4. Autorités de santé publique provinciales**

- 4.1 Collaborer avec les PN et les bureaux régionaux de la DGSPNI pendant l'élaboration des plans provinciaux pour la lutte contre la pandémie de grippe afin de définir les rôles et les responsabilités, de coordonner les efforts et d'éviter des lacunes dans la gestion de la pandémie de grippe dans les collectivités des PN.
- 4.2 Établir des accords officiels au moyen de négociations avec les bureaux régionaux de la DGSPNI afin d'inclure les membres des PN vivant dans les réserves dans les activités de planification à l'échelle provinciale, lorsque cela est possible, particulièrement pour les tâches suivantes :
  - a) approvisionnement en vaccins, en antiviraux, en équipements d'urgence (p. ex., les matériels de diagnostic, de traitement, de prévention des infections et d'immunisation) et distribution de ces vaccins, antiviraux ou équipements;

**Tableau 1 : Principales activités et suggestions des rôles et des responsabilités des partenaires pour la gestion des pandémies de grippe dans les collectivités des PN dans les réserves**

- b) capacités de surveillance accrues tout en gardant la possibilité de séparer les données relatives à la surveillance dans les collectivités des PN vivant dans les réserves;
  - c) communications bilatérales relativement à la déclaration des cas;
  - d) facilitation de l'accès aux services d'urgence du gouvernement fédéral, comme à la Réserve nationale de secours (RNS) et à l'équipe d'intervention sanitaire d'urgence (une fois établie) lorsque les ressources communautaires et de la DGSPNI sont dépassées et lorsqu'elles sont suffisantes<sup>6</sup>;
  - e) si la capacité en matière de santé publique le permet, aider à la prestation de services de santé publique aux collectivités des PN lorsque les ressources des collectivités et de la DGSPNI sont insuffisantes<sup>7</sup>;
  - f) détermination du médecin officiellement reconnu dans chaque réserve des PN.
- 4.3 Assurer l'accès équitable en matière de soins aux cas de grippe pandémique graves transférés dans les hôpitaux.
- 4.4 Travailler avec des représentants provinciaux pour clarifier les lois et les pouvoirs fédéraux et provinciaux en cas de pandémie de grippe dans les réserves.
- 4.5 Élaborer un plan de communication (avec les bureaux régionaux de la DGSPNI et d'autres intervenants clés).

**5. Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU)**

- 5.1 Communiquer avec la DGSPNI de façon régulière et efficace au sujet des mesures et des interventions d'urgence.
- 5.2 Offrir à la DGSPNI des occasions opportunes de donner ses commentaires au réseau FPT sur les mesures et les interventions d'urgence et faire part régulièrement des rétroactions utiles à la DGSPNI sur les réalisations du réseau FPT qui touchent les progrès de la DGSPNI en matière de planification d'urgence (y compris la planification de la lutte contre la pandémie de grippe).
- 5.3 Inviter la DGSPNI à assister aux réunions du réseau FPT lorsque la discussion sur la planification de la lutte contre la pandémie de grippe comporte des questions qui touchent l'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI ainsi que les collectivités des PN. Ceci permettra à la DGSPNI, au CMIU et aux autorités de santé et de services sociaux de la province de collaborer de manière intégrée et coordonnée pour éviter le chevauchement du travail et la présence de lacunes lorsqu'il sera temps de gérer les éclosions de grippe pandémique dans les collectivités des PN.
- 5.4 Dans les situations où les capacités régionales de la DGSPNI (et l'aide provinciale) seront épuisées, le CMIU pourra envoyer, au moyen des systèmes provinciaux de déploiement, une équipe d'intervention sanitaire d'urgence (EISU), lorsqu'elle sera établie, pour aider les professionnels régionaux de la santé de la DGSPNI dans les collectivités des PN à intervenir dans les situations d'urgence en santé publique, comme une pandémie de grippe<sup>8</sup>.
- 5.5 Au moyen du système provincial pour l'accès à la RNS au sein d'une province, offrir l'accès aux produits pharmaceutiques contrôlés par le gouvernement fédéral ainsi qu'à d'autres équipements et services d'urgence aux collectivités des PN.

6 Les bureaux régionaux de la DGSPNI doivent en faire la demande aux autorités de santé publique provinciales qui fourniraient de tels services coordonnés par le Centre de mesures et d'intervention d'urgence.

7 En ce qui concerne les provinces qui n'ont pas de mandat pour la prestation de services de santé publique à l'échelle provinciale, ces responsabilités pourraient relever des autorités provinciales.

8 On s'attend à ce que le gouvernement fédéral offre une aide équitable aux collectivisés des PN dans les réserves et au reste de la province.

**Nota :** Les Affaires indiennes et du Nord Canada ont la responsabilité de l'ensemble de la planification des mesures d'urgence. En cas d'urgence en santé, y compris de pandémie de l'influenza, le rôle des Affaires indiennes et du Nord Canada consiste à faciliter les communications avec les PN et à aider Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, au besoin.

**Tableau 1 : Principales activités et suggestions des rôles et des responsabilités des partenaires pour la gestion des pandémies de grippe dans les collectivités des PN dans les réserves**

- 5.6 Faciliter l'établissement de liens entre DGSPNI et les autorités provinciales pour déterminer les rôles et les responsabilités de la province relativement à l'accès à la RNS et à l'EISU dans les collectivités des PN au moyen d'une lettre d'accord entre le CMIU, l'Agence de la santé publique du Canada et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Travailler avec des représentants provinciaux pour clarifier les lois et les pouvoirs fédéraux et provinciaux en cas de pandémie de grippe dans les réserves.
- 5.7 Offrir des cours ou de la formation sur la planification en cas de pandémie de grippe et organiser des cliniques d'immunisation de masse.
- 5.8 Offrir au personnel de la DGSPNI des consultations techniques sur l'élaboration de modules et de cours d'enseignement sur la pandémie de grippe à l'intention des fournisseurs de soins de santé et d'autres premiers intervenants dans les collectivités des PN et faciliter la prestation de cours en ligne au moyen de mécanismes existants.
- 5.9 Offrir de l'aide technique à l'administration centrale de la DGSPNI pour élaborer et évaluer le plan de mesures et d'interventions d'urgence en cas de pandémie de grippe (p. ex., participer aux exercices de simulation fédéraux ou nationaux).

## 5.0 Conclusion

La gestion d'une pandémie prévisible de grippe dans les collectivités des PN exigera la coordination des efforts de la part de tous les paliers de gouvernement. Les considérations relatives aux besoins particuliers des collectivités des PN doivent se refléter dans les plans tant à l'échelle locale que provinciale-territoriale et fédérale. La planification des mesures et des interventions en cas de pandémie de grippe vise à réduire au minimum la morbidité grave, la mortalité générale et les perturbations sociales au Canada, dans l'éventualité d'une telle pandémie. On atteindra cet objectif uniquement si les stratégies et les plans spécifiques aux collectivités des PN sont intégrés aux plans de lutte en cas de pandémie de grippe des administrations.

# Lignes directrices à l'intention des laboratoires en cas de pandémie d'influenza

**Date de la version la plus récente : Septembre 2008**

*La version révisée reflète ce qui suit :*

- On a ajouté un sommaire.
- La matière a été répartie par sujets pour mettre en valeur la réponse des laboratoires au cours des diverses phases pandémiques.
- Il a été formulé dix recommandations clés pour la préparation des laboratoires.



# Table des matières

<b>I. Préambule</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Résumé.</b> .....	<b>4</b>
<b>III. Principales recommandations du RPLPI.</b> .....	<b>5</b>
<b>IV. Tests de laboratoire</b> .....	<b>7</b>
A. Période interpandémique – Phases pandémiques canadiennes 1.0, 1.1, 2.0, 2.1. ....	7
B. Période d’alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 3.0, 3.1 .....	8
C. Période d’alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 4.0, 4.1, 4.2, 5.0, 5.1, 5.2 .....	11
D. Période d’alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 6.0, 6.1, 6.2 .....	12
E. Période post-pandémique .....	13
<b>V. Surveillance et collecte de données.</b> .....	<b>14</b>
A. Période interpandémique – Phases pandémiques canadiennes 1.0, 1.1, 2.0, 2.1. ....	14
B. Période d’alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 3.0, 3.1 .....	15
C. Période d’alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 4.0, 4.1, 4.2, 5.0, 5.1, 5.2 .....	15
D. Période d’alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 6.0, 6.1, 6.2 .....	15
E. Période post-pandémique .....	15
<b>VI. Activités de communication</b> .....	<b>16</b>
A. Période d’alerte pandémique/interpandémique – Phases pandémiques canadiennes 1.0 à 5.2. ....	16
B. Période d’alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 6.0, 6.1, 6.2 .....	17
C. Période post-pandémique .....	17
<b>VII. État de préparation à la pandémie</b> .....	<b>18</b>
A. Hypothèses de planification .....	18
B. Considérations relatives à la continuité des opérations .....	19
C. Assurance de la qualité et contrôle de la qualité. ....	21
<b>VIII. Appendices</b> .....	<b>22</b>
Appendice A – Liste d’acronymes .....	22
Appendice B – Exigences minimales pour la prestation de services par les laboratoires de santé publique durant une pandémie d’influenza .....	23
Appendice C – Préparation à une pandémie de grippe dans la province de Québec – Tests rapides : valeur et limites .....	29
Appendice D – Prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage .....	33
Appendice E – Avis de biosécurité provisoire pour les laboratoires concernant la pandémie d’influenza .....	35
Appendice F – Mode d’acheminement des communications des laboratoires en cas de pandémie d’influenza – Période d’alerte pandémique .....	37
Appendice G – Services de laboratoire FPT en cas de pandémie. ....	38
Appendice H – Membres du Réseau de préparation des laboratoires à une pandémie d’influenza .....	41



# I. Préambule

Le Réseau de préparation des laboratoires à une pandémie d'influenza (RPLPI) du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) a élaboré le présent document en s'inspirant des phases qui ont été définies dans le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Les questions liées aux tests de laboratoire, à la surveillance en laboratoire et à la collecte de données, de même que celles liées aux communications ainsi qu'à la préparation à la pandémie sont abordées selon l'ordre des phases canadiennes. Le présent document fournit des lignes directrices générales pour faciliter l'uniformisation des tests de laboratoire pour l'influenza durant la période interpandémique, la période d'alerte pandémique et la période pandémique. Il est destiné aux professionnels des laboratoires.

Dans l'éventualité d'une pandémie de grippe, les laboratoires contribueront à faciliter la mise en œuvre de mesures de santé publique rapides et pertinentes. Durant une pandémie, les tests de laboratoire permettront de :

- Repérer les tout premiers cas d'une nouvelle souche grippale au Canada.
- Appuyer la surveillance de la santé publique en suivant la propagation géographique de la maladie et l'effet des interventions.
- Faciliter le traitement clinique en distinguant les patients infectés par un virus grippal pandémique de ceux souffrant d'autres maladies respiratoires jusqu'à ce que l'on ait démontré que la souche pandémique est le virus prédominant dans une collectivité.
- Surveiller la résistance aux antiviraux des virus grippaux en circulation.
- Évaluer l'efficacité du vaccin antigrippal.

La présente *Annexe C – Lignes directrices à l'intention des laboratoires en cas de pandémie d'influenza* fournit aux établissements canadiens s'occupant du dépistage de l'influenza des recommandations concernant les tests de laboratoire, la surveillance et la collecte de données, la communication et la planification de la préparation à la pandémie. De plus, en tant que groupe de travail sur les laboratoires du Comité sur la pandémie d'influenza (CPI), le RPLPI a formulé des recommandations relatives aux exigences minimales pour la prestation de services de laboratoire de santé publique durant une pandémie d'influenza (Appendice B).

Les responsabilités des laboratoires dépendront de la phase de la pandémie. Durant la période interpandémique et la période d'alerte pandémique, il est recommandé que les laboratoires de dépistage de l'influenza réalisent des tests en appui à la surveillance courante de l'influenza, procèdent à la détection de nouveaux sous-types du virus et planifient leur préparation à la pandémie.

Lorsque la transmission d'une nouvelle souche grippale de personne à personne aura été établie au Canada, la demande d'analyses de laboratoire atteindra des niveaux sans précédent. Les laboratoires doivent se préparer à répondre à la demande en conséquence.

Durant la période pandémique (phases 6.0 à 6.2), les laboratoires effectuant la détection de l'influenza soutiendront les efforts en matière d'épidémiologie visant à suivre la propagation et la tendance de la pandémie et à surveiller la résistance aux antiviraux. On présume que durant cette période le diagnostic de grippe sera principalement posé par évaluation clinique.

Le présent document fournit un certain nombre d'hypothèses de planification permettant de se préparer adéquatement à une pandémie éventuelle. On encourage les laboratoires à passer en revue leurs fonctions, autant celles liées à l'influenza que les autres. Il faut également étudier les questions de ressources humaines. Point encore plus important, les laboratoires doivent se concentrer sur le renforcement de leurs capacités avant l'apparition d'une pandémie au Canada.

### III. Principales recommandations du RPLPI

1. Durant la saison grippale, le RPLPI recommande le recours aux méthodes de détection rapide parallèlement à la culture cellulaire et aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAN), pour accélérer le diagnostic, surtout lors d'éclosions. La sérologie est d'une utilité limitée pour le diagnostic de l'influenza aiguë et elle n'est donc pas recommandée.
2. Le RPLPI recommande aux laboratoires de santé publique (LSP) et aux laboratoires cliniques locaux d'élaborer des stratégies de détection de l'influenza en vue d'une pandémie. Ces stratégies devraient comporter la mise en place de protocoles pour le traitement et l'identification des nouveaux sous-types du virus grippal qui peuvent être considérés comme des pathogènes du groupe de risque 3.
3. Les algorithmes de détection des laboratoires devraient mettre l'accent sur le recours au TAN, complété par une culture virale (dans un laboratoire agréé de niveau de confinement 3) et une épreuve d'immunofluorescence directe (DFA) validée. La mise au point continue du TAN pour la détection rapide de nouveaux sous-types grippaux peut se faire au moyen de méthodes de transcription inverse-amplification par la polymérase (RT-PCR) classiques ou en temps réel. On pourra notamment avoir recours à un protocole universel de détection qui permettrait d'identifier tout virus de l'influenza A en utilisant des amorces spécifiques d'une région conservée à l'intérieur du génome et en déterminant par la suite le sous-type au moyen d'amorces spécifiques dans le cas des sous-types aviaires ayant un potentiel pandémique, p. ex., H5, H7, et des sous-types humains H1, H2, H3.
4. Actuellement, on ne recommande pas le recours à des tests aux points de service (PDS) pour la détection de nouveaux sous-types d'influenza. Par test au PDS, on entend tout test rapide qui utilise des techniques de détection rapide d'antigène pour identifier le virus grippal. Veuillez consulter l'Appendice C pour un extrait du document de préparation à une pandémie d'influenza du Québec concernant les épreuves diagnostiques rapides. L'utilité de ces épreuves sera réévaluée à mesure que des données sur leurs caractéristiques de rendement deviendront disponibles.
5. D'autres protocoles diagnostiques nouveaux devraient être explorés, tels que ceux permettant de simultanément détecter des virus grippaux de type A précis et d'en faire le sous-typage.
6. Conformément au plan d'intervention décrit par le CPI, le RPLPI encourage chaque province et territoire (PT) à s'assurer qu'au moins un laboratoire sur son territoire est capable de déterminer le sous-type du virus grippal A, sinon de prendre d'autres dispositions appropriées. Les PT devront notamment élaborer des protocoles TAN permettant d'identifier un sous-type d'une nouvelle souche grippale A. Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) fournira les protocoles, les amorces et les réactifs nécessaires pour mettre au point et évaluer ces épreuves, de même que les témoins requis pour le programme d'assurance de la qualité.
7. Le RPLPI encourage tous les LSP et les autres laboratoires qui effectuent couramment des tests de détection de l'influenza à soumettre à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) les résultats des tests durant la saison grippale sur une base hebdomadaire, ou plus

souvent si l'ASPC le demande. Ces données sont communiquées et diffusées par l'entremise du système sentinelle de détection des virus respiratoires et du programme Surveillance de l'influenza.

8. Le RPLPI encourage le LNM à renforcer sa capacité de produire et d'évaluer la production d'autres sources de réactifs « maison », tels que des anticorps monoclonaux pour les tests DFA, qui pourraient être stockés et distribués aux laboratoires de diagnostic de tout le pays lors d'une pandémie, advenant une pénurie de réactifs commerciaux.
9. Le RPLPI recommande de renforcer la communication entre les laboratoires de dépistage de l'influenza chez les animaux et ceux qui en font le dépistage chez l'humain.
10. Le RPLPI recommande que chaque province mette sur pied un comité chargé de la surveillance de l'influenza. Ce comité devrait être doté d'un représentant bien au fait des questions liées au diagnostic de la grippe et de la planification en cas de pandémie pour veiller à une bonne communication entre le laboratoire provincial, les épidémiologistes provinciaux et les services de santé. Le comité s'occupera principalement de l'influenza advenant une pandémie, mais il traitera d'autres questions de surveillance à d'autres moments au besoin. Il devrait être composé à tout le moins d'un épidémiologiste provincial, du directeur du laboratoire provincial ou d'un de ses représentants et du médecin hygiéniste en chef ou d'un de ses représentants.

## IV. Tests de laboratoire

### A. Période interpandémique – Phases pandémiques canadiennes 1.0, 1.1, 2.0, 2.1

#### 1. Méthodologie

Les laboratoires qui effectuent des tests de détection de l'influenza maintiendront les services courants de diagnostic en laboratoire en procédant ainsi :

- isolement du virus dans une culture cellulaire;
- détection directe des antigènes, c.-à-d. : DFA, dosage immuno-enzymatique (EIA), tests rapides au PDS,\*
- réalisation du TAN, comme la RT-PCR ou l'amplification basée sur une séquence d'acides nucléiques.

En dehors de la saison grippale, les cas d'infections respiratoires graves (IRG) devront faire l'objet d'une investigation complète selon les méthodes standards de détection des pathogènes respiratoires.

#### 2. Type, collecte et transport d'échantillons

Pour l'influenza saisonnière, le prélèvement nasopharyngé (PNP) est le type d'échantillon privilégié parce qu'il donne les meilleurs résultats dans la plupart des tests de détection directe des antigènes, de même que dans les cultures cellulaires. Veuillez consulter l'Appendice D pour connaître la procédure de PNP appropriée.

Les prélèvements de gorge par écouvillonnage ne sont pas recommandés à cause de leur piètre sensibilité dans les épreuves basées sur les cultures et les antigènes. Toutefois, les prélèvements de gorge et les liquides de lavage nasopharyngé (NP) peuvent être acceptables ou recommandés par les fabricants de certaines trousse de détection rapide.

Les prélèvements nasaux par écouvillonnage peuvent être une option acceptable chez les enfants, en particulier lorsqu'on utilise un TAN.

Des échantillons devraient être prélevés dès l'apparition des symptômes, car l'excrétion virale est maximale au début de la maladie et elle diminue généralement pour atteindre des niveaux non détectables après cinq jours chez les adultes immunocompétents. L'excrétion virale peut durer plus longtemps chez les enfants et les patients immunodéprimés; un prélèvement après cinq jours de maladie peut donc être utile dans cette situation.

Les laboratoires se conformeront au *Règlement sur le transport des marchandises dangereuses* lors de l'envoi d'échantillons d'influenza.

\* Comme la valeur prédictive positive est sous-optimale durant les périodes de faible activité grippale, il faut user de prudence dans l'établissement du diagnostic à l'aide des tests rapides au PDS et le diagnostic doit être confirmé par DFA, culture virale ou TAN. On trouvera des détails complets sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé relativement à l'utilisation des tests rapides de détection de l'influenza, notamment un survol des trousse actuellement disponibles, à l'adresse suivante : [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/rapid\\_testing/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/rapid_testing/en/index.html) (en anglais seulement).

### **3. Procédures de désinfection**

Les laboratoires suivront les procédures appropriées de désinfection selon le type d'échantillon.

### **4. Considérations en matière de biosécurité**

Les laboratoires suivront les lignes directrices en matière de biosécurité émises par le Bureau de la sécurité des laboratoires du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU).

### **5. Sensibilité aux antiviraux**

Des échantillons d'isolats prélevés en début et en fin de saison peuvent être soumis au LNM aux fins d'analyse de la résistance à l'amantadine et aux inhibiteurs de la neuraminidase, selon l'entente entre le LNM et les LSP. Le LNM procédera à des analyses pour la surveillance de la résistance dans des souches émergentes et présentement en circulation.

### **6. Recherche**

Le LNM collaborera à la recherche et au développement ayant trait à la surveillance de l'efficacité du vaccin antigrippal, de la réponse immunologique, et de l'évolution et du type de réactivité croisée entre les souches dans la population.

Le LNM, en collaboration avec le groupe de travail sur les vaccins pandémiques du CPI, mettra au point des protocoles d'évaluation de la réponse immunitaire chez des vaccinés. Les LSP ou des laboratoires désignés pourront aussi, en collaboration avec le LNM, élaborer et mettre en place des protocoles similaires, en fonction des ressources disponibles et de leur savoir-faire. Les épreuves pourraient comprendre des tests par inhibition de l'hémagglutination (HAI) ou d'autres épreuves utilisant les antigènes qui sont inclus dans les vaccins les plus à jour.

## **B. Période d'alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 3.0, 3.1**

### **1. Méthodologie**

Au cours de la phase 3.0, la capacité et l'approche de prestation des services d'analyse diagnostique seront maintenues durant la saison grippale comme aux phases 1.0, 1.1, 2.0 et 2.1. Le LNM aura la responsabilité de la confirmation de tous les échantillons ayant donné un résultat positif pour une nouvelle souche du virus de l'influenza.

Le LNM fournira les réactifs et les témoins qui seront essentiels à la mise au point des épreuves pour les nouvelles souches émergentes et à l'assurance de la qualité. Le LNM sera responsable des tests de détermination du phénotype et de la diffusion de l'information aux LSP. Les LSP auront la responsabilité des épreuves génétiques (c.-à-d., l'identification par PCR).

Le LNM accordera la priorité à la préparation de réactifs pour l'identification de la nouvelle souche en prévision de la phase 3.1. Il diffusera les protocoles applicables au TAN et aux cultures classiques, selon les besoins.

Durant la phase 3.1, le LNM aura la responsabilité de confirmer les résultats de tous les échantillons qui se sont révélés positifs pour une nouvelle souche du virus de l'influenza. Il fournira aussi l'information sur la nouvelle souche d'influenza à l'OMS et coordonnera toute analyse subséquente.

Durant la phase 3.1, les LSP et autres laboratoires de diagnostic seront sur un pied d'alerte (niveau élevé) et concentreront leur attention sur :

- la surveillance accrue en laboratoire du nouveau sous-type émergent;
- la mise en pratique ou le rehaussement des protocoles TAN;
- l'isolement du virus par culture, s'ils disposent de l'équipement approprié.

Il y aura une augmentation de la demande de tests, l'accent étant mis sur l'identification du type d'hémagglutinine (HA) des virus identifiés. La RT-PCR sera particulièrement utile pour la détection rapide et la détermination du type d'HA. Bien que l'on encourage l'isolement viral pour faciliter la détection de l'émergence de nouveaux sous-types au Canada, le nombre de laboratoires qui peuvent procéder à la culture virale au niveau de confinement 3 est limité.

Le recours à des tests commerciaux rapides au PDS pour la détection d'un nouveau sous-type n'est pas recommandé à cause du manque d'information sur leur exactitude clinique. Ces tests permettent d'identifier et de distinguer rapidement les infections par les virus A et B, mais ils ne permettent pas actuellement de distinguer différents sous-types d'HA du virus A, ni de distinguer l'influenza humaine de l'influenza aviaire. Tous les résultats découlant des tests de détection directe des antigènes ou de détection rapide au PDS obtenus chez des patients soupçonnés d'être atteints d'un nouveau virus d'influenza doivent être confirmés par TAN ou par culture. Si l'on obtient des données décrivant l'efficacité des tests au PDS, les LSP communiqueront ces résultats aux laboratoires se trouvant sur leur territoire.

## 2. Type, collecte et transport d'échantillons

Bien que le PNP par écouvillonnage soit le type d'échantillon idéal pour l'influenza humaine saisonnière, il se peut que ce ne soit pas le cas pour les nouveaux virus grippaux, comme on l'a récemment signalé à l'égard du virus H5N1 infectant les humains en Eurasie, où l'on préfère les prélèvements de gorge. Comme on ne sait pas quel est le type d'échantillon optimal ni quel est le moment idéal de prélèvement pour les infections par les nouveaux virus d'influenza, notamment parce qu'ils continuent d'évoluer, le RPLPI encourage les laboratoires à envisager la collecte sur plusieurs jours de divers types d'échantillons respiratoires, notamment les PNP par écouvillonnage, les produits d'aspiration NP, de lavage nasal et d'écouvillonnage de gorge et les expectorations. On devrait envisager d'analyser des échantillons de selles et de plasma chez les patients qui présentent d'importants symptômes gastro-intestinaux, car le virus H5N1 a été isolé dans les selles et le sang de patients infectés.

La précision des épreuves diagnostiques est vitale et il est essentiel de confirmer tous les résultats révélant un nouveau sous-type d'influenza. Pour faciliter cette tâche, les échantillons devraient idéalement être prélevés en double. Si cela est impossible ou n'a pas été fait, il serait approprié de diviser l'échantillon en deux parties aliquotes avant l'épreuve. Une partie aliquote peut alors servir au TAN et l'autre devrait être congelée à -70 °C pour analyse ultérieure, le cas échéant.

L'expédition des échantillons au LSP ou au laboratoire désigné devrait se faire dès que possible, à 4 °C. Si l'on prévoit un délai d'expédition de plus de trois jours, l'échantillon devrait être congelé à -70 °C et expédié sur de la glace sèche; sinon, il faut maintenir l'échantillon à 4 °C jusqu'au moment où il sera traité. Pour en savoir plus, veuillez consulter les lignes directrices de l'OMS pour la collecte, la conservation et l'expédition d'échantillons pour le diagnostic de l'infection par le virus de l'influenza aviaire A (H5N1) (*Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A [H5N1] virus infection. Guide for Field Operations*) : ([http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO\\_CDS\\_EPR\\_ARO\\_2006\\_1.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_EPR_ARO_2006_1.pdf)).

On recommande de donner au personnel une formation continue concernant les méthodes adéquates d'expédition des échantillons aux laboratoires de référence, afin que tous connaissent bien les procédures et règlements.

### **3. Procédures de désinfection**

L'OMS considère que l'hypochlorite est le meilleur désinfectant contre la contamination par le H5N1 et que l'on pourrait probablement l'utiliser pour des nouveaux sous-types d'influenza A. L'hypochlorite est un des quelques désinfectants qui peut être utilisé de façon sécuritaire dans les laboratoires où l'on réalise des TAN.

D'autres désinfectants, comme les alcools et les préparations d'ammonium quaternaire, peuvent causer la précipitation des acides nucléiques, ce qui peut accroître les risques de contamination des réactions subséquentes et donner des résultats faussement positifs. Le chlore fragmente les acides nucléiques. L'OMS suggère deux concentrations différentes à utiliser selon le cas :

- Pour désinfecter des déversements d'échantillons, on devrait utiliser une solution de chlore à 0,5 %.
- Pour désinfecter les surfaces, le matériel médical, les déchets dangereux avant leur élimination, et les vêtements de protection réutilisables avant leur lavage, on devrait utiliser une solution de chlore à 0,05 %, conformément aux lignes directrices de l'OMS. Puisque l'hypochlorite est un produit caustique, pour prévenir les dommages, il faut l'enlever après usage en passant un linge imbibé d'eau propre ou d'éthanol à 70 % sur le matériel ou les surfaces.

Pour en savoir plus sur la préparation des solutions de chlore et les précautions à prendre, veuillez consulter les lignes directrices de l'OMS : *Guide for Field Operations* (voir à la fin de la Section 2).

### **4. Considérations en matière de biosécurité**

Le Bureau de la sécurité des laboratoires du CMIU a émis des lignes directrices provisoires en matière de biosécurité concernant la manipulation des échantillons cliniques associés aux nouveaux sous-types du virus de l'influenza. Ces lignes directrices sont présentées à l'Appendice E. Il importe de souligner qu'il s'agit là de directives provisoires : à mesure que des renseignements concernant toute nouvelle souche d'influenza seront disponibles, le CMIU diffusera en temps opportun des lignes directrices en matière de biosécurité pour cette souche.

### **5. Sensibilité aux antiviraux**

Des échantillons d'isolats peuvent être soumis au LNM aux fins d'analyse de la résistance à l'amantadine et aux inhibiteurs de la neuraminidase, selon l'entente entre le LNM et les LSP. Le LNM procédera à des analyses pour la surveillance de la résistance dans des souches émergentes et celles qui sont présentement en circulation.

L'étude de la sensibilité des souches sera effectuée par le LNM et les LSP participants qui disposent des protocoles applicables aux inhibiteurs de la neuraminidase ou à l'amantadine, selon les caractéristiques phénotypiques de la souche pandémique. Les échantillons transmis au LNM seront analysés périodiquement tout au long de la pandémie dans le cadre des activités de surveillance, et dans le but de suivre l'apparition éventuelle d'une résistance aux antiviraux.

En plus d'effectuer les tests habituels de surveillance, on étudiera la résistance aux antiviraux à partir d'échantillons isolés chez des patients présentant un échec au traitement en situation

d'éclosion (patients qui prennent une médication en prophylaxie ou hôtes immunodéprimés). D'autres tests seront réalisés sur des échantillons à la discrétion du LNM et en collaboration avec les LSP ou tout autre laboratoire d'analyse diagnostique soumettant des échantillons.

## **6. Recherche**

Si la capacité existe, voir la section des phases 1.0, 1.1, 2.0, 2.1 de la période interpandémique.

# **C. Période d'alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 4.0, 4.1, 4.2, 5.0, 5.1, 5.2**

## **1. Méthodologie**

Durant les phases 4.0 et 5.0, les LSP et autres laboratoires d'analyse diagnostique seront sur un pied d'alerte (niveau élevé) et suivront le protocole prévu aux phases 3.0 et 3.1 :

- surveillance accrue en laboratoire du nouveau sous-type émergent;
- TAN;
- isolement du virus par culture.

Durant les phases 4 et 5, on s'attend à ce que la demande de tests augmente spectaculairement, en particulier dans les régions touchées. Le TAN sera la principale méthode utilisée pour une détection rapide. La RT-PCR servira à effectuer le sous-typage des échantillons positifs pour l'influenza de type A prélevés chez des patients présentant des caractéristiques épidémiologiques qui laissent croire qu'ils sont à risque d'être infectés par un nouveau sous-type d'influenza. Ce sont les LSP ou des laboratoires désignés qui effectueront le sous-typage rapide des échantillons positifs.

Le LNM, en consultation avec l'OMS, passera en revue les amorces utilisées dans les TAN afin de s'assurer qu'elles sont efficaces pour identifier le nouveau sous-type. Des stocks additionnels de lignées cellulaires appropriées peuvent être requis. Le LNM, les LSP et les laboratoires de diagnostic désignés échangeront de l'information et des réactifs pour l'identification de la souche émergente, et dispenseront des conseils sur les lignées cellulaires, l'utilisation de méthodes de détection rapide et le niveau de confinement requis, etc.

Un nombre accru de tests par culture devra être effectué en laboratoire agréé NC3 pour isoler la souche émergente chez les cas suspects. Les isolats ou échantillons provenant de grappes de cas identifiées seront transmis au LNM pour la caractérisation de la souche. Les LSP et autres laboratoires de diagnostic joueront un rôle critique dans la surveillance de la propagation potentielle de la souche émergente.

Lorsque des antisérums de référence seront disponibles, le sous-typage sera effectué à l'aide d'épreuves HAI et de neutralisation, et seulement par des laboratoires qui disposeront d'installations appropriées de confinement, conformément aux exigences applicables à la nouvelle souche. D'autres laboratoires effectueront le sous-typage rapide au moyen de la RT-PCR en se servant des protocoles déjà établis.

Des pressions considérables seront exercées sur tous les laboratoires de diagnostic pour qu'ils fournissent un service de détection rapide, pour ce qui est du contrôle ou de l'isolement de l'infection, de même que des solutions de rechange en matière de prophylaxie et de traitement. La stratégie nationale actuelle sur les antiviraux consiste à fournir un traitement à tous ceux qui se présentent tôt pour une évaluation médicale et qui sont présumés avoir besoin d'un

traitement, au cours de la pandémie. Toutefois, il pourrait y avoir des situations où une approche plus ciblée de l'utilisation des antiviraux soit nécessaire (p. ex., si des cas sporadiques d'infection par un nouveau virus se déclarent au Canada avant une pandémie). Les laboratoires de diagnostic joueront vraisemblablement un rôle à cet égard, car la possibilité d'obtenir des diagnostics rapidement pourrait devenir une partie intégrante de cette stratégie. Le RPLPI fournira au groupe de travail sur les soins cliniques des conseils sur l'usage des tests selon la capacité disponible.

## **2. Type, collecte et transport d'échantillons**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **3. Procédures de désinfection**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **4. Considérations en matière de biosécurité**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **5. Sensibilité aux antiviraux**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **6. Recherche**

Si les capacités existent, voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

# **D. Période d'alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 6.0, 6.1, 6.2**

## **1. Méthodologie**

Selon l'ampleur et la durée de la pandémie, la demande de tests pourrait atteindre un niveau sans précédent, qui pourrait dépasser les capacités diagnostiques des LSP et autres laboratoires de diagnostic. Les laboratoires continueront de fonctionner comme durant les phases 4 et 5 en se concentrant sur :

- le TAN;
- un recours moindre aux cultures virales dans les régions où la pandémie est établie;
- la réduction du nombre de tests une fois que l'on aura déterminé la présence du nouveau sous-type dans la population d'un territoire donné.

Le LNM devra se fixer des priorités d'analyse afin de ne pas se surcharger. Les échantillons provenant des LSP ou des laboratoires désignés auront la priorité.

Le LNM, en collaboration avec l'OMS, évaluera les amorces utilisées dans le TAN afin de s'assurer qu'elles sont efficaces pour identifier la nouvelle souche pandémique. Le LNM fournira aux LSP l'information ou les réactifs nécessaires pour l'identification de la souche d'influenza pandémique et dispensera des conseils sur les lignées cellulaires.

Les LSP devront réaffecter leurs ressources pour accorder la priorité au dépistage de l'influenza. Toutefois, lorsque la pandémie sera bien établie, on s'attend à ce que les laboratoires des régions

touchées réduisent les tests courants parce que la définition clinique de cas sera probablement suffisante pour poser le diagnostic dans la plupart des cas. Cela dépendra des conditions locales et des ressources disponibles. Les LSP et les laboratoires désignés mettront l'accent sur la surveillance de la propagation et de la tendance de la pandémie, et de la résistance aux antiviraux, selon les ressources disponibles.

Les LSP et les laboratoires locaux sont invités à examiner les protocoles de dépistage de l'influenza, la disponibilité des stocks de réactifs et les questions de ressources humaines (RH), et à mettre en œuvre les stratégies préétablies afin de réduire l'impact de la pandémie sur les analyses de laboratoire. Les laboratoires devraient passer en revue leur inventaire et commander, au besoin, les fournitures et les lignes cellulaires nécessaires, une plus grande quantité d'écouvillons pour le transport des virus, des épreuves avec antigènes pour l'influenza, les antisérums pour les tests DFA, du matériel de protection pour le personnel de laboratoire, etc.

Les LSP et les laboratoires désignés effectueront le sous-typage rapide des isolats, avec l'aide du LNM au besoin, au moyen des méthodes basées sur le TAN et par culture.

## **2. Type, collecte et transport d'échantillons**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **3. Procédures de désinfection**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **4. Considérations en matière de biosécurité**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

À mesure que la pandémie progressera, le RPLPI émettra des lignes directrices sur les tests à effectuer et des mises à jour concernant la sensibilité aux antiviraux de la souche pandémique et d'autres souches en circulation.

## **5. Sensibilité aux antiviraux**

Voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **6. Recherche**

Si les capacités existent, voir les phases 3.0 et 3.1 de la période d'alerte pandémique.

## **E. Période post-pandémique**

Cette étape marquera un retour aux activités de la période interpandémique. Toutes les questions relatives aux tests qui auront été soulevées durant la pandémie seront étudiées afin de déterminer si l'on peut apporter des changements au plan de lutte contre la pandémie.

## V. Surveillance et collecte de données

La surveillance effectuée par les laboratoires, ajoutée aux données épidémiologiques, sera un élément essentiel, au cours d'une pandémie, pour suivre les phases pandémiques en cours et ainsi faciliter le déclenchement des interventions nécessaires.

### A. Période interpandémique – Phases pandémiques canadiennes 1.0, 1.1, 2.0, 2.1

Dans le cadre du programme de surveillance annuelle continue, les LSP ou les laboratoires désignés doivent soumettre des isolats d'influenza\*\* au LNM pour sous-typage et caractérisation, comme l'indique le Tableau 1. Ces isolats doivent être soumis rapidement au LNM, avec tous les résultats de sous-typage ou de génotypage effectué localement. Le LNM traitera ces échantillons en priorité. Le virus sera amplifié dans une culture cellulaire pour les épreuves de sous-typage par HAI ou neutralisation. Dans le cas des échantillons qui ne peuvent pas être amplifiés au moyen d'une culture, le génotype sera déterminé après amplification de certains gènes par RT-PCR et séquençage. Le LNM s'assurera de communiquer l'information relative au sous-type au laboratoire ayant soumis l'échantillon dans les quelques jours de sa réception.

**Tableau 1 – Types d'isolats à soumettre au LNM par les LSP ou les laboratoires désignés pour le sous-typage et la caractérisation, dans le cadre du programme de surveillance continue**

#### Type d'isolats

10 % de tous les isolats d'influenza, y compris au moins cinq isolats en début de saison et cinq en fin de saison.

Tout isolat obtenu en dehors de la saison grippale, notamment les isolats obtenus d'une personne ayant une IRG et un lien épidémiologique avec une région critique.

Les isolats pour lesquels on ne peut effectuer un sous-typage par HAI ou autres méthodes.

Les isolats obtenus de personnes ayant une infection grippale liée à un voyage à l'étranger.

Les isolats obtenus de personnes prenant des agents antiviraux ou de leurs contacts qui sont devenus malades.

Les isolats de cas suspects de transmission de l'animal à l'homme ou tous les isolats inhabituels.

La phase 2.1 se définit comme la période où « un sous-type du virus de l'influenza détecté chez un animal et posant un risque important pour l'homme se transmet chez les animaux au Canada ». Durant cette phase, les laboratoires effectueront des tests sur les isolats de cas suspects de transmission de l'animal à l'homme ou sur tous les isolats inhabituels. Les données de surveillance des laboratoires traitées durant cette phase serviront à déterminer si la pandémie est passée à la phase 3.1.

Le LNM et certains LSP mettront en commun leurs techniques de sous-typage et d'étude de la sensibilité, de même que les nouveaux tests rapides de détection de l'influenza et les méthodes de sous-typage et d'étude de la sensibilité améliorées qui seront élaborées. Ils serviront également de lieux de formation pour montrer ces méthodes aux autres laboratoires appropriés.

\*\* Si des isolats ne peuvent être obtenus, les laboratoires peuvent soumettre des échantillons cliniques ou d'ARN extrait.

## **B. Période d'alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 3.0, 3.1**

En plus du sous-typage et de la caractérisation des isolats dans le cadre des activités de surveillance courante (Tableau 1), tous les échantillons positifs pour l'influenza A obtenus de sujets présentant des facteurs de risque épidémiologique pour un nouveau sous-type d'influenza A doivent faire l'objet d'un sous-typage, sinon ils doivent être envoyés au LNM pour d'autres analyses. Les LSP joueront un rôle critique dans la surveillance de la propagation potentielle de la souche émergente. Tous les échantillons positifs pour l'influenza obtenus de sujets souffrant d'IRG et ayant des liens épidémiologiques avec un nouveau sous-type d'influenza doivent être confirmés par le LNM et rapidement caractérisés.

L'Appendice F décrit le mode d'acheminement des communications entre les organismes provinciaux et fédéraux lorsqu'on soupçonne la présence d'un nouveau virus d'influenza.

## **C. Période d'alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 4.0, 4.1, 4.2, 5.0, 5.1, 5.2**

Voir les phases 3.0 et 3.1. La surveillance accrue en laboratoire sera maintenue, et comprendra :

- la surveillance de la dérive génétique du virus grippal;
- la surveillance de l'apparition de sous-types nouveaux ou circulant de façon concomitante.

## **D. Période d'alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 6.0, 6.1, 6.2**

La surveillance accrue en laboratoire sera maintenue jusqu'à ce que le sous-type pandémique soit établi dans la province ou territoire concerné.

## **E. Période post-pandémique**

Cette étape marquera un retour aux activités de la période interpandémique. Toutes les questions relatives à la surveillance qui ont été soulevées durant la pandémie seront étudiées afin de déterminer si l'on peut apporter des changements au plan de lutte contre la pandémie.

Durant cette période, il y aura une augmentation soutenue de la demande de tests. Les cliniciens demanderont des analyses d'échantillons provenant de patients qui présentent un syndrome pseudo-grippal afin d'identifier les virus présents et d'éliminer la possibilité de propagation de la souche pandémique.

Durant la période post-pandémique, l'expérience vécue par les laboratoires devra être passée en revue à tous les niveaux pour déterminer si l'on doit apporter des modifications aux procédures d'opérations normalisées ou aux méthodes de diagnostic en vue de se préparer à une éventuelle vague ultérieure.

## VI. Activités de communication

### A. Période d'alerte pandémique/interpandémique – Phases pandémiques canadiennes 1.0 à 5.2

Chaque LSP tiendra à jour une liste des laboratoires qui effectuent couramment des tests de détection de l'influenza dans sa province ou son territoire. Les données provenant de chaque laboratoire, notamment le nom d'une personne-ressource, les numéros de télécopieur et de téléphone et l'adresse de courriel, devraient être conservées dans une base de données afin que les renseignements à jour concernant de nouveaux isolats viraux et leurs caractéristiques diagnostiques puissent être diffusés rapidement et rendus accessibles aux laboratoires de dépistage de l'influenza.

Le LNM et le secrétariat du RLSPC auront également une liste à jour de tous les laboratoires de dépistage de l'influenza. L'information sera également accessible à tous les membres du RPLPI et du RLSPC sur leurs sites Web sécurisés respectifs.

Le secrétariat du RLSPC doit mettre en place un système amélioré de communications relativement à la gestion des événements et à l'éclosion de maladies infectieuses afin d'assurer un lien entre le LNM, les LSP et autres laboratoires de diagnostic qui effectuent des tests de détection de l'influenza et les épidémiologistes provinciaux. À cette fin, il aura recours au centre d'échange d'information du Réseau des laboratoires de surveillance du Canada (RLSC), au courrier électronique, au télécopieur, au téléphone ou aux téléconférences, ainsi qu'aux capacités de diffusion sur le Web. Le RLSPC et le LNM ont chacun établi des numéros sans frais permettant le contact exclusif avec leurs chefs respectifs en cas d'urgence. Ils diffuseront ces numéros aux autorités de santé publique concernées au début de la situation d'urgence.

Le RLSPC sollicitera l'expertise diagnostique du RPLPI s'il y a lieu et au besoin.

Le LNM et les LSP mettront en commun leurs données de séquençage des souches émergentes dès qu'ils les obtiendront, et échangeront s'il y a lieu des données détaillées concernant les amorces et les protocoles recommandés.

Certains renseignements, comme le sous-type, les lignes cellulaires optimales à utiliser, l'utilité de la détection directe des antigènes, la sensibilité aux antiviraux, la morbidité et la mortalité, fournis par l'OMS, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, le LNM ou des laboratoires dans les régions touchées par le nouveau sous-type seront diffusés rapidement aux LSP par le secrétariat du RLSPC, et ce, par différents moyens : centres d'échange de l'information du RLSC, télécopieur, courriel, téléphone, etc., selon les circonstances.

En utilisant la base de données de laboratoire compilées dans le cadre des activités de préparation, les LSP s'assureront que les autres laboratoires de dépistage de l'influenza dans leur province sont tenus informés. Le secrétariat du RLSPC coordonnera les réunions ou les téléconférences du RPLPI et des LSP au besoin.

## **B. Période d'alerte pandémique – Phases pandémiques canadiennes 6.0, 6.1, 6.2**

Des communications intenses se poursuivront au sein du RPLPI, notamment par téléphone, télécopieur et courriel et par le biais des centres de collaboration du Réseau canadien d'information sur la santé publique (RCISP), au besoin.

Le LNM sera chargé de communiquer rapidement les renseignements pertinents concernant l'évolution de la pandémie aux LSP et aux autres laboratoires de diagnostic. Il diffusera notamment des renseignements sur la survenue de petites ou grosses grappes de cas dans différents endroits, par le biais des centres d'échange d'information du RLSPC et du RLSC, ou par télécopieur, courriel ou téléphone s'il y a lieu, et il fournira des mises à jour sur l'activité de la souche pandémique, sur les lignées cellulaires, sur les méthodes de détection directe, etc. Les LSP devront alors transmettre ces renseignements à leurs médecins hygiénistes en chef ou à leur conseil des médecins hygiénistes en chef.

Les LSP transmettront rapidement par le biais du LNM leurs premiers isolats de la souche pandémique de même que tout renseignement sur l'activité grippale locale (Appendice F).

Les communications entre les LSP et les autres laboratoires de dépistage de l'influenza au sein de leur territoire respectif se poursuivront.

On enverra aux clients des messages décrivant tout changement à apporter aux tests durant la pandémie. Ces messages pourraient inclure des stratégies de rechange visant à réduire la charge de travail du laboratoire.

À mesure que la pandémie progressera, le LNM tiendra les LSP informés de l'activité grippale dans tout le pays, des changements dans la sensibilité et des autres souches en circulation.

L'ASPC fournira l'information relative à la morbidité et à la mortalité, etc.

On encourage les laboratoires à offrir aux employés des séances de mise à jour des connaissances concernant les tests, la sécurité et les ressources humaines, et à préparer des messages destinés aux médecins concernant la réduction des services et les restrictions applicables aux tests durant la pandémie.

## **C. Période post-pandémique**

Cette étape marquera un retour aux activités de la période interpandémique. Toutes les questions relatives aux communications qui auront été soulevées durant la pandémie seront étudiées afin de déterminer si l'on peut apporter des changements au plan de lutte contre la pandémie.

## VII. État de préparation à la pandémie

### A. Hypothèses de planification

Les hypothèses de planification sont essentielles pour établir des protocoles et procédures de laboratoire, et constituer des réserves de matériel et de fournitures qui seront nécessaires durant une pandémie. Les hypothèses décrites dans la présente annexe aideront les laboratoires à élaborer des plans appropriés pour assurer la continuité des opérations.

- La souche pandémique apparaîtra au Canada dans les trois mois suivant son émergence ailleurs dans le monde.
- Le Canada sera averti à l'avance de la propagation de personne à personne de la maladie dans d'autres régions géographiques touchées. Les laboratoires profiteront de ce préavis pour mettre au point les détails concernant les diagnostics, les séquences d'amorce, etc.
- Durant la période d'alerte pandémique, il sera essentiel que la surveillance et l'analyse diagnostique en laboratoire se fassent rapidement et avec précision afin de gérer adéquatement la santé publique et la prise en charge clinique.
- Lorsque la pandémie passera de la phase 4 à la phase 6, il y aura au moins 10 fois plus de demandes de tests de diagnostic de l'influenza.
  - Si l'on se fonde sur le nombre de tests de dépistage de l'influenza (environ 27 000) effectués durant un pic de huit semaines d'activité grippale normale (rapport intitulé *Détection et isolement de virus des voies respiratoires au Canada* : <http://www.phac-aspc.gc.ca/bid-bmi/dsd-dsm/rvdi-divr/index-fra.php>), on s'attend à ce que les laboratoires sentinelles traitent à eux seuls 270 000 demandes de tests. Cela pourrait être une sous-estimation puisque ces chiffres sont basés uniquement sur les laboratoires sentinelles relevant du programme de détection/isolement des virus des voies respiratoires de l'ASPC.
- Durant la phase 6 de la pandémie, il y aura probablement diminution de la confirmation en laboratoire des diagnostics cliniques d'influenza au moment où la morbidité atteindra des pics et qu'on aura déterminé un algorithme de diagnostic clinique raisonnablement précis.
- Dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI), il est estimé qu'au cours de la pandémie, de 15 à 35 % de la population sera cliniquement malade au point d'être incapable de se rendre au travail ou de faire d'autres activités pendant au moins une demi-journée. Les taux estimés d'absentéisme du personnel de laboratoire correspondront à cette plage.
- On s'attend à ce qu'un vaccin soit disponible de quatre à six mois suivant l'annonce de la phase 6 par l'OMS.
- Des antiviraux pour le traitement précoce des cas seront offerts d'un bout à l'autre du Canada. La mise en œuvre de cette stratégie pourrait avoir un effet sur les priorités des laboratoires de diagnostic.
- La résistance aux antiviraux sera surveillée dans le cadre de la stratégie d'utilisation des antiviraux.
- Les laboratoires verront augmenter les demandes de tests pour des infections secondaires découlant de l'influenza, et il y aura aussi augmentation des tests pour les infections nosocomiales

causées par un nombre accru d'admissions dans les hôpitaux. L'ampleur de ces augmentations est inconnue et dépendra des groupes de population les plus touchés par la souche pandémique.

- Il y aura pénurie de matériel et de fournitures durant la période pandémique. Par conséquent, il faut mettre en place des plans pour s'assurer d'avoir un approvisionnement constant en fournitures pour l'influenza et autres infections pendant une période de 16 semaines (soit deux vagues pandémiques) afin de remédier aux interruptions sporadiques des chaînes d'approvisionnement (comme les interruptions de la poste et de la messagerie, les fermetures de frontières, les limites d'approvisionnement, etc.).

## **B. Considérations relatives à la continuité des opérations**

Dans le cadre des mesures de préparation à une pandémie, le RPLPI encourage les LSP et autres laboratoires locaux à évaluer les répercussions qu'aura la pandémie sur les ressources humaines et autres fonctions des laboratoires cliniques. Bien que l'impact réel soit difficile à prédire avec exactitude, les demandes de tests adressées par les médecins augmenteront dans certains cas (p. ex., nombre accru d'échantillons respiratoires) et diminueront dans le cas d'autres tests. En prévoyant à l'avance ces changements, on pourra faciliter la mise au point de stratégies visant à maximiser le déroulement et l'efficacité des opérations.

Voici quelques-unes des stratégies possibles :

### **Évaluation des fonctions du laboratoire**

- Dresser une liste des services essentiels du laboratoire.
- Prévoir l'augmentation de la demande de certains tests (pour le diagnostic de l'influenza et d'autres maladies) et la baisse de la demande d'autres tests.
- Étudier les moyens appropriés de rationaliser l'accès aux échantillons.
- Élaborer une stratégie d'établissement des priorités visant à réduire la charge de travail courante et les autres services. On déterminera quels services seront restreints et dans quel ordre, s'il y a des problèmes au niveau des RH ou des autres ressources. Il faudra tenir compte de l'impact de chaque test et de son volume.
- Prendre en compte les changements possibles au calendrier des analyses pour maximiser le déroulement et l'efficacité des opérations.
- Confirmer et garantir qu'il y a suffisamment de fournitures pour maintenir la capacité de diagnostic de l'influenza, et que ces fournitures dureront au moins tout au long de la première vague de la pandémie.
- Augmenter les stocks d'écouvillons, de trousse contenant un milieu pour le transport du virus et d'autres réactifs nécessaires pour le diagnostic de l'influenza.
- Refaire l'inventaire et commander les fournitures et lignes cellulaires nécessaires (p. ex., plus d'écouvillons ou de milieux de transport de virus, de réactifs TAN, d'antisérums pour les tests DFA) ainsi que l'équipement de protection individuelle.
- Revoir les algorithmes de détection de l'influenza en fonction des réactifs, lignes cellulaires et trousse disponibles, et les modifier au besoin.
- Revoir les tests autres que celui de l'influenza pour lesquels la demande risque d'augmenter (p. ex., cultures sanguines, cultures d'expectorations), en plus des tests diagnostiques associés à l'influenza.

Les LSP et autres laboratoires de virologie diagnostique devraient aussi passer en revue les stratégies élaborées pour réduire au minimum l'impact sur les laboratoires cliniques :

- Examiner la liste des priorités pour les tests.
- Passer en revue les autres stratégies de dépistage possibles et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de réactifs pour les tests, par exemple :
  - bandelettes réactives pour les analyses d'urine;
  - bandelettes pour les médecins généralistes afin d'encourager ceux-ci à faire les analyses en cabinet.
- Préparer les réactifs qui seront nécessaires pendant les mois à venir, p. ex., des milieux.
- Commencer l'exercice d'établissement des priorités.
- Mettre en œuvre des stratégies d'exclusion, de rejet des échantillons et de réduction des tests.
- Rajuster les calendriers de tests au besoin.
- Si possible, agir comme fournisseur ou fournir du matériel génétique et des protocoles pour la propagation cellulaire (p. ex., les cellules canines MDCK (Madin-Darby canine kidney) à d'autres laboratoires qui en ont besoin.

### **Évaluation des ressources humaines requises**

- Dresser un inventaire des services actuellement fournis et des RH requises pour maintenir ce niveau de services.
- Dresser une liste des RH requises pour maintenir les services essentiels.
- Élaborer une stratégie de dotation en personnel. Idéalement, les questions de dotation devraient être réglées avant la pandémie, de façon à ce qu'on puisse trouver des solutions avant l'apparition de problèmes de RH.
- Encourager le personnel du laboratoire à recevoir le vaccin annuel contre la grippe saisonnière.

### **Renforcement des capacités du laboratoire**

Les capacités du laboratoire doivent être renforcées pour assurer un état de préparation optimal durant une pandémie. Au mieux, d'après les niveaux opérationnels actuels, la plupart des laboratoires pourront seulement doubler leur capacité d'analyses au cours de la première vague pandémique anticipée. Pour répondre à l'augmentation prévue de 10 fois le nombre d'analyses au cours de cette période, le RPLPI recommande fortement aux laboratoires qui effectuent le dépistage de l'influenza d'accroître leurs fournitures stockables, d'obtenir de l'équipement additionnel et d'augmenter le personnel technique qualifié disponible :

- Les fournitures stockables doivent inclure les articles périssables et non périssables qui seront difficiles à obtenir advenant une pandémie. Même si les laboratoires s'efforceront d'utiliser les fournitures périssables avant leur péremption, il y aura un gaspillage important et inévitable avant que survienne la pandémie. Il faudra effectuer une bonne rotation des stocks pour réduire au minimum les pertes potentielles.
- Les laboratoires qui effectuent le dépistage de l'influenza auront également besoin d'équipement additionnel pour l'extraction et l'amplification des acides nucléiques. Afin d'assurer le maintien des compétences du personnel utilisant l'équipement, ce matériel additionnel pourrait servir pour d'autres épreuves courantes.

- Le personnel technique du laboratoire doit recevoir une formation polyvalente pour effectuer des épreuves TAN pour l'influenza et le sous-typage subséquent. L'augmentation du nombre d'employés qualifiés permettra de répondre aux demandes d'analyses additionnelles et de parer aux absences prévues durant la pandémie. Les employés qualifiés doivent maintenir leurs compétences en effectuant des épreuves TAN pour le virus de la grippe saisonnière et d'autres virus.

### **Participer à des exercices de préparation**

Les laboratoires devraient prévoir participer, à la demande de l'ASPC, à des exercices de préparation à la pandémie qui permettront de mettre les plans à l'épreuve et de cerner les aspects qui exigent un supplément d'attention. Tous les participants à l'exercice devront évaluer le déroulement.

### **Mettre en place des protocoles d'entente**

Il faudra établir des ententes intra et interprovinciales pour déterminer la façon dont les LSP pourraient le mieux possible réaffecter leurs ressources de dépistage pour aider à surveiller la propagation de la pandémie et pour uniformiser la façon dont les laboratoires feront le tri entre les analyses d'échantillons respiratoires critiques et celles qui ne le sont pas. Ce triage sera nécessaire de façon à ce qu'au moins une partie des ressources puissent être affectées à la surveillance de l'apparition et de l'accélération de l'activité pandémique au Canada.

## **C. Assurance de la qualité et contrôle de la qualité**

Il est vivement recommandé que tous les laboratoires qui effectuent des tests pour le diagnostic de l'influenza, peu importe le type de tests, participent au programme de vérification de la compétence du LNM. Ce dernier enverra des panels de vérification de la compétence pour évaluer la sensibilité et la spécificité des tests diagnostiques disponibles dans les LSP et autres laboratoires de virologie diagnostique. Le LNM et les LSP utiliseront les mêmes lots de réactifs conçus pour diagnostiquer les sous-types grippaux en circulation ou en émergence. Le LNM fournira aussi annuellement un panel de vérification de la compétence à tout laboratoire canadien qui souhaite participer à l'identification par TAN des souches courantes d'influenza A. Ces panels seront constitués d'échantillons d'ARN extraits des principales souches d'intérêt pour les essais de contrôle de la qualité de la RT-PCR.

Le RPLPI recommande la participation à d'autres programmes agréés de vérification de la compétence, notamment ceux du College of American Pathologists.

Durant les dernières phases de la période d'alerte pandémique (4.1, 4.2, 5.0, 5.1, 5.2), les ressources des laboratoires qui seront affectées au diagnostic seront débordées. Cependant, il sera important de maintenir les activités d'assurance de la qualité, comme la participation aux panels de vérification de la compétence distribués par le LNM. Il incombera à ce dernier de fournir les directives et le matériel requis.

Durant la période de pandémie, on encourage les laboratoires à s'assurer de la sensibilité et de la spécificité des nouvelles méthodes par le biais de la participation aux programmes continus d'assurance de la qualité. Les problèmes cernés doivent être signalés au LNM en vue d'une investigation et d'un partage de l'information avec les LSP et autres laboratoires de diagnostic.

### Appendice A – Liste d’acronymes

#### Organisations

Agence de la santé publique du Canada . . . . .	.ASPC
Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis) . . . . .	.CDC
Centre de l’immunisation et des maladies respiratoires infectieuses . . . . .	.CIMRI
Centre de mesures et d’interventions d’urgence . . . . .	.CMIU
Comité sur la pandémie d’influenza . . . . .	.CPI
Fédéral, provincial ou territorial . . . . .	.FPT
Laboratoire national de microbiologie . . . . .	.LNM
Laboratoires de santé publique . . . . .	.LSP
Organisation mondiale de la santé . . . . .	.OMS
Provinces ou territoires. . . . .	.PT
Plan canadien de lutte contre la pandémie d’influenza . . . . .	.PCLPI
Réseau canadien d’information sur la santé publique . . . . .	.RCISP
Réseau de préparation des laboratoires à une pandémie d’influenza . . . . .	.RPLPI
Réseau des laboratoires de santé publique du Canada. . . . .	.RLSPC
Réseau des laboratoires de surveillance du Canada . . . . .	.RLSC

#### Termes diagnostiques et scientifiques

Acide ribonucléique . . . . .	.ARN
Amplification par la polymérase . . . . .	.PCR
Dosage immuno-enzymatique. . . . .	.EIA
Épreuve d’immunofluorescence. . . . .	.IFA
Épreuve d’immunofluorescence directe. . . . .	.DFA
Hémagglutinine . . . . .	.HA
Infection respiratoire grave . . . . .	.IRG
Inhibition de l’hémagglutination . . . . .	.HAI
Nasopharyngé . . . . .	.NP
Niveau de confinement . . . . .	.NC
Point de service . . . . .	.PDS
Prélèvement nasopharyngé . . . . .	.PNP
Ressources humaines . . . . .	.RH
Test d’amplification des acides nucléiques . . . . .	.TAN
Transcription inverse-amplification par la polymérase. . . . .	.RT-PCR

# Appendice B – Exigences minimales pour la prestation de services par les laboratoires de santé publique durant une pandémie d’influenza

## Recommandation du RPLPI concernant les exigences minimales pour la prestation de services par les laboratoires de santé publique durant une pandémie d’influenza

- Préambule
- Procédures et capacité d’analyse
- Collecte d’échantillons
- Plan de continuité des opérations
- Communications
- LSP qui doivent répondre aux exigences minimales

### Préambule

#### Hypothèses concernant la demande de services d’analyse

- Il est impossible de prédire avec précision la demande de pointe des services d’analyse, la durée de cette période de pointe, la disponibilité des fournitures et des réactifs nécessaires aux tests, de même que les ressources humaines disponibles durant cette période.
- Les recommandations suivantes sont basées sur les meilleures prévisions et hypothèses du RPLPI.

### Procédures et capacité d’analyse

- Les laboratoires provinciaux de santé publique (LPSP) ou les laboratoires désignés doivent être en mesure de diagnostiquer l’influenza A par des tests d’amplification des acides nucléiques (TAN). Ces méthodes doivent être dotées d’un large spectre de réactivité pour être en mesure d’identifier de nouveaux sous-types d’influenza A.
- Chaque LPSP ou laboratoire désigné doit pouvoir effectuer le sous-typage des échantillons positifs d’influenza A afin de distinguer la grippe saisonnière des nouveaux sous-types.
- Chaque LPSP ayant des capacités de confinement de niveau 3 (CN 3) doit élaborer des procédures normalisées pour la culture et l’identification des nouveaux sous-types d’influenza A. Les LPSP ou laboratoires désignés qui n’ont pas cette capacité devraient établir un protocole d’entente avec un autre laboratoire désigné qui possède cette capacité de confinement ou avec le LNM, afin d’obtenir ce service.
- Les laboratoires provinciaux et autres laboratoires désignés doivent avoir la capacité de répondre à des demandes accrues de dépistage de l’influenza pandémique.

- Le LNM a le mandat d'effectuer d'autres analyses plus spécialisées, comme des analyses sérologiques, des tests de résistance aux antiviraux et des épreuves de caractérisation antigénique. Toutefois, selon leurs ressources et leur savoir-faire, les LSP peuvent collaborer avec le LNM pour mettre au point ces tests afin d'offrir une capacité accrue d'analyses spécialisées.

## Collecte d'échantillons

Chaque LPSP ou laboratoire désigné doit pouvoir fournir les outils appropriés de collecte d'échantillons et donner des conseils à ce sujet.

- Actuellement, comme on ne connaît pas l'échantillon idéal pour un nouveau sous-type, ces laboratoires doivent recommander la collecte de prélèvements nasopharyngés, de prélèvements de gorge ou de nez et, possiblement, de prélèvement de plasma et de selles chez les individus qui ont des caractéristiques épidémiologiques les exposant à un risque accru face à un nouveau sous-type d'influenza A.
- À mesure que la pandémie progressera, des renseignements concernant les échantillons les plus appropriés seront fournis.

## Plan de continuité des opérations

- Chaque LPSP ou laboratoire désigné doit établir un plan de continuité des opérations relativement aux services de dépistage de l'influenza et aux autres services essentiels d'analyses non liés à l'influenza; ce plan comprendra notamment :
  1. Les exigences minimales en matière de ressources humaines et matérielles pour maintenir les services essentiels de façon ininterrompue durant la phase critique de la pandémie. Puisque la vague initiale de pandémie peut durer au moins huit semaines (selon l'endroit), les laboratoires doivent prévoir des pénuries, notamment, de fournitures, de réactifs et de personnel. Le plan de continuité doit donc inclure l'approvisionnement en fournitures et réactifs pour les phases 4, 5 et 6. Le plan devrait aussi inclure un accord d'aide mutuelle entre le laboratoire et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).
  2. L'élaboration et la publication d'une liste des services de laboratoire qui seront réduits, au besoin, durant une pandémie, par ordre de priorité.
  3. Les réserves de réactifs et de fournitures nécessaires pour maintenir les services essentiels et la mise en place d'un système de gestion des stocks pour maximiser l'utilisation des réactifs et réduire le plus possible les pertes dues à la péremption des réactifs. Ce système doit tenir compte de la durée de conservation limitée des articles essentiels périssables.

## Communications

### Exigences minimales pour des communications en temps opportun

- Chaque LSP ou laboratoire désigné devrait renforcer ses liens de communication avec les bureaux locaux des services provinciaux de santé publique et le RLSPC. Le Comité canadien sur la pandémie d'influenza diffusera de l'information à jour concernant les nouveaux sous-types par l'entremise du RPLPI, puis du RLSPC. (Voir la Figure A – RPLPI et acheminement de l'information : Relier les laboratoires locaux et provinciaux de santé publique par le biais du RLSPC et du Comité canadien sur la pandémie d'influenza.)
- Il faut préciser comment se fera la mise à jour constante et rapide des renseignements épidémiologiques des laboratoires (données, collecte et acheminement des échantillons, biosécurité, etc.) durant une pandémie.
- Les LPSP et laboratoires désignés joueront un rôle de premier plan dans l'élaboration et l'orientation des mécanismes de triage des échantillons (p. ex., formulaire de renseignements cliniques essentiels). (Voir la Figure B).

## LSP qui doivent répondre aux exigences minimales

### Terre-Neuve-et-Labrador

Newfoundland Public Health Laboratory\*  
100 Forest Rd  
BP 8800  
St. John's TN A1A 3Z9  
Tél. : 709-777-6565  
Télééc. : 709-777-7070

### Nouvelle-Écosse

QE II Health Science Centre  
5788, av. University  
Halifax NE B3H 1V8  
Tél. : 902-473-6885  
Télééc. : 902-473-4432

### Nouveau-Brunswick

Hôpital régional  
Dr G.L. Dumont  
330, av. Université  
Moncton NB E1C 2Z3  
Tél. : 506-862-4820  
Télééc. : 506-862-4827

### Québec

Laboratoire de santé publique du Québec\*  
20045, ch. Sainte-Marie  
Sainte-Anne-de-Bellevue QC H9X 3R5  
Tél. : 514-457-2070  
Télééc. : 514-457-6346

### Ontario

Laboratoire central de santé publique\*  
81 Resources Rd.  
Etobicoke ON M9P 3T1  
Tél. : 416-235-5841  
Télééc. : 416-235-5941

### Manitoba

Laboratoire provincial Cadham  
750, av. William  
BP 8450  
Winnipeg MB R3C 3Y1  
Tél. : 204-945-6456  
Télééc. : 204-786-4770

### Saskatchewan

Saskatchewan Provincial Laboratory  
3211, rue Albert  
Regina SK S4S 5W6  
Tél. : 306-787-3129  
Télééc. : 306-787-1525

### Alberta

ProvLab Alberta\*  
8440-112 Street NW  
Walter Mackenzie Centre 1B1.17  
Edmonton AB T6G 2J2  
Tél. : 780-407-8904  
Télééc. : 780-407-8984

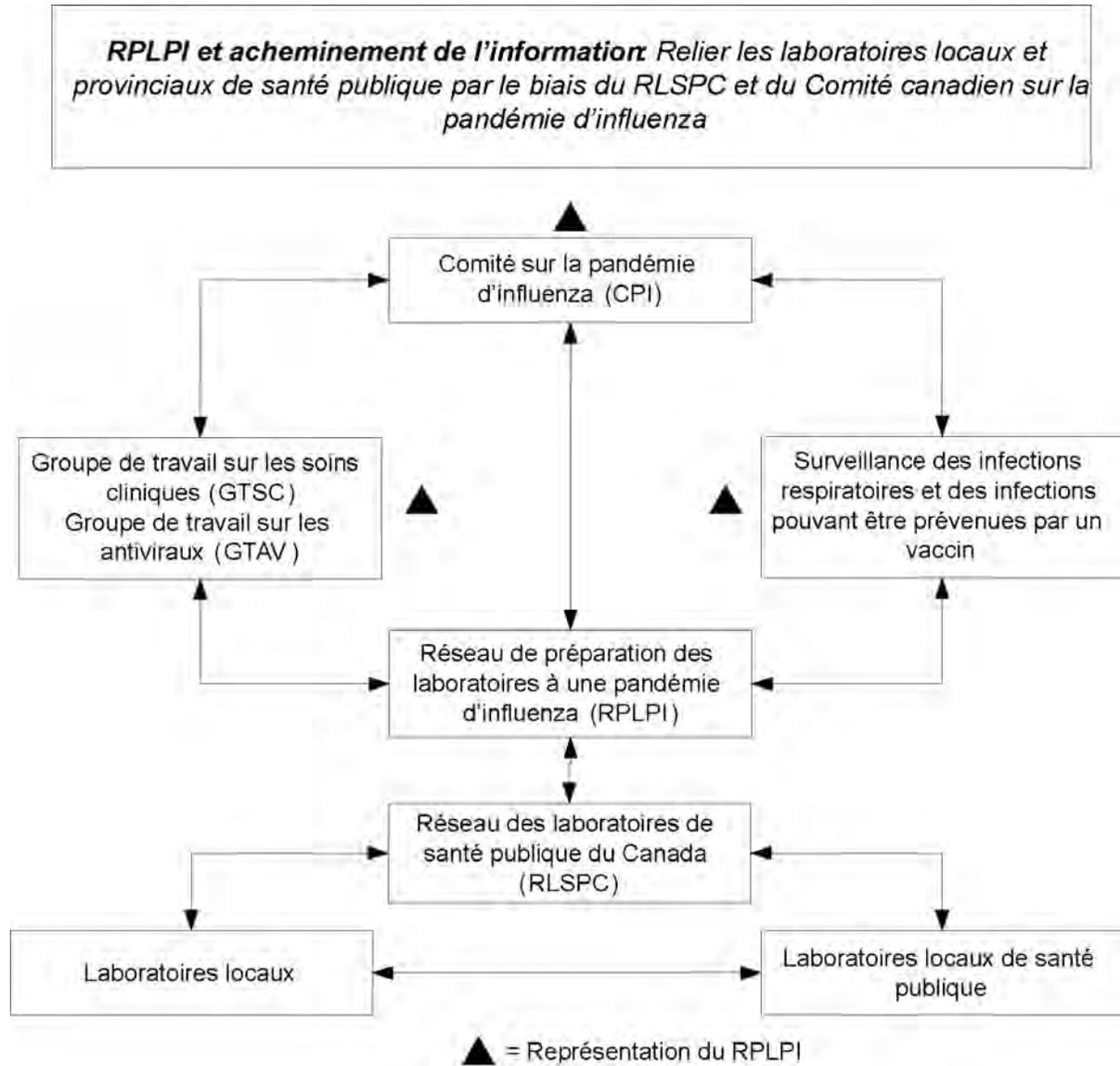
Provincial Laboratory of Public Health for  
Southern Alberta\*  
3030 Hospital Drive NW  
Calgary AB T2N 4N1  
Tél. : 403-670-1200  
Télééc. : 403-283-0142

### Colombie-Britannique

British Columbia Centre for Disease Control,  
Laboratory Services\*  
655 West 12th Ave.  
Vancouver CB V5Z 4R4  
Tél. : 604-660-6045  
Télééc. : 604-660-6073

\* Indique que l'établissement est agréé au niveau de confinement 3.

**Figure A : RPLPI et acheminement de l'information : Relier les laboratoires locaux et provinciaux de santé publique par le biais du RLSPC et du Comité canadien sur la pandémie d'influenza**





# Appendice C – Préparation à une pandémie de grippe au Québec – Tests rapides : valeur et limites<sup>2</sup>

Extrait de :

Fauvel, Micheline et Couillard, Michel. Octobre 2006. « Préparation à une pandémie de grippe. Lignes directrices à l'intention des cliniciens et des laboratoires du Québec sur l'utilisation des épreuves de laboratoire pour les virus de l'influenza ». Institut national de santé publique du Québec.

## Sensibilité et spécificité de deux tests rapides approuvés aux États-Unis

L'OMS, les CDC et la Food and Drug Administration (FDA) des É.-U. ont émis des avis et recommandations sur l'utilisation de tests rapides pour la détection du virus grippal A en fonction de la présence appréhendée de la grippe aviaire. Ces documents peuvent être consultés sur les sites suivants et sont résumés dans cette section<sup>1-3</sup>.

- <http://www.cdc.gov/flu/professionals/labdiagnosis.htm>
- [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/rapid\\_testing/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/rapid_testing/en/index.html)
- <http://www.fda.gov/cdrh/oivd/tips/rapidflu.html>

Plusieurs tests pour le dépistage rapide de l'influenza sont homologués au Canada. Ils permettent de détecter :

- le virus de l'influenza A et B sans permettre l'identification du type;
- le virus de l'influenza A seulement;
- le virus de l'influenza A et B en permettant l'identification du type.

Ils ne permettent pas présentement de distinguer les sous-types H et N du virus grippal A.

Les tests rapides ont été évalués avec différents types d'échantillons et dans différentes populations. Ils présentent une sensibilité accrue dans les populations pédiatriques, parce que les enfants excrètent plus de virus et plus longtemps que les adultes. Le tableau suivant présente des données générées avec deux tests rapides<sup>3</sup>. La spécificité peut aussi varier en fonction de l'âge de la population et du type d'échantillon.

Sensibilité et spécificité compilées à partir de deux tests rapides*				
Échantillon	Type de virus grippal détecté	Population**	Sensibilité, %†	Spécificité, %†
Écouvillonnage de gorge	A	Pédiatrique‡	65-90	81-91
		Adulte	24-91	69-94
Écouvillonnage de gorge	A et B	Non précisé	59-82	81-93
Lavage nasal ou aspiration nasopharyngée	A	Pédiatrique‡	82-95	98-100
		Adulte	53-87	90-100
Lavage nasal	A	Pédiatrique‡	36-88	92-99
		Adulte	9-99	59-100

<b>Sensibilité et spécificité compilées à partir de deux tests rapides*</b>				
Lavage nasal ou aspiration nasale	A	Non précisé	65-84	95-99
Écouvillonnage nasal	A et B	Non précisé	65-87	87-97

\* Adapté de : FDA, *Cautions in using rapid tests for detecting influenza A viruses*. 14 novembre 2005, disponible à : <http://www.fda.gov/cdrh/oivd/tips/rapidflu.html>. Trousses et fabricants non identifiés.

\*\* Données des États-Unis, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande pendant des saisons où les souches grippales prédominantes étaient A H3 et A H1.

† Intervalle de confiance à 95 %.

‡ Âge non précisé, mais majoritairement moins de 10 ans.

## Implications

Les tests rapides affichent des taux de sensibilité plus faibles que la culture ou la RT-PCR, alors que les taux de spécificité sont assez élevés. Il faut admettre que des résultats faussement positifs ou faussement négatifs pourront être obtenus aussi avec les tests rapides et que le taux variera en fonction du degré d'activité grippale dans la population. En fait, c'est la prévalence de l'infection qui influera sur les valeurs prédictives positives et négatives. Le tableau qui suit présente un exemple de la variation des valeurs prédictives lorsqu'une même trousse est utilisée en début et au pic de l'activité grippale, en fonction de taux de prévalence (simulée) de 1 % et de 25 %.

	<b>Valeurs prédictives selon la prévalence</b>	
	<b>Prévalence de l'influenza</b>	
	<b>1 000/100 000 (1 %)</b>	<b>25 000/100 000 (25 %)</b>
Individus infectés	1 000	25 000
Individus non infectés	99 000	75 000
Sensibilité de la trousse	80 %	80 %
Spécificité de la trousse	97 %	97 %
Vrais positifs	800	20 000
Faux positifs	2 970	2 250
Vrais négatifs	96 030	72 750
Faux négatifs	200	5 000
VPP	21,2 %	89,8 %
VPN	99,8 %	93,6 %

VPP, valeur prédictive positive; VPN, valeur prédictive négative

Hors saison ou au tout début de l'activité, les valeurs prédictives négatives (VPN) sont plus élevées et les valeurs prédictives positives (VPP) plus faibles; les résultats faussement positifs sont alors plus probables. C'est pourquoi il est important de confirmer les premiers résultats positifs générés avec une trousse de détection rapide d'antigènes. Pendant la saison d'activité intense, les VPP seront plus élevées, générant peu de faux positifs, alors que les VPN seront un peu plus faibles.

***À l'heure actuelle, l'information préliminaire sur l'utilisation des tests rapides en Asie porte à croire que leur sensibilité est faible dans les cas où l'infection par l'influenza A H5N1 a été confirmée par culture. Les données sur le degré d'excrétion du virus aviaire chez les humains infectés sont actuellement limitées. Le meilleur échantillon clinique pour une détection optimale de la souche H5N1 chez l'humain est encore inconnu. Pour ces raisons, on encourage***

*le prélèvement de différents échantillons respiratoires, y compris ceux des voies respiratoires inférieures, dans les cas suspects de grippe aviaire.<sup>4</sup>*

## Limites des tests rapides

Lors de l'interprétation des résultats obtenus avec des tests rapides, il est important de tenir compte des données de laboratoire et de surveillance concernant la circulation des souches et le niveau d'activité grippale. Les points suivants devraient être pris en considération :

- Lorsque l'activité est faible, les résultats positifs d'un test rapide devraient être confirmés par culture ou par RT-PCR.
- Durant la période de pointe de l'activité, quand les VPN sont un peu plus faibles, les faux négatifs sont plus probables.
- Au début de la saison grippale, les résultats négatifs devraient être interprétés avec prudence, et la confirmation par culture ou PCR devrait être envisagée, parce qu'un résultat négatif n'écarte pas nécessairement la possibilité d'une infection par le virus de l'influenza.
- Les tests rapides ne fournissent aucune information sur les sous-types viraux et ne peuvent distinguer les souches d'influenza A infectant les humains (H1, H2, H3) de celles infectant les oiseaux ou autres animaux (H5, H7, H9).

*Il est donc important de prévoir la collecte d'échantillons suffisamment volumineux pour permettre la confirmation par des tests supplémentaires en fonction des périodes d'activité et lorsque des souches nouvelles sont appréhendées.*

Enfin, lors de l'évaluation des trousse commerciales, il est recommandé d'évaluer les données publiées en tenant compte des mises en garde suivantes :

- La comparaison des taux de sensibilité et de spécificité des trousse commerciales qui sont publiés par les fabricants dans leurs monographies exige de la prudence, puisque leurs études sont effectuées auprès de groupes de patients différents et à partir d'échantillons variables qui ont été prélevés à différents moments après le début des symptômes;
- On observe parfois une plus grande sensibilité lorsqu'un test est réalisé avec des échantillons préalablement congelés plutôt qu'avec des échantillons frais;
- Le prélèvement, la conservation et le transport inappropriés des échantillons peuvent générer des résultats faussement négatifs;
- Les valeurs prédictives des tests dépendront du niveau d'activité grippale dans le milieu.

La liste des trousse de détection rapide des antigènes du virus grippal actuellement homologuées au Canada figure au tableau ci-dessous. Pour obtenir la liste à jour des instruments médicaux utilisés à cette fin, veuillez en faire la demande par courriel à [device\\_licensing@hc-sc.gc.ca](mailto:device_licensing@hc-sc.gc.ca) ou par téléphone au 613-957-1909.

Nom de la trousse	Fabricant	N° d'homologation
BD DIRECTIGEN EZ FLU A+B	Becton Dickinson and Company	66969
DIRECTIGEN FLU A TEST KIT	Becton Dickinson and Company	10819
DIRECTIGEN FLU A + B	Becton Dickinson and Company	23834
BINAX NOW INFLUENZA A & B	Binax Inc.	71036

FLU OIA TEST KIT	Thermo Biostar Inc.	23519
ACTIM INFLUENZA A & B TEST	Medix Biochemica OY AB	66656
QUICK S INFLU A/B TEST	Innovatek Medical Inc.	66848
IMMUNOCARD STAT FLU A & B	Meridian Bioscience Inc.	65947
QUICKVUE INFLUENZA A+B TEST	Quidel Corporation	20158
NOW FLU A NOW FLU B TEST KIT	Binax Inc.	61340
XPECT FLU A/B	Remel	63374
CLEARVIEW FLU A/B TEST	Wampole Laboratories Inc.	66506
INFLU A RESPI STRIP	Coris Bioconcept	63448
INFLU A&B TEST KITS	Coris Bioconcept	69985

Nota : Données en date de juin 2006. Source : Bureau des matériels médicaux, Santé Canada.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé. *WHO recommendations on the use of rapid testing for influenza diagnosis*. Juillet 2005. Voir le site Web : [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/rapid\\_testing/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/rapid_testing/en/index.html).
2. US Food and Drug Administration. *Cautions in using rapid tests for detecting influenza A viruses*. 14 novembre 2005. Voir le site Web : <http://www.fda.gov/cdrh/oivd/tips/rapidflu.html>.
3. US Food and Drug Administration. *Guidance for industry and FDA staff. In vitro diagnostic devices to detect influenza A viruses: Labeling and regulatory path*. Avril 2006. Voir le site Web : [www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/06d-0121-gdl0001.pdf](http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/06d-0121-gdl0001.pdf).

## Appendice D – Prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage

### Prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage

1. Utilisez l'écouvillon fourni avec les milieux de transport du virus.
2. Expliquez la procédure au patient.
3. Lorsque vous prélevez les échantillons, portez des gants et un masque. Changez de gants et lavez-vous les mains entre chaque patient.
4. La présence d'une grande quantité de mucus dans le nez du patient peut nuire au recueil de cellules. Demandez soit au patient d'utiliser un mouchoir pour enlever doucement le mucus nasal visible ou nettoyez vous-même la narine à l'aide d'un coton-tige.
5. Comment estimer la distance jusqu'au nasopharynx : avant d'introduire l'écouvillon, mesurez la distance entre le coin du nez jusqu'à la partie avant de l'oreille et introduisez la tige **approximativement aux 2/3 la moitié de cette longueur**.
6. Demandez au patient de s'asseoir confortablement. Renversez légèrement la tête du patient vers l'arrière pour que le passage entre la partie avant du nez et le nasopharynx soit en ligne droite et qu'il soit ainsi plus facile d'introduire l'écouvillon.
7. Insérez l'écouvillon fourni le long de la partie médiane du septum, du plancher du nez, jusqu'à ce qu'il atteigne les choanes; une légère rotation de l'écouvillon peut aider. (Si vous rencontrez de la résistance, essayez l'autre narine; le patient peut avoir une déviation de la cloison nasale.)

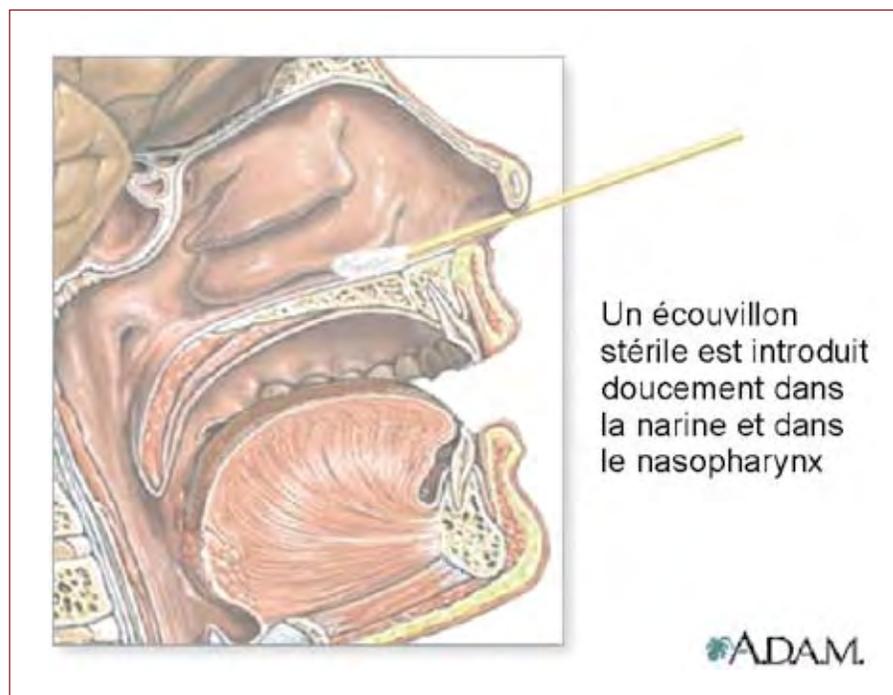


Image obtenue de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/9687.htm>

8. Laissez l'écouvillon en place pendant 5 à 10 secondes.

9. Effectuez une rotation de l'écouvillon plusieurs fois pour déloger les cellules épithéliales cylindriques. Nota : L'insertion de l'écouvillon provoque habituellement la toux.
10. Retirez l'écouvillon et placez-le dans le tube de recueil.
11. Réfrigérez immédiatement.
12. Retirez les gants.
13. Lavez-vous les mains.
14. Joignez la demande remplie.
15. Transportez le tube au laboratoire.

# Appendice E – Avis de biosécurité provisoire pour les laboratoires concernant la pandémie d'influenza

*Bureau de la sécurité des laboratoires, Centre de mesures et d'interventions d'urgence, Agence de la santé publique du Canada*

Dans le cadre du plan de préparation aux situations d'urgence, le Bureau de la sécurité des laboratoires publie le présent avis de biosécurité provisoire concernant la manipulation en laboratoire d'échantillons cliniques associés aux nouveaux sous-types du virus grippal pouvant présenter un danger de pandémie. Veuillez noter que les recommandations qui suivent pourront être modifiées à mesure que le Bureau obtiendra des renseignements spécifiques sur la souche pandémique; ces modifications seront communiquées par le CMIU en temps opportun.

## **Précautions à prendre dans les laboratoires qui reçoivent et qui traitent des échantillons cliniques et de tissus prélevés sur des sujets soupçonnés d'être infectés par le virus de la grippe pandémique :**

- Traiter les échantillons à emballer et à envoyer aux laboratoires de diagnostic aux fins d'autres tests dans un laboratoire en appliquant les mesures opérationnelles supplémentaires décrites ci-dessous.
- Effectuer les tests de diagnostic (à l'exclusion de la culture virale) visant à écarter la possibilité d'une souche grippale pandémique dans un laboratoire de NC 2<sup>1</sup> en appliquant les mesures opérationnelles supplémentaires décrites ci-dessous.
- Réaliser les cultures virales dans un laboratoire agréé de NC 3.

## **Mesures opérationnelles supplémentaires :**

- Lorsqu'ils manipulent les prélèvements, les employés du laboratoire doivent porter des vêtements de protection (p. ex., une blouse de laboratoire ne s'ouvrant pas sur le devant, des gants et un appareil respiratoire muni d'un filtre N-95) en fonction du risque d'exposition à l'agent.
- Les manipulations doivent être effectuées dans une enceinte de sécurité biologique agréée.
- La centrifugation des échantillons cliniques et des prélèvements de tissus doit être effectuée au moyen d'une centrifugeuse dont les godets ou les rotors sont hermétiques et sont retirés dans une enceinte de sécurité biologique.

## **Précautions à prendre dans les laboratoires qui manipulent des échantillons cliniques prélevés de cas humains confirmés de grippe pandémique pour l'isolement et la manipulation de l'agent :**

- Traiter les échantillons à emballer et à envoyer aux laboratoires pour d'autres tests dans un laboratoire de NC 2, en appliquant les mesures opérationnelles supplémentaires décrites ci-dessus.
- Les manipulations de l'agent devraient être effectuées dans un laboratoire de NC 3<sup>1</sup> en appliquant les mesures opérationnelles du NC 3<sup>1</sup>;

- Les tests par PCR sur tout matériel génétique non infectieux extrait peuvent être effectués dans un laboratoire de NC 2<sup>1</sup>.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des précautions de biosécurité liées aux activités touchant des souches grippales pandémiques *in vivo* et la manipulation d'échantillons animaux, veuillez communiquer avec la Division des biorisques, du confinement et de la sécurité de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, au 613-221-7088.

### **Transport des échantillons cliniques :**

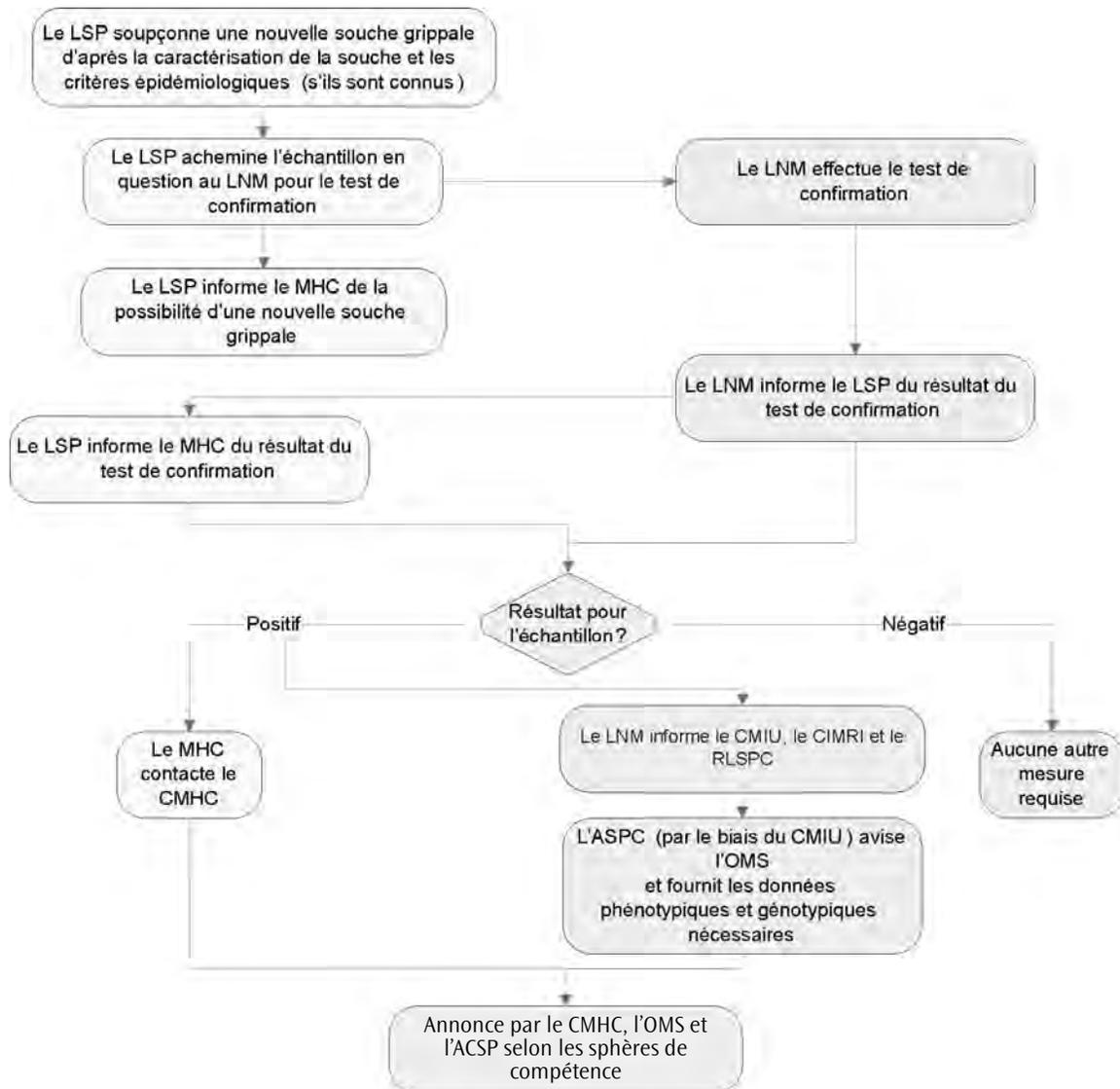
- L'emballage, l'expédition et le transport des échantillons doivent être au moins conformes aux exigences du *Règlement sur le transport des marchandises dangereuses* de Transports Canada<sup>2</sup> et à la *Réglementation des marchandises dangereuses* de l'Association du transport aérien international<sup>3</sup>.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la biosécurité et du transport, veuillez communiquer avec le Bureau de la sécurité des laboratoires du Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada, au numéro de téléphone 613-957-1779 ou au numéro de télécopieur 613-941-0596, ou consultez le site Web [http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/index_f.html)

## **Références**

1. Santé Canada. *Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire*, 3<sup>e</sup> édition. Voir le site Web <http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/lbg-ldbl/index.html>.
2. Transports Canada. *Règlement sur le transport des marchandises dangereuses*. Voir le site Web : <http://www.tc.gc.ca/tmd/menu.htm>.
3. Association du transport aérien international. *Réglementation des marchandises dangereuses*. Voir le site Web : <http://www.iataonline.com>.

## Appendice F – Mode d’acheminement des communications des laboratoires en cas de pandémie d’influenza : Période d’alerte pandémique



ACSP : Administrateur en chef de la santé publique  
 CIMRI : Centre de l’immunisation et des maladies respiratoires infectieuses  
 CMHC : Conseil des médecins hygiénistes en chef  
 CMIU : Centre de mesures et d’interventions d’urgence  
 LNM : Laboratoire national de microbiologie  
 LSP : Laboratoire de santé publique  
 MHC : Médecin hygiéniste en chef  
 OMS : Organisation mondiale de la santé  
 OPS : Organisation panaméricaine de la santé  
 RLSPC : Réseau des laboratoires de santé publique du Canada

# Appendice G – Services de laboratoire FPT en cas de pandémie

*Cet appendice est un document de travail et peut donc subir des changements à mesure que de nouvelles données seront disponibles.*

## PÉRIODE INTERPANDÉMIQUE

### Échelon fédéral

- Établir les normes minimales de compétence en dépistage exigées des laboratoires pour la préparation à une pandémie et veiller à ce que les laboratoires fédéraux (ou les laboratoires désignés) se conforment à ces normes.
- Effectuer une surveillance pour détecter les virus grippaux saisonniers en circulation et déterminer le sous-typage et la caractérisation, de manière à pouvoir signaler rapidement l'apparition de nouvelles souches grippales pouvant présenter un risque de pandémie.
- Offrir des services de laboratoire de référence aux laboratoires provinciaux et territoriaux.
- Le LNM représentera le Canada à l'étranger à titre de laboratoire national de référence sur l'influenza de l'OMS, et il assurera une liaison entre les CDC et l'OMS.
- Veiller à ce que les renseignements et les réactifs requis pour la détection de nouvelles souches grippales animales et humaines représentant un risque pour les humains soient échangés en temps opportun entre l'Agence canadienne d'inspection des aliments et l'Agence de la santé publique du Canada, et que l'information pertinente et les réactifs soient transmis aux LSP provinciaux et territoriaux de santé publique qui peuvent en avoir besoin.
- Le LNM aura un rôle de premier plan à jouer dans la communication des résultats d'analyses de laboratoire confirmant le diagnostic de grippe pandémique; il établira les définitions de cas pour le diagnostic en laboratoire de la grippe pandémique.
- Transmettre l'information et les réactifs nécessaires pour le diagnostic des nouvelles souches du virus grippal.
- Maintenir une collection nationale de référence d'isolats et d'antisérums du virus grippal.
- Fournir des panels de vérification de la compétence de façon périodique, annuelle ou semestrielle, recommander des protocoles de diagnostic et offrir des ateliers de formation.
- Fournir des capacités additionnelles d'analyses de laboratoire en cas d'urgence dans tout territoire ou province où le besoin s'en fait sentir.
- Le LNM maintiendra son agrément à l'échelle internationale quant aux normes d'assurance de la qualité pour les principaux tests.
- Surveiller la résistance aux antiviraux.
- Transférer la technologie aux LSP.

- Participer aux études d'évaluation des vaccins.
- Faciliter et coordonner les recherches diagnostiques en cours effectuées en collaboration et y participer.
- Maintenir à jour le plan de continuité des opérations pour la prestation des services durant une pandémie.
- Offrir des conseils à jour sur la biosécurité relativement aux exigences de confinement.

### **Échelon provincial et territorial :**

- Désigner les laboratoires de référence responsables des tests de dépistage de l'influenza durant une pandémie.
- Veiller à ce que tous les laboratoires engagés dans la surveillance nationale de l'influenza, et qui seront responsables des tests de détection du virus grippal durant la pandémie, participent pleinement au programme national de vérification de la compétence pour l'influenza administré par le LNM.
- Continuer d'assurer un accès équitable au dépistage de l'influenza aux populations inuites et des Premières nations par le truchement des plans PT de services de laboratoire, ou veiller à ce qu'il soit couvert par les laboratoires fédéraux.
- Mettre en œuvre les critères minimaux relatifs aux capacités diagnostiques des LSP recommandés par le groupe de travail sur les laboratoires du PCLPI.
- Veiller à ce que les laboratoires provinciaux et territoriaux (ou les laboratoires désignés) répondent aux normes minimales établies pour la préparation à la pandémie.
- Veiller à ce que tout résultat de test de laboratoire indiquant un diagnostic positif de grippe pandémique soit confirmé par le LNM.
- Veiller à ce que toute communication annonçant un diagnostic de grippe pandémique établi par un laboratoire au Canada soit coordonnée par l'entremise du LNM.
- Maintenir les services de diagnostic courants complets pour le dépistage de l'influenza.
- Participer au programme national de surveillance de l'influenza en soumettant les souches représentatives au LNM.
- Maintenir un plan de continuité des opérations pour les services de laboratoire, incluant les tests de surveillance et les tests cliniques de première ligne, la biosécurité, la constitution de réserves, les exercices sur table et la formation.

### **Conseil du réseau de santé publique**

- Communiquer aux intervenants des laboratoires, en temps opportun, les décisions du conseil qui touchent les laboratoires.

## **PÉRIODE PANDÉMIQUE**

### **Échelon fédéral**

Continuer les activités de la période interpandémique et inclure ce qui suit :

- Surveiller les caractéristiques de rendement des tests existants.
- Fournir des services de laboratoire pour l'évaluation de l'efficacité du vaccin antipandémique.
- Communiquer rapidement toute information pertinente concernant l'évolution de la pandémie aux clients provinciaux et territoriaux, ainsi qu'à l'échelle internationale à l'OMS.

### **Échelon provincial et territorial**

Continuer les activités de la période interpandémique et inclure ce qui suit :

- Passer en revue la constitution de réserves en temps de pandémie conformément au plan de préparation à la pandémie.
- Veiller au maintien des normes minimales d'assurance de la qualité.
- Soumettre les souches de cas index au LNM pour confirmation et caractérisation antigénique.

### **Conseil du réseau de santé publique**

Communiquer aux intervenants des laboratoires, en temps opportun, les décisions du conseil qui touchent les laboratoires.

## Appendice H – Membres du Réseau de préparation des laboratoires à une pandémie d'influenza

Le Réseau de préparation des laboratoires à une pandémie d'influenza (RPLPI) travaille sous les auspices du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) et est responsable de la rédaction de la présente annexe sur la préparation des laboratoires. Le RPLPI est composé des membres suivants :

### **Berry, Jody**

Laboratoire national de microbiologie  
Agence de la santé publique du Canada  
1015, rue Arlington  
Winnipeg MB R3E 3R2

### **Booth, Tim**

Directeur, Division des maladies virales  
Laboratoire national de microbiologie  
Agence de la santé publique du Canada  
1015, rue Arlington  
Winnipeg MB R3E 3R2

### **Couillard, Michel**

Coordonnateur scientifique  
Laboratoire de santé publique du Québec  
20045, chemin Sainte-Marie  
Sainte-Anne-de-Bellevue QC H9X 3R5

### **Drews, Steven**

Microbiologiste clinique  
Chef, Diagnostics moléculaires  
Laboratoires de santé publique de l'Ontario  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction des laboratoires de santé publique  
81 Resources Road  
Toronto ON M9P 3T1

### **Fearon, Margaret**

Directrice médicale, microbiologie médicale  
Société canadienne du sang  
67, rue College  
Toronto ON M5G 2M1

### **Fonseca, Kevin**

Virologue clinique  
Laboratoire provincial de santé publique  
3030 Hospital Drive Nord-ouest  
Calgary AB T2W 4W4

### **Fox, Julie**

Professeure agrégée à l'Université de Calgary,  
Microbiologiste et chef du programme  
Provincial Laboratory Alberta  
3030 Hospital Drive Nord-ouest  
Calgary AB T2N 4W4

### **Gagnon, Jean-Nicolas**

Chef intérimaire, Importation et Services  
de biosécurité  
Bureau de la sécurité des laboratoires  
Centre de mesures et d'interventions d'urgence  
Agence de la santé publique du Canada  
100, chemin Colonnade  
Ottawa ON K1A 0K9

### **Hatchette, Todd**

Directeur, Immunologie/Virologie  
Pièce 315, Édifice MacKenzie  
Victoria General Site  
QE II Health Sciences Centre  
1278 Tower Rd.  
Halifax NE B3H 2Y9

### **Horsman, Greg**

Directeur médical  
Saskatchewan Health  
3211, rue Albert  
Regina SK S4V 5W6

**Li, Yan**

Chef, Virus respiratoires  
Agence de la santé publique du Canada  
1015, rue Arlington  
Winnipeg MB R3E 3R2

**Majury, Anna**

Microbiologiste, présidente du groupe de travail  
sur les laboratoires  
Laboratoires de santé publique de l'Ontario-OHPIP  
181, rue Barrie, BP 240  
Kingston ON K7V 4V8

**Petric, Martin**

Virologue clinique  
BCCDC  
655 12th Ave, Ouest  
Vancouver CB V5Z 4R4

**Ratnam, Sam**

Directeur  
Newfoundland Public Health Laboratory  
100 Forest Road – BP 8800  
St. John's TN A1B 3Z9

**Tam, Theresa**

Directrice  
Division de l'immunisation et des infections  
respiratoires  
Agence de la santé publique du Canada  
2<sup>e</sup> étage, Pièce 2363, Édifice 6  
100, promenade Eglantine  
Pré Tunney  
Ottawa ON K1A 0K9

**Van Caesele, Paul**

Directeur de laboratoire  
Laboratoire provincial Cadham  
BP 8450,  
750, av. William  
Winnipeg MB R3C 3Y1

**Wong, Tom**

Directeur  
Division des infections acquises dans la collectivité  
Agence de la santé publique du Canada  
Pièce 3444, Édifice du LLCM  
Pré Tunney, I.A. 0603B  
Ottawa ON K1A 0K9

**Liaison – Antiviraux****Huston, Patricia**

Chef, Maladies infectieuses émergentes  
Agence de la santé publique du Canada  
Édifice du LLCM, I.A. 0602C  
Pré Tunney  
Ottawa ON K1A 0K9

**Tamblyn, Susan**

Consultante en santé publique  
85, av. Neal  
Stratford ON N5A 5A7

**Liaison – Soins cliniques****Huston, Patricia**

Chef, Maladies infectieuses émergentes  
Agence de la santé publique du Canada  
Édifice du LLCM, I.A. 0602C  
Pré Tunney  
Ottawa ON K1A 0K9

**Liaison – Surveillance des maladies****Macey, Jeannette**

Chef intérimaire  
Surveillance des maladies  
Agence de la santé publique du Canada  
Édifice 6, Pré Tunney  
Ottawa ON K1H 0L2

**Watkins, Kerri**

Épidémiologiste principal intérimaire  
Agence de la santé publique du Canada  
Édifice 6, Pré Tunney  
I.A. 0602C  
Ottawa ON K1A 0K9

**Facilitateur****Ebsworth, Anthony**

Provincial Laboratory Alberta  
Corporate Quality  
3030 Hospital Drive Nord-ouest  
Calgary AB T2N 4W4

## **Liaison – Hôpital**

### **Chernesky, Max**

McMaster University  
50, av. Charlton Est, pièce L424  
Hamilton ON L8N 4A6

### **Smieja, Marek**

Microbiologiste et médecin spécialisé en  
maladies infectieuses  
McMaster University  
Pièce L424, St. Joseph's Hospital  
50, av. Charlton Est  
Hamilton ON L8N 4A6

## **Liaison – Mesures de santé publique**

### **Sciberras, Jill**

Épidémiologiste principale  
Agence de la santé publique du Canada  
3<sup>e</sup> étage, Édifice 6  
100, promenade Eglantine  
Pré Tunney  
Ottawa ON K1A 0K9

## **Secrétariat du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada**

### **DeWinter, Leanne**

Agente de normalisation en laboratoire [ancienne]  
Laboratoire national de microbiologie

### **Guercio, Steven**

Agent de liaison des programmes opérationnels  
Laboratoire national de microbiologie  
1015, rue Arlington  
Winnipeg MB R3E 3R2

### **Jorowski, Catherine**

Agente des services d'information  
Laboratoire national de microbiologie  
1015, rue Arlington  
Winnipeg MB R3E 3R2

### **Kuschak, Theodore**

Gestionnaire  
Laboratoire national de microbiologie  
1015, rue Arlington  
Winnipeg MB R3E 3R2

### **Vegh-Yarema, Niki**

Agente de normalisation en laboratoire  
Laboratoire national de microbiologie  
1015, rue Arlington  
Winnipeg MB R3E 3R2

## **Liaison – Vaccins**

Skowronski, Danuta  
BC Centre for Disease Control  
655, 12th Ave, Ouest  
Vancouver CB V5Z 4R4



# Préparation de l'intervention axée sur la vaccination en cas de pandémie

**Date de la version la plus récente : septembre 2008**

Sommaire des changements importants apportés à cette annexe :

- La portée de la présente annexe a été élargie de façon à fournir un outil plus complet aux planificateurs du secteur de la santé. De ce fait, le document favorise une approche pan-canadienne des enjeux opérationnels figurant dans la stratégie vaccinale en cas de pandémie. Deux sections, Contexte et Hypothèses, fournissent de l'information concernant le contrat sur les vaccins contre l'influenza pandémique que le gouvernement canadien a conclu avec un fabricant et les hypothèses clés utilisées pour la planification. Également, un certain nombre d'enjeux transsectoriels sont examinés.
- La liste « Priorités pour la vaccination » a été remplacée par un examen de la question à savoir quand l'établissement de priorités pourrait s'avérer nécessaire. Y sont exposées un certain nombre de considérations advenant un tel besoin et les répercussions qui en découlent pour la planification. En outre, on insiste sur le besoin de faire preuve de flexibilité dans les plans opérationnels.
- Enfin, la présente annexe présente un résumé de l'état des activités fédérales et pan-canadiennes en matière de préparation eu égard à la stratégie vaccinale en cas de pandémie, auquel s'ajoutent des mesures clés à l'intention des planificateurs.



# Table des matières

1.0	Introduction .....	3
1.1	Objet de la présente annexe .....	3
1.2	Contexte .....	4
1.3	Hypothèses.....	4
2.0	Programme de vaccination contre la pandémie .....	6
2.1	Défis .....	6
2.2	Préparatifs à l'échelle fédérale et fédérale-provinciale-territoriale.....	7
3.0	Questions transsectorielles en matière de planification .....	14
3.1	Calendrier de fabrication des vaccins .....	14
3.2	Taux de production et d'administration des vaccins.....	16
3.3	Établissement de priorités .....	17
3.4	Faits récents relatifs aux nouveaux vaccins antigrippaux .....	21
3.5	Constitution de réserves.....	22
4.0	Mesures de suivi .....	22
5.0	Recherche .....	23
6.0	Conclusions .....	24
	Bibliographie .....	25



## 1.0 Introduction

### 1.1 Objet de la présente annexe

L'immunisation à l'aide d'un vaccin sûr et efficace a toujours été considérée comme la pierre angulaire de l'intervention sanitaire destinée à lutter contre la pandémie d'influenza au Canada. Le gouvernement fédéral s'est engagé à se procurer suffisamment de vaccins pandémiques pour chaque personne au Canada afin d'aider à prévenir les maladies attribuables au virus de la grippe pandémique. En outre, il est déterminé à travailler de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de s'assurer que le vaccin pandémique sera accessible au plus grand nombre de gens possible, le plus rapidement possible. Cet objectif présente de multiples défis. La présente annexe cerne ces défis, qui sont actuellement relevés à l'échelle pancanadienne et fédérale, en vue d'améliorer les activités de conscientisation générales et de planification particulières dans l'ensemble du Canada.

La présente version de l'Annexe D remplace la version publiée dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI) dans le secteur de la santé en 2004, puis en 2006. La version antérieure consistait essentiellement en une liste de priorités recommandées devant être utilisée par les planificateurs lorsqu'ils examineraient comment appliquer un programme de vaccination reposant sur le ciblage de groupes prioritaires. Les recommandations visaient à axer les plans opérationnels sur la détermination des membres de sous-groupes de la population, la communication avec ces membres et leur vaccination. Une telle liste numérotée de sous-groupes prioritaires peut avoir eu pour effet involontaire de détourner l'attention des activités de planification opérationnelle. La présente version de l'Annexe D vise à faire ressortir la nécessité de disposer de plans d'intervention souples et à souligner que les décisions relatives à l'établissement de priorités (si elles s'avèrent nécessaires) devront reposer en partie sur des données qui ne seront disponibles que lorsque le virus pandémique aura commencé à se propager. Même si ce fait était indiqué dans la version antérieure de l'annexe et mentionné dans les communications publiques, il a été décidé que la suppression de la liste de priorités constituait le meilleur moyen de modifier la perspective. Cette décision ne devrait nécessiter aucune modification des activités de planification opérationnelle, qui devraient, pour l'essentiel, être indépendantes de l'ordre dans lequel les sous-groupes de la population pourraient être vaccinés.

L'Annexe A du PCLPI, intitulée *Listes de contrôle aux fins de la planification*, comporte une liste préliminaire des activités de planification pour le programme de vaccination contre la pandémie qui ont été conçues afin de faciliter les préparatifs à l'échelle provinciale et territoriale (PT) ainsi que sur le plan local. La présente annexe vise principalement à faire en sorte que tous les planificateurs de la lutte contre la pandémie d'influenza et tous les intervenants potentiels soient au courant des préparatifs qui ont été mis en branle à l'échelle fédérale et pancanadienne en prévision du programme de vaccination contre la pandémie, ainsi que des principales questions transsectorielles liées à la planification. L'Annexe D a également comme objectif d'informer les membres du grand public qui veulent obtenir des renseignements supplémentaires sur le programme de vaccination contre la pandémie.

## 1.2 Contexte

Avec la rédaction d'un contrat, en 2001, sur la production de vaccins afin de se préparer à une éventuelle pandémie, le Canada a fait un grand pas en avant sur la scène mondiale dans le domaine des préparatifs en cas de grippe pandémique. Cet investissement établissait clairement la stratégie de vaccination en cas de pandémie comme pierre angulaire de la lutte contre la pandémie d'influenza au Canada et soulignait la nécessité d'attirer l'attention sur ce problème à l'échelle internationale. Depuis la conclusion de ce contrat de 10 ans avec un fabricant canadien de vaccins antigrippaux, la planification a progressé sur tous les fronts. Cela dit, la disponibilité d'un vaccin pandémique sûr et efficace le plus tôt possible durant une éclosion mondiale est demeurée le moyen fondamental de réaliser les objectifs consistant à réduire la morbidité, la mortalité et les perturbations sociales attribuables à une pandémie d'influenza.

Le milieu de la santé publique du Canada est assez bien intégré, et chaque sphère de compétence connaît le rôle et les responsabilités qui lui reviennent. En règle générale, la prestation des services est principalement assurée à l'échelon régional, tandis que le gouvernement provincial ou territorial offre un encadrement, prodigue des conseils et se charge du financement de ces services. Le gouvernement fédéral a la responsabilité d'offrir ces services à des populations particulières, comme les membres des Premières nations qui habitent dans les réserves, les militaires et les détenus des pénitenciers fédéraux; il participe également à des activités de coordination et de soutien qui se veulent cohérentes d'un océan à l'autre ou pour lesquelles il est avantageux d'avoir un seul point de contact à la grandeur du pays. Ainsi, les deux ordres de gouvernement ont un rôle et des responsabilités à l'égard du programme de vaccination en cas de pandémie.

## 1.3 Hypothèses

Afin de faciliter la planification, à l'échelle nationale, d'un événement qui est imprévisible à de multiples égards, il est utile d'employer un ensemble d'hypothèses communes en guise de point de départ. Le Comité de la grippe pandémique (CGP) a intégré un ensemble d'hypothèses dans la section du PCLPI qui porte sur le contexte. Voici un sous-ensemble de la liste complète des hypothèses, qui est présenté ici parce que les hypothèses qui en font partie ont des incidences particulières sur le programme de vaccination contre la pandémie au Canada :

- La prochaine pandémie apparaîtra d'abord à l'extérieur du Canada.

*Incidence : Le virus qui servira à la conception du vaccin pandémique sera isolé à l'extérieur du Canada et acheminé au fabricant à titre de « stock de semence principal ». Le gouvernement n'a aucune emprise sur le moment où cela se produira.*

- Le prochain virus pandémique sera présent au Canada dans les trois mois suivant son émergence ailleurs dans le monde, mais il pourrait arriver beaucoup plus rapidement en raison de l'augmentation du volume et de la vitesse des voyages aériens internationaux.

*Incidence : Il y aura vraisemblablement des cas de pandémie d'influenza au Canada avant qu'un vaccin ne soit disponible (voir la Section 3.1 pour plus de détails concernant le calendrier de fabrication du vaccin). Bien qu'il soit impossible de prévoir l'étendue de la propagation au pays, le vaccin peut ne pas être disponible avant la première vague de maladie au Canada.*

- Au Canada, le premier pic de maladie peut se produire dans les deux à quatre mois suivant l'arrivée du virus. On croit que le premier pic de mortalité surviendra environ un mois après ce pic de maladie.

*Incidence : Il y aura probablement des décès attribuables à la pandémie d'influenza au Canada avant qu'un vaccin ne soit disponible.*

- Les répercussions de la pandémie sur le plan de la gravité, de la répartition selon l'âge et de l'ampleur de la propagation peuvent être différentes de celles de l'influenza annuelle. Toutefois, ces données ne seront connues que lorsque le virus aura commencé à se transmettre efficacement chez l'humain.

*Incidence : Il sera impossible de déterminer des facteurs de risque individuels de résultats néfastes attribuables à une infection par le virus de la grippe pandémique avant la pandémie.*

- Les personnes qui se rétablissent seront immunisées aux infections causées par la souche responsable de la pandémie.

*Incidence : Les personnes ayant déjà souffert de maladies attribuées au virus de la grippe pandémique pourraient être considérées comme moins prioritaires pour l'immunisation s'il s'avère nécessaire d'établir un ordre de priorité. Il faudrait concevoir des critères afin de déterminer quelles personnes seront susceptibles d'être immunisées au moment où le vaccin deviendra disponible au Canada et les appliquer uniformément. Il ne serait ni réalisable, ni souhaitable de recourir à des tests en laboratoire pour identifier toutes ces personnes.*

De plus, le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques du CGP propose de se servir des hypothèses suivantes à l'égard de la vaccination :

- Un vaccin sera disponible à temps pour atténuer la gravité de la pandémie au Canada. L'ampleur de l'effet dépendra fortement du moment de la disponibilité du vaccin par rapport à l'activité pandémique au pays.
- Deux doses du vaccin seront nécessaires afin d'optimiser la protection (c.-à-d., la deuxième dose confèrera une protection accrue). Les deux doses seraient administrées à un intervalle d'environ un mois.
- Les estimations de l'efficacité du vaccin formulées avant sa distribution au sein de la population, dans le cadre d'essais cliniques par exemple, permettront d'assurer une efficacité immunitaire équivalente dans l'ensemble de la population.
- Grâce à sa protection croisée, un vaccin créé à partir d'une souche isolée au début de la pandémie sera quand même bénéfique advenant une « déviation » du virus pendant la pandémie.
- Le nouveau vaccin pandémique ne sera probablement pas efficace à 100 %, mais même un vaccin ayant une efficacité relativement faible (p. ex., 30 %) aidera à atténuer l'effet de la pandémie.
- Les renseignements sur l'innocuité du vaccin seront limités avant le déploiement de la campagne de vaccination.
- Les craintes à l'égard de l'innocuité et de la réactogénicité du vaccin devraient être inversement proportionnelles à la gravité de la pandémie au Canada.
- Selon le moment où la pandémie se produira et où le vaccin pandémique deviendra disponible, il serait possible que les programmes de vaccination contre la grippe saisonnière ne soient pas amorcés ou menés à terme, la priorité étant accordée au programme de vaccination contre la pandémie.

## 2.0 Programme de vaccination contre la pandémie

### 2.1 Défis

La vaccination universelle a l'avantage de créer une population très résistante au virus de la grippe pandémique en assurant une protection individuelle et une éventuelle immunité collective. Cela requiert une intervention relativement simple, c'est-à-dire une ou deux injections, sur une période relativement courte. Malgré la vaste expérience des autorités de la santé publique en matière de programmes de vaccination massive, la stratégie de vaccination contre la pandémie de grippe présente des défis particuliers.

L'un des principaux défis réside dans la planification en fonction des incertitudes sans précédent qui caractériseront le programme de vaccination et la gestion efficace de ces incertitudes. Les intervenants concernés par la planification en cas de pandémie sont très conscients qu'il est impossible de prédire le moment, la gravité, les caractéristiques virales, la souche du virus et l'épidémiologie d'une pandémie d'influenza. Par surcroît, il y a des incertitudes quant au moment où le vaccin pandémique deviendra disponible, à la dose à administrer et au calendrier à établir, et en ce qui concerne le degré d'efficacité et le profil d'innocuité qu'aura le vaccin lorsqu'il sera administré à l'ensemble de la population. La réaction du public à la pandémie et au nouveau vaccin pandémique ne peut pas non plus être déterminée à l'avance. La gravité de la pandémie, le moment où un vaccin sera disponible pendant la pandémie et le profil d'innocuité réel et perçu du vaccin seront vraisemblablement les principaux facteurs qui influenceront sur la réaction de la population. Cette réaction aura une incidence sur la demande du vaccin et, par conséquent, sur les communications au sujet de l'organisation et de la mise en place du programme de vaccination.

Il y aura, de toute évidence, de nombreux problèmes de communication à régler au fur et à mesure que la pandémie évoluera à la grandeur de la planète, qu'elle arrivera au Canada et qu'elle se propagera dans l'ensemble du pays. Cela dit, les attentes à l'égard d'un tout nouveau vaccin pandémique pour la population canadienne et la disponibilité de ce vaccin engendreront d'autres défis dans le domaine des communications. Comme la population ne peut être entièrement immunisée en même temps, il faudra déterminer où les premiers lots du vaccin seront acheminés et qui se fera injecter en premier.

Il y a plusieurs « étapes limitantes »\* possibles dans la prestation d'un programme de vaccination contre la pandémie à l'échelle de la population. Si le nouveau vaccin, qui deviendra disponible par lots, est fabriqué rapidement en lots de taille suffisante pour une distribution simultanée dans l'ensemble du pays, l'étape limitante se déplacera davantage vers les services de première ligne, où les questions opérationnelles finiront par déterminer le taux d'administration au public. Par contre, si l'approvisionnement est insuffisant pour qu'il soit possible de respecter le taux d'administration du vaccin à l'échelle nationale (qui serait estimé à partir de l'avis des planificateurs avant la pandémie), il faudra alors accorder la priorité à des groupes particuliers qui se feront vacciner avant les autres. L'établissement de listes d'immunisation prioritaire au moment de la pandémie présentera un défi, car plusieurs facteurs devront être pris en considération et des renseignements clés, comme des données épidémiologiques exhaustives applicables au Canada, pourraient être manquants. La justification et les mesures qui seront prises pour établir l'ordre de priorité de l'approvisionnement devront être communiquées au public.

\* Une étape limitante est une étape dans un processus séquentiel qui doit être exécutée en premier, même si elle est lente par rapport à celles qui suivent. Un exemple d'étape limitante possible pour le programme de vaccination contre la pandémie est la livraison du vaccin dans un endroit éloigné.

## 2.2 Préparatifs à l'échelle fédérale et fédérale-provinciale-territoriale

Comme l'indique le PCLPI dans le secteur de la santé, les objectifs du programme de vaccination contre la pandémie sont les suivants :

- Assurer un programme de vaccination sûr et efficace à toutes les personnes au pays, dans les meilleurs délais possible.
- Attribuer, distribuer et administrer le vaccin aussi rapidement que possible aux groupes voulus.
- Veiller à la sûreté et à l'efficacité des programmes de vaccination.

Les préparatifs à l'échelle fédérale et pancanadienne qui visent à atteindre ces objectifs sont résumés dans les tableaux qui suivent. Pour réaliser ces objectifs, il sera impératif que les plans provinciaux-territoriaux et locaux intègrent des principes et recommandations convenus à la grandeur du pays et qu'ils les transforment en plans opérationnels exhaustifs.

Légende des tableaux :	
ASPC = Agence de la santé publique du Canada	FPT = Fédérale-provincial-territorial
CCNI = Comité consultatif national de l'immunisation	GT = Groupe de travail
CCTV = Comité consultatif technique de vaccinovigilance	PT = Province-territoire
CGP = Comité de la grippe pandémique	SC = Santé Canada

**Tableau 1. Objectif : Assurer un programme de vaccination sûr et efficace pour toutes les personnes au Canada dans les meilleurs délais possibles**

Volet	Groupe responsable (c.-à-d., le point de contact pour ces mesures)	Mesures	État d'avancement
Préparation de la production de vaccins pandémiques	<i>Échelle fédérale:</i> Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, ASPC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conserver et revoir, au besoin, le contrat sur la préparation des vaccins avec le fabricant;</li> <li>• Surveiller l'état d'avancement des essais cliniques auprès du fabricant contractuel et d'autres fabricants afin d'évaluer et d'optimiser l'emploi de technologies nouvelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contrat en vigueur jusqu'en mars 2011, qui repose actuellement sur une technologie de fabrication à partir d'œufs, fait en sorte que le fabricant canadien puisse amorcer la production en tout temps;</li> <li>• Le fabricant a dépassé la capacité visée de 8 millions de doses monovalentes par mois. Cette capacité peut être encore augmentée si l'utilisation d'un nouvel adjuvant réduit la teneur en antigènes (p. ex., 3,8 µg par opposition à 15 µg par dose), même si une posologie de 2 doses s'avèrera probablement nécessaire.</li> </ul>

Volet	Groupe responsable (c.-à-d., le point de contact pour ces mesures)	Mesures	État d'avancement
Examen rapide du ou des candidats au vaccin pandémique	<p><i>Échelle fédérale :</i> Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, SC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que des mécanismes sont en place afin d'examiner et d'autoriser l'utilisation d'un vaccin sûr et efficace au Canada, dans les meilleurs délais possible;</li> <li>▪ Voir à ce qu'un personnel formé soit affecté pour tester et diffuser rapidement les lots de vaccins pandémiques une fois leur utilisation autorisée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Santé Canada est prêt à procéder à un examen accéléré de toute présentation de drogue nouvelle à l'égard du vaccin pandémique;</li> <li>▪ Santé Canada a examiné d'autres mécanismes d'accès, y compris le Programme d'accès spécial, le recours aux arrêtés d'urgence et un essai clinique, afin de faciliter un accès rapide au vaccin pandémique.</li> </ul>
Production d'un prototype de vaccin pour « mettre le système à l'épreuve » et peut-être accélérer le processus d'examen	<p><i>Échelle fédérale :</i> Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, ASPC</p> <p>Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, SC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fonds attribués par le gouvernement fédéral pour la conception de prototypes de vaccins afin de faciliter la mise à l'essai et la simplification de la stratégie de vaccination contre la pandémie;</li> <li>▪ Rencontres avec le fabricant contractuel canadien afin de surveiller les progrès et de mettre les détails au clair;</li> <li>▪ Inspection des installations et conception de méthodes pour tester le vaccin;</li> <li>▪ Examen des demandes d'essais cliniques afin d'assurer leur conformité à la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> et à son <i>Règlement</i> (titre 5 de la partie C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La production d'un vaccin avec adjuvant contre la souche H5N1 au Canada a été confiée dans le cadre de cette initiative;</li> <li>▪ Vaccin potentiel pour une présentation de drogue nouvelle.</li> <li>▪ Un prototype de vaccin a été produit et des méthodes d'essai sont en voie d'élaboration;</li> <li>▪ Autorisation de la réalisation de l'essai clinique par le fabricant.</li> </ul>

Volet	Groupe responsable (c.-à-d., le point de contact pour ces mesures)	Mesures	État d'avancement
Tests d'innocuité et d'efficacité	<p><i>Échelle fédérale :</i> Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, ASPC</p> <p><i>Échelle nationale :</i> GT sur les vaccins pandémiques du CGP</p> <p><i>Échelle fédérale :</i> Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, SC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faciliter et accroître les capacités pour les essais cliniques et l'évaluation des vaccins au Canada et effectuer des tests à l'aide d'un prototype de vaccin;</li>   <li>▪ Examiner les demandes d'essais cliniques afin d'assurer leur conformité à la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> et à son <i>Règlement</i> (titre 5 de la partie C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rencontre avec le fabricant pour examiner et commenter ses plans relatifs aux essais cliniques;</li> <li>▪ Des essais cliniques du vaccin produit au Canada sont prévus en 2008-2009;</li> <li>▪ Des sites canadiens font partie d'un réseau de surveillance accrue pour le vaccin antigrippal annuel.</li> </ul>
Indemnité du fabricant de vaccins	<p><i>Échelle fédérale :</i> ASPC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conclure une entente prévoyant une indemnité afin d'éviter de retarder le lancement d'un nouveau vaccin au moment de la pandémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le contrat d'approvisionnement actuel comporte des dispositions qui stipulent que, tant que le vaccin n'aura pas été entièrement homologué en vertu de la législation sur les aliments et drogues du pays, le Canada indemniserait le fabricant pour toutes réclamations ou poursuites engagées contre lui par des tiers. L'homologation intégrale du vaccin mettra un terme aux obligations d'indemnisation du Canada.</li> </ul>

**Tableau 2. Objectif : Attribuer, distribuer et administrer le vaccin aussi rapidement que possible aux groupes voulus**

Volet	Groupe responsable	Mesures	État d'avancement
Répartition du vaccin pandémique à l'intérieur du Canada	<i>Échelle nationale</i> : CGP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer une entente préliminaire sur la distribution du vaccin au sein du Canada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le principe de l'accès équitable est convenu;</li> <li>Une distribution par habitant est privilégiée en l'absence de détails supplémentaires sur l'épidémiologie de la pandémie.</li> </ul>
Distribution du produit	<p><i>Échelle fédérale</i> : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (à titre d'autorité contractante – une fois la répartition convenue)</p> <p><i>Échelle nationale</i> : GT sur l'approvisionnement en vaccins du Comité canadien d'immunisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclure une entente avec le fabricant du vaccin pandémique pour son expédition du lieu de fabrication à des lieux de stockage précisés;</li> <li>Coordination avec les provinces et territoires et les ministères et organismes fédéraux, au besoin, afin de s'assurer que des plans sont en place pour le transport des vaccins à partir des lieux de stockage aux lieux d'administration et de cerner toutes craintes en matière de sécurité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration par le fabricant d'un plan de distribution prévoyant jusqu'à 80 destinations dans l'ensemble du pays. Des destinations préliminaires (une ou deux par province ou territoire) ont été fixées : les autres points de livraison restent à déterminer;</li> <li>Le Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (ASPC) compte étudier les problèmes de faisabilité et de mise en place concernant une « carte de répartition des lots » pour le vaccin antigrippal annuel. Cette carte vise à faciliter les enquêtes sur toute grappe de cas d'effets secondaires suivant l'immunisation susceptibles d'être attribuables à un lot de vaccins en particulier. La carte pourrait servir à la distribution du vaccin pandémique (dans le même but).</li> </ul>

Volet	Groupe responsable	Mesures	État d'avancement
Autres fournitures nécessaires pour le programme de vaccination	<i>Échelle nationale</i> : GT sur l'approvisionnement en vaccins du Comité canadien d'immunisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir les discussions à l'échelle nationale sur la quantité et la disponibilité des autres fournitures (p. ex., seringues et aiguilles) nécessaires à la prestation du programme d'administration du vaccin, sur la nécessité ou non de constituer des réserves et sur les moyens de gérer ces réserves, compte tenu de l'incertitude qui entoure l'arrivée de la pandémie (p. ex., la faisabilité d'une rotation des stocks);</li> <li>▪ Déterminer les fournitures que l'on devrait acheter en vrac.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les PT sont les principaux responsables et ils ont agi de leur propre chef jusqu'à présent. Certains PT ont constitué des réserves;</li> <li>▪ Des listes préliminaires de fournitures ont été dressées;</li> <li>▪ Des fabricants de ces fournitures ont été contactés et ont fourni de l'information sur la disponibilité prévue au moment de la pandémie;</li> <li>▪ La possibilité d'un achat en vrac coordonné par le fédéral a été proposée aux PT, mais cette solution n'a pas encore été mise en œuvre.</li> </ul>
Recommandations à l'égard du vaccin	<i>Échelle nationale</i> : Le GT sur les vaccins pandémiques du CGP (avec une représentation du Comité consultatif national de l'immunisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formuler des recommandations sur la dose, le calendrier et les contre-indications ainsi que sur la voie d'administration du vaccin pandémique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques comprend des membres du Comité consultatif national de l'immunisation (dont le président du Comité et le sous-groupe du Comité chargé des recommandations à l'égard du vaccin contre la grippe saisonnière) ainsi que des spécialistes sur les essais cliniques, les sciences de laboratoire et la grippe pandémique. Ce groupe est prêt à formuler ces recommandations au besoin.</li> </ul>

Volet	Groupe responsable	Mesures	État d'avancement
Établissement de l'ordre de priorité pour l'administration du vaccin pandémique	<i>Échelle nationale</i> : GT sur les vaccins pandémiques du CGP	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diviser la population canadienne en sous-groupes si l'administration du vaccin doit suivre un ordre de priorité afin de faciliter la planification (c.-à-d., identification, communication et accès) à l'échelle PT et locale;</li> <li>▪ Prendre en considération l'ordre d'administration du vaccin à ces sous-groupes et les variables pouvant entraîner un changement dans l'ordre des groupes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les sous-groupes ont été déterminés, mais l'ordre de vaccination dépendra en dernier ressort de plusieurs facteurs, notamment de l'épidémiologie et de la dynamique de la pandémie;</li> <li>▪ Voir la Section 3.3 plus loin pour un examen plus détaillé de cette question clé.</li> </ul>
Plans de communication au public	<i>Échelle nationale et fédérale</i> : GT sur les communications du CGP et Direction des communications de l'ASPC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faciliter une communication coordonnée et cohérente des messages sur le vaccin pandémique à toutes les personnes du pays, à la communauté internationale et aux intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des messages clés préliminaires ont été conçus. Des messages clés plus affinés sont en voie d'élaboration.</li> </ul>

**Tableau 3. Objectif : Veiller à la sûreté et à l'efficacité des programmes de vaccination**

Volet	Groupe responsable	Mesures	État d'avancement
Surveillance de l'innocuité après le lancement	<p><i>Échelle fédérale</i> : Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, ASPC</p> <p>Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, SC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Élaborer des lignes directrices afin de surveiller l'utilisation du vaccin pendant une pandémie et de déterminer les problèmes liés au suivi des effets secondaires suivant l'immunisation et à la responsabilité entourant la vaccination.</li> <li>▪ Mettre au point un système permettant d'analyser rapidement les rapports reçus et de diffuser les données auprès des PT.</li> <li>▪ Soutenir les activités du nouveau CCTV.</li> <li>▪ Élaborer des plans de communication visant à assurer la participation des programmes de santé et d'immunisation FPT et de la population.</li> </ul> <p>Mesures de réglementation appropriées, au besoin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les plans comprennent : des essais pilotes d'une stratégie pour saisir les renseignements déclarés par les intéressés sur l'innocuité du vaccin à partir d'une cohorte composée des premières personnes vaccinées; la mise à l'essai de stratégies pour une collecte et une intégration rapides et précoces des données à partir de sources multiples (cliniques, comptes rendus sur le Web, lignes téléphoniques, stations-sentinelles en milieu hospitalier); des analyses hebdomadaires de l'information sur l'innocuité, de concert avec un mécanisme permettant un examen et la prestation de conseils par des experts indépendants.</li> <li>▪ Essais pilotes d'une stratégie commune de communications rapides.</li> <li>▪ Examiner le rôle du CCTV dans la formulation de recommandations sur l'arrêt éventuel de la vaccination en raison de craintes relatives à sa sûreté.</li> </ul>

Volet	Groupe responsable	Mesures	État d'avancement
Évaluation de l'efficacité du vaccin (Nota : Nous ne disposons actuellement d'aucun moyen pour évaluer l'efficacité d'un vaccin antigrippal pour empêcher la mort : cette question reste à régler et a des incidences en matière de surveillance.)	Échelle nationale : GT sur les vaccins pandémiques du CGP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer un protocole à appliquer au moment de la pandémie pour fournir des estimations sur l'efficacité du vaccin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des groupes susceptibles de participer à l'évaluation ont été déterminés.</li> <li>Une méthodologie est mise à l'essai au moyen de données saisonnières provenant de stations-sentinelles (c.-à-d., par rapport à l'infection et à l'hospitalisation).</li> </ul>

### 3.0 Questions transsectorielles en matière de planification

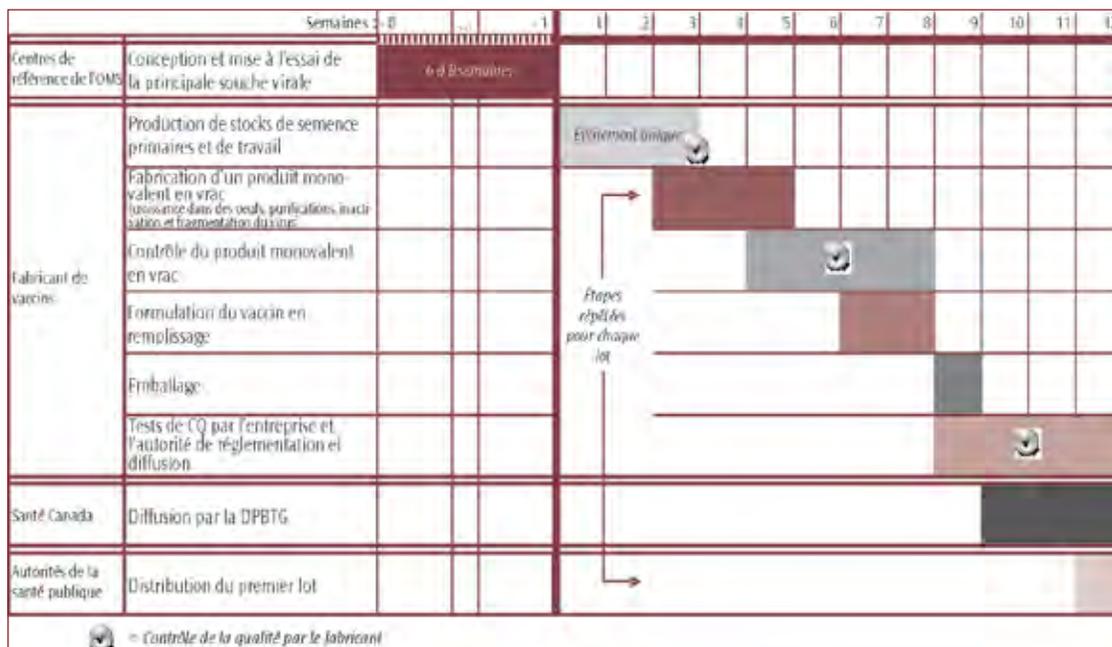
Les sections qui suivent visent à mettre en évidence les questions qui ont des incidences sur la planification à tous les échelons. Ces questions sont des éléments clés des activités de planification à l'échelle nationale et fédérale mais, comme la plupart des autres questions faisant l'objet d'une planification fédérale ou pancanadienne en cas de pandémie, leurs répercussions se feront sentir au niveau de la mise en œuvre des programmes.

#### 3.1 Calendrier de fabrication des vaccins

Le vaccin antigrippal est fabriqué chaque année selon un calendrier préétabli. L'OMS confirme généralement les souches recommandées pour le vaccin dans l'hémisphère Nord au mois de février, tandis que le choix de la souche à la grandeur du pays ou dans les régions se fait en mars. Cette sélection est suivie par la production de stocks de semence en avril et par différentes étapes de production et de contrôle de la qualité, tout au long de l'été, qui donnent lieu à un produit prêt à recevoir l'approbation réglementaire en août; la diffusion des lots se déroule en août, en septembre et en octobre. Ce calendrier est conçu de manière à ce que le vaccin puisse être administré avant la saison de la grippe au Canada, qui s'étend de novembre à avril. Même si cette méthode annuelle est éprouvée, des retards ou des complications impossibles à maîtriser durant le processus de fabrication peuvent reporter la disponibilité des produits et entraîner, dans de rares occasions, une pénurie de vaccins.

Il ne faut pas oublier que, malgré les efforts importants investis dans la simplification et l'abrègement du calendrier de production d'un vaccin pandémique, le processus demeurera vulnérable aux retards ou aux complications inévitables qui surviennent dans le cas du vaccin antigrippal annuel. Il faudrait donc, au moment de sa présentation, considérer le calendrier de fabrication du vaccin pandémique comme le « scénario de la meilleure éventualité ». Le diagramme qui suit indique le calendrier qui représente actuellement la meilleure éventualité pour la production du premier lot de vaccins pandémiques au Canada. On estime présentement qu'il s'agirait d'un vaccin à virus fragmenté avec adjuvant, fabriqué au Canada à partir d'œufs.

**Figure 1. Calendrier de fabrication d'un vaccin pandémique**



La mise au point de la principale souche et la réalisation de toutes les épreuves d'innocuité par les laboratoires collaborateurs de l'OMS peuvent prendre de six à huit semaines. Ce délai peut être raccourci quelque peu si les semences sont acheminées au fabricant avant la conclusion des épreuves d'innocuité; cependant, le fabricant doit travailler dans des conditions compatibles avec le niveau de biosécurité 2 et plus. Le calendrier présenté dans la Figure 1 concerne le premier lot du vaccin. Après ce premier lot, il serait possible d'en produire d'autres systématiquement, car le processus est constamment répété. On notera que la production des stocks de semence est un événement unique, tandis que toutes les étapes subséquentes sont répétées pour chaque lot.

Le processus de production consiste à cultiver le virus dans des œufs, à le purifier, à l'inactiver et à le fragmenter afin de fabriquer le produit monovalent en vrac, puis à le formuler et à le verser dans des flacons. Des tests de contrôle de la qualité (CQ) sont effectués à tout le moins sur les stocks de semence, le produit monovalent en vrac et le produit final. Le fabricant pourrait effectuer une partie des tests de contrôle de la qualité en parallèle, mais il risquerait ainsi de formuler et de remplir un lot qui pourrait se révéler inutile si le produit échouait les tests « en amont ».

Ce délai de 10 à 12 semaines pour obtenir les premiers lots sera possible uniquement si un processus de production pour le vaccin pandémique nouveau est en place et que des essais sont effectués simultanément par la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques (DPBTG). Les fabricants composent avec les exigences relatives au processus de fabrication en créant des prototypes de vaccins, particulièrement en ce qui concerne le vaccin H5N1. Si le produit actuellement fabriqué au Canada est soumis à l'approbation réglementaire et qu'il l'obtient, il serait peut-être possible de simplifier l'approbation des vaccins antigrippaux nouveaux pourvu que, à l'instar des vaccins annuels, la seule modification consiste à employer une souche virale différente.

Comme il a été mentionné précédemment, la DPBTG veille à ce qu'il y ait des mécanismes permettant d'examiner les vaccins et d'autoriser l'emploi d'un vaccin sûr et efficace au Canada dans le délai le plus court, et à ce qu'un personnel soit formé afin de mettre à l'essai et de diffuser rapidement des lots de vaccins pandémiques une fois leur utilisation autorisée. Le Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses de l'ASPC continuera à soutenir la

création d'un réseau d'essais cliniques afin de faciliter l'évaluation rapide d'un nouveau vaccin pandémique au Canada et, de concert avec le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques du CGP, à surveiller la recherche sur la conception de vaccins nouveaux ainsi que les nouvelles techniques destinées à améliorer les délais de production. Des stratégies visant une utilisation parcimonieuse des doses feront également l'objet d'une surveillance en vue de leur application possible dans les plans canadiens.

## **3.2 Taux de production et d'administration des vaccins**

Dans le contrat actuel, le fabricant s'est engagé à un taux de production cible de huit millions de doses monovalentes de vaccin pandémique par mois (c.-à-d., environ deux millions de doses par semaine). Cet objectif a été fixé au moment où le contrat a été initialement rédigé, en 2001, en prenant comme hypothèse de travail que chaque dose monovalente contiendrait 15 µg d'antigène. Afin d'accélérer le taux de production potentiel, le fabricant canadien a conçu et incorporé un adjuvant nouveau aux lots d'un nouveau vaccin H5N1 destinés aux essais. Des essais cliniques effectués avec un produit analogue en Europe laissent penser qu'une dose contenant 3,8 µg d'antigène avec l'adjuvant nouveau suffit à provoquer une réaction immunitaire notable au virus H5N1 chez le sujet vacciné. Plus particulièrement, les premiers tests indiquent qu'un calendrier comportant deux doses de ce vaccin serait suffisant pour provoquer une réaction immunitaire chez environ 80 % des sujets vaccinés adultes en santé<sup>1</sup>.

Ces résultats sont prometteurs, mais ils sont propres au vaccin H5N1 qui contient 3,8 µg d'antigène par dose; on ne sait pas si ces 3,8 µg d'antigène seront suffisants dans le cas des vaccins fabriqués à partir d'autres souches grippales nouvelles. Il pourrait également y avoir une différence de rendement avec les nouvelles souches grippales. Enfin, la fabrication du produit monovalent en vrac n'est qu'une étape du processus de production et, à l'heure actuelle, d'autres limites empêcheraient la fabrication d'un produit final à un rythme de 32 millions de doses par mois (c.-à-d., huit millions de doses par semaine).

Idéalement, le taux d'administration du vaccin à la population devrait suivre le rythme du taux de production. Les planificateurs devaient, auparavant, se préparer à vacciner l'ensemble de la population canadienne (environ 32 millions d'habitants) sur une période de quatre mois, ce qui correspondait à un taux de production de huit millions de doses par mois (ou deux millions de doses par semaine). Étant donné les résultats prometteurs obtenus avec la quantité moindre d'antigène contenue dans l'actuel vaccin H5N1, il serait maintenant prudent que les planificateurs envisagent comment le vaccin pandémique pourrait être administré plus rapidement à la population dans l'éventualité où ce vaccin serait fabriqué à un rythme plus rapide qu'on ne le prévoyait auparavant.

Les planificateurs sont maintenant encouragés à déterminer quel est leur taux maximal d'administration du vaccin d'après les plans actuels, et à évaluer si ce taux pourrait être accru jusqu'à un maximum de 25 % de leur population par semaine si la production du vaccin pandémique était accélérée pour atteindre ce niveau. En conséquence, il faudrait mettre en place des stratégies souples d'exécution du programme pour administrer le vaccin à un taux analogue au taux de production. Pour les besoins de la planification, ce taux devrait se situer entre 6,25 % et 25 % de la population par semaine.

Si l'on suppose que deux doses de vaccin administrées à un intervalle d'environ un mois seront nécessaires pour assurer une protection optimale, une question clé en matière de planification consiste à déterminer si les problèmes opérationnels liés à la prestation d'un programme axé sur des groupes prioritaires empêcheraient d'atteindre le taux d'administration optimal. Pour illustrer

ce concept, prenons une famille composée d'une travailleuse de la santé, d'un conjoint en bonne santé, d'un enfant d'âge scolaire et d'un enfant âgé de moins de deux ans. Chaque membre de cette famille pourrait être immunisé selon un ordre de priorité différent et être aiguillé vers une clinique différente, puisqu'ils appartiennent tous à des sous-groupes distincts de la population. Pour les administrateurs des cliniques et pour la famille, il serait probablement plus efficace et plus rapide de vacciner simplement tous les membres de la famille (ou au moins le conjoint ne travaillant pas dans les soins de santé et les enfants) dans une même séance et de demander à tous de revenir pour une seconde dose à un intervalle approprié. Cette approche pourrait : éliminer la nécessité pour l'équipe clinique de vérifier l'admissibilité au vaccin en fonction du groupe prioritaire; simplifier la communication de messages au public; diminuer la confusion et les contrariétés de la population dans les cliniques; enfin, rendre la planification dans les cliniques plus efficace en faisant en sorte que la fréquentation soit plus prévisible. Dans les collectivités isolées géographiquement, l'efficacité potentielle de cette approche serait encore plus évidente puisque les équipes d'immunisation pourraient prévoir les cliniques de manière à diminuer le nombre de visites nécessaires dans ces collectivités afin de vacciner toute la population.

### 3.3 Établissement de priorités

Même si une quantité suffisante de vaccins sera produite pour immuniser toutes les personnes au pays, le nouveau vaccin pandémique deviendra disponible par lots, ce qui nécessitera des décisions concernant la répartition de ces doses aux quatre coins du pays et la pertinence d'accorder la priorité à certains sous-groupes de la population. Tel qu'il est indiqué ci-dessus, la mesure dans laquelle il sera nécessaire d'établir des priorités sera liée au taux de production et d'administration du vaccin.

**À l'heure actuelle, il n'y a aucune décision de principe quant à la distribution des premières doses de vaccin dans l'ensemble du Canada.** Même si une approche par habitant semble constituer la façon la plus équitable de procéder, et devrait être utilisée pour les besoins de la planification, d'autres facteurs pourraient avoir une influence sur cette décision lors de la pandémie. Par exemple, si le vaccin devient disponible au moment où la première vague d'activité semble s'apaiser dans certaines provinces mais s'intensifier dans d'autres, il faudrait peut-être expédier la première dose là où l'activité s'accroît afin d'y atténuer l'impact de cette première vague. Ou encore, les provinces où il y a une accalmie pourraient être les mieux placées pour assurer des programmes de vaccination massive, puisque les ressources humaines seraient en mesure de passer des soins aux patients à l'administration des vaccins en raison du nombre décroissant de cas nouveaux. La modélisation mathématique et la rétroaction qui découlent des exercices de planification en cas de pandémie peuvent nous éclairer sur ce point, mais d'autres facteurs devront être pris en considération. Les décisions finales concernant la répartition ne pourront pas être prises avant que la pandémie ne soit en cours et que le vaccin ne soit disponible.

Afin de faciliter les préparatifs en vue de la mise en place d'une stratégie axée sur les priorités à l'échelle locale, le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques du CGP a déterminé, pour les besoins de la planification, des groupes prioritaires (sous-groupes de l'ensemble de la population) qui ont été publiés sous forme de liste numérotée dans l'Annexe D des éditions 2004 et 2006 du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. Le présent document remplace maintenant cette version de l'Annexe D.

Les sous-groupes de la population précisés dans la version précédente de l'Annexe D ont été conservés, étant donné que les membres de chaque groupe ont des points communs, (par exemple, un rôle à jouer dans l'élaboration des objectifs de planification en cas de pandémie et

des stratégies d'accès possibles), ce qui rend de tels groupements logiques dans une perspective de planification. Ces sous-groupes de la population canadienne peuvent être classés de la façon suivante : groupes professionnels, groupes à risque élevé et adultes et enfants en santé, c'est-à-dire ceux qui ne font pas partie des groupes professionnels précédents. Le Tableau 4 présente les « définitions de travail » pour chacun des sous-groupes et donne des exemples de personnes susceptibles de faire partie de chaque groupe. Les sous-groupes, qui se veulent mutuellement exclusifs, sont réunis de manière à couvrir toute la population canadienne. La plupart de ces définitions se trouvent également dans le glossaire joint au Plan. **Les groupes sont présentés par ordre alphabétique : ce tableau n'est pas une liste classée par ordre de priorité.**

**Tableau 4. Sous-groupes de la population**

<b>Sous-groupe de la population</b> (NON classé par ordre de priorité)	<b>Définition</b> (aux fins de ce processus)	<b>Exemples de personnes qui pourraient former ce groupe et des moyens pour les joindre</b>
Adultes en santé	Toutes les personnes de 18 ans et plus qui n'ont pas de troubles médicaux ou qui n'entrent pas dans une catégorie d'âge qui les inclurait dans un groupe « à risque élevé », et qui ne font pas partie de l'un des groupes professionnels prioritaires.  <i>(Nota : Si les adultes de 65 ans et plus sont considérés comme présentant un « risque élevé de résultats néfastes » comme ils le sont pour la grippe saisonnière, ils ne seraient pas inclus dans ce groupe.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès possible au moyen de cliniques communautaires</li> </ul>
Décideurs clés dans le domaine social*	Les personnes qui possèdent le pouvoir décisionnel qui sera nécessaire au moment de la pandémie pour réduire les perturbations sociales au minimum.	Maires, chefs de police, chefs des services d'incendie, juges, autres ministres gouvernementaux <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès possible au moyen de cliniques en milieu de travail</li> </ul>
Décideurs clés en matière de santé*	Les personnes qui possèdent le pouvoir décisionnel nécessaire pour appliquer et maintenir l'intervention du secteur de la santé contre la pandémie d'influenza.	Médecins hygiénistes, directeurs généraux et directeurs du personnel des hôpitaux, ministres de la Santé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès possible au moyen de cliniques en milieu de travail</li> </ul>
Enfants en santé	Tous les jeunes de 2 à 17 ans qui n'ont pas de troubles médicaux qui les incluraient dans un groupe « à risque élevé ».	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès possible au moyen de cliniques scolaires et communautaires</li> </ul>
Groupes à risque élevé (de résultats néfastes)	Les groupes dont les signes épidémiologiques indiquent un risque accru de conséquences négatives en raison de la maladie.	Nature des groupes à déterminer selon l'épidémiologie de la pandémie**.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès possible au moyen de cliniques spécialisées dans des endroits convenant à des groupes particuliers (p. ex., maisons de soins infirmiers pour résidents)</li> </ul>

<b>Sous-groupe de la population</b> (NON classé par ordre de priorité)	<b>Définition</b> (aux fins de ce processus)	<b>Exemples de personnes qui pourraient former ce groupe et des moyens pour les joindre</b>
Intervenants en santé publique*	Les personnes qui sont indispensables à l'application et au maintien de l'intervention en santé publique contre la pandémie d'influenza et qui n'ont pas à s'approcher à moins d'un mètre de distance d'un cas de grippe connu dans leur milieu de travail.	Personnel infirmier en santé publique qui ne prodigue pas de soins aux patients, autres membres du personnel en santé publique, administrateurs en santé publique  ▪ Accès possible au moyen de cliniques en milieu de travail
Intervenants sociaux en cas de pandémie*	Les personnes qui sont formées ou qui travaillent surtout pour fournir un service essentiel à assurer à un niveau minimum pour que la santé, la sûreté ou la sécurité du public ne soit pas menacée.	Policiers, pompiers, agents de correction, ouvriers des services publics, personnel des services funéraires et des morgues  ▪ Accès possible au moyen de cliniques en milieu de travail
Travailleurs de la santé (TS)	Les personnes qui travaillent dans des milieux où des soins de santé essentiels sont prodigués.	Personnel infirmier, médecins, travailleurs en laboratoire, pharmaciens, personnel des secours médicaux d'urgence  ▪ Accès possible au moyen de cliniques en milieu de travail
<p>* Ces définitions ont été formulées pour faciliter la planification en cas de pandémie quant à la détermination des groupes particuliers qui pourraient être ciblés dans le cadre d'interventions en santé publique; elles peuvent donc ne pas être bien reconnues en dehors du secteur de la santé publique. Il est également à noter que, lorsque des groupes professionnels sont mentionnés dans la troisième colonne du tableau, il s'agit d'exemples; ces mentions ne visent pas à être exhaustives ni à indiquer que tous les membres des groupes en question satisferaient aux critères d'inclusion dans les sous-groupes constitués aux fins de l'immunisation.</p> <p>** Pour les besoins de la planification, les groupes à risque élevé établis à l'égard de la grippe annuelle (tels qu'ils ont été déterminés par le Comité consultatif national de l'immunisation ont été employés. Ces groupes sont, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les adultes et les enfants atteints de certaines affections chroniques assez graves pour justifier un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. Ces affections à risque élevé comprennent : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les troubles cardiaques ou pulmonaires (notamment la dysplasie bronchopulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme), le diabète sucré et d'autres maladies métaboliques, le cancer, l'immunodéficience, l'immunosuppression (causée par une affection sous-jacente ou une thérapie), la néphropathie, l'anémie ou l'hémoglobinopathie, des pathologies qui compromettent la gestion des sécrétions respiratoires et qui sont associées à un risque d'aspiration accru, les affections nécessitant la prise d'acide acétylsalicylique pendant de longues périodes chez les enfants et les adolescents;</li> </ul> </li> <li>• les résidents de maisons de soins infirmiers et d'autres établissements de soins de longue durée, quel que soit leur âge;</li> <li>• les personnes de 65 ans et plus;</li> <li>• les enfants en santé âgés de 6 à 23 mois;</li> <li>• les femmes enceintes.</li> </ul>		

Déterminer l'ordre dans lequel ces sous-groupes se feraient vacciner est une tâche beaucoup plus difficile qui, de l'avis des experts, doit tenir compte de nombreux facteurs, dont plusieurs ne seront pas connus avant l'arrivée de la pandémie. Voici des exemples de points à considérer :

- **L'incidence sur les objectifs pandémiques** (c.-à-d., réduire au minimum les maladies graves, les décès totaux et les perturbations sociales) : Réduire au minimum les maladies graves et le nombre total de décès signifierait accorder la priorité aux groupes à risque élevé et aux travailleurs de la santé. Toutefois, réduire au minimum les perturbations sociales pourrait inciter à accorder la priorité aux groupes professionnels essentiels à l'infrastructure et peut-être aux adultes en santé.
- **Les considérations d'ordre opérationnel** (p.ex., la taille du groupe, la facilité d'identification et l'accessibilité) : Selon la quantité de vaccins disponible, il pourrait être plus facile d'accorder la priorité aux groupes plus petits qui peuvent être localisés et identifiés facilement, comme les travailleurs de la santé, ou de vacciner toutes les personnes dans une collectivité éloignée en même temps.
- **La gravité ou l'épidémiologie de la pandémie** : Une pandémie grave pourrait amener la population à exercer des pressions pour que les enfants soient vaccinés en premier. Dans le même ordre d'idées, si le virus pandémique est semblable à un virus qui a circulé auparavant (p. ex., le H2N2), il pourrait être logique d'accorder la priorité aux groupes d'âge qui ne sont pas susceptibles d'avoir été exposés au virus similaire antérieur.
- **La différence dans l'efficacité du vaccin entre les groupes** (p. ex., si l'efficacité d'un vaccin est beaucoup moins grande chez les aînés ou les personnes immunodéprimées) : Selon cette considération, on pourrait faire passer les personnes « en santé » avant celles qui font partie de certains groupes à risque élevé.
- **Le moment où le vaccin sera disponible** (p.ex., à la fin de la première vague, pendant la période entre les vagues, au début de la deuxième vague) : La disponibilité entre les vagues pourrait faire en sorte qu'il soit préférable d'accorder la priorité aux groupes professionnels en vue de la prochaine vague ou aux personnes qui sont dans des milieux très propices à la transmission, comme les enfants d'âge scolaire, afin d'aplanir la courbe épidémique de la seconde vague. La disponibilité du vaccin au début de la deuxième vague pourrait justifier que les personnes à risque élevé aient préséance, surtout si une proportion importante des autres groupes est censée avoir acquis une immunité au cours de la première vague.
- **L'opinion publique et la perception du risque en guise de considération** (par exemple la gravité perçue de la pandémie et des risques que comporte le vaccin) : La population pourrait vouloir que les enfants se fassent vacciner en premier si la pandémie est grave. Par contre, si la pandémie est perçue comme relativement faible et si le vaccin est très réactogène, le public pourrait vouloir que l'on retarde la vaccination des enfants jusqu'à ce que l'on en sache davantage sur les effets à long terme du nouveau vaccin.

Savoir conceptualiser les interactions de toutes ces variables pour présenter un menu de listes prioritaires pour chaque éventualité ne constitue pas un emploi efficace du temps ou des ressources. Il y a tout simplement trop de combinaisons de facteurs possibles dont plusieurs, comme l'opinion publique, peuvent ne pas demeurer « statiques » pendant toute la pandémie. De telles listes risqueraient de faire échouer les efforts de planification; l'accent étant mis sur l'ordre des sous-groupes, de nombreux planificateurs seraient forcés de consacrer du temps à la

justification de ces listes plutôt que de se concentrer sur les moyens de déterminer ces groupes et de les joindre s'il devenait nécessaire de leur accorder la priorité.

Au moment de la pandémie, le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques formulerait des recommandations sur la pertinence d'établir des priorités pour l'administration du vaccin et, le cas échéant, sur l'ordre dans lequel les sous-groupes seraient vaccinés ainsi que sur la pertinence de cibler des sous-groupes simultanément. Le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques du CGP s'emploie à élaborer une stratégie ou un outil décisionnel de hiérarchisation qui englobera les facteurs et considérations déjà énumérés. Cette stratégie serait mise à la disposition du public à des fins éducatives, mais elle devrait permettre, au bout du compte, au Groupe de travail de formuler des recommandations concernant l'établissement des priorités au CGP et, par la suite, au Conseil du Réseau de santé publique. La décision de principe nationale à l'égard de l'ordre dans lequel les sous-groupes devraient être vaccinés dans l'ensemble du Canada serait vraisemblablement prise par les ministres de la Santé, à partir des conseils des médecins hygiénistes en chef et du Conseil du Réseau de santé publique, avec la vive recommandation que l'ordre convenu soit respecté uniformément d'un bout à l'autre du pays.

### **3.4 Faits récents relatifs aux nouveaux vaccins antigrippaux**

Afin d'améliorer la préparation à l'échelle mondiale en vue de la production d'un vaccin pandémique, l'Organisation mondiale de la santé encourage la recherche et le développement pour de nouveaux vaccins antigrippaux<sup>1</sup> (c.-à-d., des prototypes de vaccins antigrippaux nouveaux) et des approches susceptibles de diminuer les délais (p. ex., la culture cellulaire). Des stocks de semence de la souche asiatique du virus H5N1 ont été rendus disponibles pour cette initiative. Plusieurs forums se sont déroulés récemment (réunions de l'OMS, conférences sur la vaccination, etc.) où les fabricants ont fourni de l'information ainsi que des données découlant d'essais cliniques sur leurs prototypes de vaccins. Compte tenu du caractère prometteur des données sur l'efficacité et des éléments probants indiquant que certains produits pourraient procurer une protection croisée contre les différents clades\* d'un même virus, des fabricants ont soumis ces vaccins à l'approbation de divers organes de réglementation.

De plus, le concept de l'utilisation de ces nouveaux vaccins H5N1 en vue de provoquer un « déclenchement immunitaire » chez les sujets en prévision d'une pandémie causée par le virus H5N1 a été lancé. Il s'agirait de réduire, en dernier ressort, le temps écoulé entre la vaccination et l'apparition de la protection en administrant d'abord un vaccin contenant une souche similaire à celle susceptible de provoquer la prochaine pandémie, puis à administrer un vaccin contenant la souche pandémique véritable à ces mêmes personnes dès qu'il serait disponible. La première dose, c'est-à-dire le vaccin « pré-pandémique », servirait à activer la réaction immunitaire du sujet, tandis que la deuxième dose contenant la souche pandémique servirait de rappel et assurerait une protection particulière contre le virus pandémique.

Certains pays songent - s'ils ne l'ont pas déjà - à se constituer des réserves du vaccin « pré-pandémique », qui n'est actuellement disponible que pour la souche asiatique du virus H5N1.

Parmi les autres vaccins présentement étudiés, figurent des vaccins à virus entier, des vaccins avec d'autres adjuvants, notamment l'alun, des vaccins qui ciblent des protéines internes par

\* Le terme « clade » est défini ainsi sur le site [www.medterms.com](http://www.medterms.com) : [TRADUCTION] « Organismes apparentés issus d'un ancêtre commun ». À l'heure actuelle, au moins trois clades du virus H5N1 hautement pathogène ont été décelés.

opposition aux protéines de surface H et N, et des vaccins qui peuvent être administrés par des voies différentes (p. ex., intradermique et transdermique). Le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques continuera de surveiller les progrès réalisés à l'égard des nouveaux vaccins antigrippaux ainsi leurs répercussions possibles sur la planification au Canada.

### **3.5 Constitution de réserves**

La technologie a maintenant évolué au point où des vaccins antigrippaux « pré-pandémiques » contre des virus nouveaux commencent à être disponibles et peuvent être achetés par les gouvernements. Certains pays ont déjà constitué des réserves ou se sont engagés à se constituer des réserves d'un nouveau vaccin contre le virus H5N1 asiatique dans le cadre de leurs préparatifs en cas d'une pandémie d'influenza provoquée par ce virus. Le Canada ne possède pas de réserves du vaccin H5N1 et il continue de se concentrer sur des stratégies destinées à accroître le degré général de préparation à une pandémie de n'importe quel sous-type d'influenza. Le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques continuera néanmoins d'examiner la science liée aux vaccins H5N1 afin d'éclairer le processus décisionnel ultérieur. Cet examen comportera une surveillance continue des données probantes sur l'efficacité de l'activation immunitaire à l'aide de vaccins antigrippaux nouveaux.

Il importe que les planificateurs à l'échelle PT et locale déterminent s'il sera nécessaire de constituer les réserves requises pour mettre en place les cliniques de vaccination massive qui cibleront l'ensemble de la population canadienne, une fois le vaccin pandémique disponible. Ces travaux sont soutenus à l'échelle nationale par le Groupe de travail sur l'approvisionnement en vaccins du Comité canadien d'immunisation. Ces discussions doivent, par contre, être éclairées par le point de vue des planificateurs à l'échelle PT et locale, qui sont le mieux placés pour effectuer la planification avec les fournisseurs de soins de santé, car les questions clés, comme la rotation des stocks, se prêtent mieux aux arrangements locaux.

### **4.0 Mesures de suivi**

La liste qui suit résume les principales mesures de suivi découlant du contenu de la présente annexe. Cette liste vise à compléter celle qui figure déjà à l'Annexe A du PCLPI et à mettre en évidence les secteurs où les préparatifs à l'échelle nationale et fédérale sont liés à des questions de planification opérationnelle.

- Les planificateurs doivent déterminer s'ils sont en mesure d'administrer une dose de vaccin à l'ensemble de la population dont ils sont responsables en l'espace d'un mois, de même que la façon de procéder à cette fin. Si ce n'est pas réalisable, ils doivent déterminer le taux d'administration le plus rapide qu'il est possible d'atteindre et de maintenir pour la collectivité qu'ils desservent dans le contexte d'une pandémie, alors que les ressources humaines et autres risquent d'être limitées.
- Les planificateurs doivent être prêts à mettre en place un programme de vaccination contre la pandémie qui cible des groupes prioritaires et un programme qui ne cible pas de groupes prioritaires – compte tenu du fait qu'ils peuvent être avisés du programme à mettre en œuvre dans un très court délai et que, peu importe la stratégie, l'objectif final consistera essentiellement à vacciner la population entière.
- Les planificateurs doivent déterminer s'il est plus logique de recourir à une stratégie non basée sur les groupes prioritaires pour un segment quelconque de la population dont ils sont responsables, par exemple les collectivités isolées et éloignées.

- Les planificateurs doivent élaborer des méthodes pour déterminer le nombre de membres de chaque sous-groupe et confirmer le mieux possible l'inclusion dans un sous-groupe donné à l'échelle de la clinique de vaccination.
- Ils doivent veiller à ce que les voies de communication appropriées soient en place pour :
  - tenir les « principaux acteurs » locaux au courant des incidences des progrès scientifiques et technologiques récents et de l'état d'avancement des plans relatifs au programme de vaccination dans le cadre des activités continues de préparation;
  - fournir à la population les renseignements dont elle aura besoin sur le programme de vaccination contre la pandémie;
  - faciliter la mise en œuvre du programme de la manière la plus uniforme possible dans l'ensemble du Canada (d'après les recommandations et les politiques convenues sur le plan national);
  - mobiliser les ressources nécessaires pour mettre rapidement sur pied des cliniques de vaccination massive (y compris les sources et la formation de vaccinateurs « de réserve »).
- En ce qui a trait à la stratégie de vaccination, les planificateurs doivent constituer des réserves de fournitures médicales, comme des seringues, qui feront partie intégrante de la mise en place des cliniques de vaccination massive.
- En ce moment, la planification en cas de pandémie à l'échelle PT et locale devrait :
  - tenir compte du fait que le délai de 10 à 12 semaines pour la production d'un vaccin pandémique est le scénario de la meilleure éventualité;
  - reconnaître que les dates de livraison attendues pour le vaccin pandémique risquent d'être repoussées;
  - prévoir une boucle de rétroaction afin d'annoncer rapidement tout effet secondaire grave ou inhabituel soupçonné à la suite d'une vaccination.

## 5.0 Recherche

La recherche jouera un rôle clé en éclairant les préparatifs et les interventions. L'ASPC et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont organisé, en septembre 2005, un atelier ayant pour objet de déterminer les priorités de la recherche et d'élaborer un plan d'action stratégique pluriannuel pour la recherche sur l'influenza. Le compte rendu de cet atelier se trouve à l'adresse suivante : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/30967.html>.

La stratégie de vaccination en cas de pandémie pourrait bénéficier de recherches menées pendant les saisons de grippe annuelle. Il faudrait également disposer de protocoles de recherche applicables au moment de la pandémie pour mieux éclairer le processus décisionnel ainsi que l'évaluation post-pandémique.

Pour répondre à ce besoin, l'ASPC et les IRSC ont lancé un appel de demandes de subventions Catalyseur dans le cadre d'une intervention en cas de pandémie afin de mobiliser le milieu de la recherche en prévision d'une éclosion (voir : <http://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/viewOpportunityDetails.do?view=browseArchive&prog=312&type=AND&progType=CIHR-1&resultCount=25&browseArc=true&language=F>). Les subventions Catalyseur permettront le déroulement de la phase de planification et de préparation de projets de recherche sur des questions essentielles à la lutte contre la pandémie lors d'une éclosion. Les domaines de recherche sur les vaccins à aborder dépendront des résultats de l'examen par les pairs, mais on

s'attend à ce que l'évaluation de l'efficacité des vaccins et les recherches sur les effets secondaires suivant l'immunisation en fassent partie.

En plus des activités de recherche en cours, l'ASPC et les IRSC ont lancé dernièrement, dans le cadre des subventions d'équipe, un appel de demandes (voir : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/32804.html>) liées aux programmes de vaccins et d'immunisation, notamment à la recherche sur l'utilisation et l'efficacité optimales des vaccins existants et la mise au point des nouvelles technologies de vaccination, y compris les voies d'administration des vaccins. Des projets approuvés par les pairs devraient débiter au printemps 2008.

Enfin, l'ASPC et les IRSC ont lancé, en décembre 2007, une possibilité de financement concernant la création d'un Réseau de recherche sur l'influenza. Ce réseau mobilisera des chercheurs de partout au Canada qui sont chevronnés et talentueux dans le domaine de l'évaluation de vaccins afin de mettre au point et à l'essai des méthodologies et méthodes d'évaluation de l'innocuité, de l'immunogénicité et de l'efficacité de vaccins antigrippaux chez les personnes de tous âges, avant et après l'autorisation de leur utilisation générale. On prévoit que le projet approuvé par les pairs débutera d'ici le printemps 2009.

Comme les préparatifs et la recherche en cas de pandémie demeurent une priorité mondiale, il est important que les conclusions de recherche et les nouvelles technologies de l'extérieur du Canada soient surveillées et diffusées et qu'elles servent à éclairer les plans futurs. Il y a de nombreuses activités de recherche sur les vaccins en cours. La modélisation mathématique, qui est destinée, par exemple, à renseigner davantage sur les incidences possibles de différentes stratégies d'établissement des priorités, figure parmi les autres domaines d'intérêt.

## 6.0 Conclusions

La planification optimale d'un programme de vaccination contre la pandémie exige l'élaboration de plans souples à tous les paliers de gouvernement. Des activités de planification à l'échelle fédérale-provinciale-territoriale et fédérale ont été déterminées en fonction des rôles et responsabilités habituels (p. ex., en ce qui concerne la prestation et l'organisation des soins de santé), mais également compte tenu du contexte dans lequel une démarche « centralisée » s'avère le plus efficace, par exemple pour la conclusion d'un contrat de production du vaccin pandémique. La planification à ces échelons doit être éclairée par les réalités opérationnelles des résultats escomptés lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une entreprise d'une telle envergure à un moment où les ressources sont mises à rude épreuve et où la population est particulièrement conscientisée et aux aguets.

Aucun plan ne peut être parfait. En fait, les domaines à améliorer risquent de n'être cernés qu'avec du recul. Compte tenu de l'incertitude et du contexte changeant qui caractérisent la planification en cas de pandémie, le mieux que les planificateurs puissent faire pour les Canadiens est de veiller à ce que les plans soient constamment fondés sur les meilleurs renseignements disponibles et qu'ils continuent d'évoluer. Ces plans devraient s'inspirer du meilleur de la science, de la technologie et des ressources et faire en sorte que l'on gère les besoins et les attentes de la population à la fois au moyen d'une éducation par les experts et d'une éducation des experts en ce qui concerne les valeurs et les attentes de la population.

## Bibliographie

1. GlaxoSmithKline, *GSK Reports Significant Advance in H5N1 Pandemic Flu Vaccine Programme*, communiqué de presse diffusé le 26 juillet 2006 à Londres (Royaume-Uni) et à Rixensart (Belgique).
2. Organisation mondiale de la santé, *Pandémie de grippe – plan d'action pour augmenter l'approvisionnement en vaccins*. Septembre 2006 (accès en ligne : [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_EPR\\_GIP\\_2006\\_1FR.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_1FR.pdf)).



# Recommandations sur la planification de l'utilisation des médicaments antigrippaux (antiviraux) au Canada durant une pandémie

**Date de la version la plus récente : octobre 2006**

Sommaire des changements d'importance :

- Reflète la création de la « Réserve nationale d'antiviraux » et fourni de l'information sur la taille, l'utilisation et la composition de la réserve.
- Comme les références spécifiques aux « groupes prioritaires » ne correspondent plus aux décisions prises jusqu'à aujourd'hui concernant l'utilisation de la réserve, celles-ci ont été supprimées.
- Contient des données scientifiques mises à jour, des informations de réglementation, des décisions des politiques et des connaissances basées sur l'expérience acquise depuis la dernière version (2004).
- Utilise la nouvelle terminologie des phases de la pandémie.



# Table des matières

1.0	Introduction	3
2.0	Rôle des antiviraux	3
3.0	Classes de médicaments antiviraux (antigrippaux)	4
3.1	Inhibiteurs de la neuraminidase	4
3.2	Inhibiteurs du canal ionique M2 (amines cycliques ou adamantanes)	6
4.0	Réserve nationale d'antiviraux	6
4.1	Taille de la Réserve nationale d'antiviraux	6
4.2	Utilisation de la Réserve nationale d'antiviraux	7
4.3	Composition de la Réserve nationale d'antiviraux	9
5.0	Principes de planification et recommandations principales	10
6.0	Questions en suspens	11
	Bibliographie	13



## 1.0 Introduction

Cette annexe vise à présenter de l'information et des recommandations qui aideront les planificateurs de la pandémie à élaborer et à améliorer leurs stratégies antivirales respectives. Les recommandations du Comité sur la pandémie de l'influenza (CPI) ont pour objet de normaliser l'usage des antiviraux dans l'ensemble du Canada au cours d'une pandémie d'influenza et de jeter les bases d'une stratégie antivirale nationale efficace, équitable, souple et éclairée. Il faudra réexaminer l'ensemble des recommandations et des plans de mise en œuvre après l'apparition d'une souche de pandémie afin de vérifier si la stratégie mise en œuvre tient compte des changements survenus dans les données épidémiologiques ou autres (p. ex., résistance aux antiviraux, traitement optimal).

## 2.0 Rôle des antiviraux

L'administration d'un vaccin efficace est la toute première intervention en santé publique lors d'une pandémie. Toutefois, la production du vaccin nécessite l'acquisition du virus semence et par conséquent, elle ne peut s'amorcer tant que le virus pandémique n'a pas infecté l'humain. Une fois que les fabricants disposeront d'une souche semence adéquate, on prévoit que la production du vaccin demandera au moins trois à quatre mois et que l'accessibilité des doses sera chaotique et limitée. De plus, chaque personne pourrait avoir besoin de recevoir deux doses du vaccin pour être protégée.

Pour le moment, les médicaments antiviraux (antigrippaux) constituent la seule intervention médicale spécifique dirigée contre l'influenza qui sera potentiellement accessible durant l'intervention initiale lors d'une pandémie. Les médicaments antiviraux peuvent être utilisés pour prévenir l'influenza et, contrairement aux vaccins, ils peuvent aussi être employés pour traiter des cas de maladie qui ont été détectés de façon précoce. Même si de bonnes preuves établissent que ces médicaments réduisent les complications de l'influenza, rien n'indique qu'ils réduisent la mortalité liée à la maladie. La protection offerte par les antiviraux est pratiquement immédiate et elle n'inhibe pas la réponse aux vaccins antigrippaux inactivés. Il sera essentiel d'utiliser ces médicaments de façon stratégique au cours de la période pandémique cruciale si l'on veut, d'une part, réussir à réduire au minimum les maladies graves et les décès et, d'autre part, les perturbations sociales découlant d'une pandémie d'influenza au Canada.

Avant l'incident d'influenza aviaire de Hong Kong en 1997, les antiviraux n'étaient pas considérés comme une composante de l'intervention canadienne en cas de pandémie, notamment en raison de leur coût. Durant l'éclosion de Hong Kong, plusieurs pays ont rapidement épuisé les approvisionnements mondiaux de médicaments antigrippaux. À la lumière des leçons tirées depuis 1997 et de l'approbation pour la vente de nouveaux agents antiviraux (les inhibiteurs de la neuraminidase), le Groupe de travail sur les antiviraux du CPI a été formé afin d'élaborer des options, des recommandations et des directives sur l'utilisation des antiviraux. La recommandation principale de ce groupe de travail, qui a reçu le soutien du CPI par la suite, a été la nécessité de constituer une provision d'antiviraux au Canada afin d'atténuer les conséquences d'une pandémie d'influenza.

La Réserve nationale d'antiviraux a été créée à l'automne 2004. Cette réserve mise à part, la provision d'antiviraux du Canada est limitée. Ces médicaments ont été relativement peu utilisés jusqu'ici au Canada. Durant les saisons grippales annuelles, ils ont servi essentiellement à lutter contre les éclosions dans les centres de soins de santé et de soins de longue durée. Au cours de l'éclosion d'influenza aviaire qui a touché la Colombie-Britannique en 2003, ils ont également été utilisés, en raison de leurs rôles dans la lutte contre les éclosions, pour le traitement prophylactique des personnes exposées à cette maladie (p. ex., les préposés à l'abattage). L'histoire de la demande étant restreinte, les fabricants ont été peu portés à emmagasiner des quantités importantes de ces produits au Canada, qui sont donc peu connus des praticiens et de la population.

### **3.0 Classes de médicaments antiviraux (antigrippaux)**

Deux classes de médicaments antiviraux sont approuvées actuellement au Canada pour la prévention et/ou le traitement de l'influenza : les inhibiteurs du canal ionique M2 et les inhibiteurs de la neuraminidase. Il existe des différences importantes sur le plan de la pharmacocinétique, des effets secondaires et de la résistance aux médicaments entre ces deux classes. Ces caractéristiques de rendement et les coûts devraient être pris en considération lors du choix des médicaments spécifiques à utiliser dans la prophylaxie ou le traitement. Des renseignements sommaires sur ces médicaments figurent dans le tableau qui suit.

### **3.1 Inhibiteurs de la neuraminidase**

L'oseltamivir (Tamiflu) et le zanamivir (Relenza) sont les deux inhibiteurs de la neuraminidase qui sont approuvés actuellement au Canada. Ce sont actuellement les seuls inhibiteurs de la neuraminidase sur le marché mondial, mais d'autres agents, le peramivir par exemple, sont en voie d'élaboration. L'oseltamivir et le zanamivir inhibent la réplication des virus d'influenza A et B de trois manières : 1) ils empêchent la libération des virus par les cellules infectées, 2) ils provoquent l'agrégation des virus et 3) ils peuvent améliorer l'inactivation des virus par les sécrétions des muqueuses respiratoires. Les médicaments sont bien tolérés et ils ont été utilisés de façon efficace dans la prophylaxie et le traitement de l'influenza A et B. Ils sont réputés efficaces contre les virus pandémiques, y compris le H5N1. Les virus H5N1 sont sensibles aux inhibiteurs de la neuraminidase *in vitro* et il a été prouvé que l'oseltamivir avait protégé des souris contre une pneumonie à influenza H5N1 mortelle induite à titre expérimental, mais à des doses supérieures aux doses habituelles<sup>(2)</sup>.

Les inhibiteurs de la neuraminidase sont efficaces s'ils sont administrés dans les deux jours suivant l'apparition de la maladie<sup>(3)</sup>. On estime que le traitement à l'oseltamivir, s'il est utilisé ainsi, offre certains avantages dont une réduction de 25 à 30 % de la durée des symptômes et une diminution de la gravité de la maladie, une réduction de 59 % des hospitalisations (intervalle : 30 à 70 %), une baisse de 63 % de l'utilisation des antimicrobiens (intervalle : 40 à 80 %) et une réduction de 1 jour des jours de travail perdus à cause du traitement (intervalle : de 0,5 à 1,5 jour)<sup>(4)</sup>. Il n'existe pas de données à l'heure actuelle sur la mesure dans laquelle le traitement à l'oseltamivir permet de réduire la mortalité causée par l'influenza. Dans leur analyse d'impact, Gani et ses collaborateurs ont postulé que le traitement à l'oseltamivir assurerait une protection de 50 % contre le décès<sup>(5)</sup> en se fondant sur l'hypothèse qu'une protection de 50 % contre les issues plus graves de l'influenza se traduirait par une protection équivalente contre le décès.

Il existe peu de données sur la capacité des inhibiteurs de la neuraminidase à réduire les complications de l'influenza chez les personnes atteintes d'affections concomitantes augmentant le risque de ces complications. Les preuves à l'appui d'un tel effet positif proviennent d'analyses

## Antiviraux (antigrippaux) homologués actuellement au Canada

Médicament	Nom commercial et fabricant	Classe	Indications	Formulation(s)	Durée de conservation/ stabilité	Utilisation(s) prévue(s) durant une pandémie
Oseltamivir	Tamiflu <sup>MD</sup> , Hoffmann-La Roche Inc.	Inhibiteur de la neuraminidase	Traitement de l'influenza A et B chez des personnes de 1 an et plus qui présentent des symptômes depuis au plus 2 jours Prévention de l'influenza A et B chez les personnes de 1 an et plus qui ont eu un contact étroit avec une personne infectée	Gélules (75 mg/gélule) : 10 gélules par emballage-coque ou flacons de 10 et 100 gélules  Poudre pour suspension buvable (12 mg/ml après reconstitution) : 900 mg par flacon (volume de 75 ml dans un flacon en verre de 100 ml)	Durée de conservation : 5 ans  Durée de conservation : 2 ans Stabilité : après reconstitution, 10 jours au réfrigérateur (à une température de 2 à 8 °C)	Gélules pour le traitement précoce de ceux qui se sont présentés et nécessitant un traitement.  Suspension buvable pour le traitement des enfants qui pèsent moins de 40 kg et/ou qui ne peuvent avaler les gélules.  Aucune décision n'a été prise à ce moment d'utiliser les médicaments de la réserve nationale pour la prophylaxie. Il est possible qu'une réserve autre que la réserve nationale ait été conçue pour cet usage.
Zanamivir	Relenza <sup>MD</sup> , GlaxoSmithKline	Inhibiteur de la neuraminidase	Traitement de l'influenza A et B chez des personnes de 7 ans et plus qui présentent des symptômes depuis au plus 2 jours	ROTADISK <sup>MD</sup> consistant en un disque rond métallisé regroupant 4 coques contenant chacune 5 mg de zanamivir. Un dispositif d'inhalation DISKHALER <sup>MD</sup> est fourni pour administrer le médicament (par inhalation). Une boîte contient 5 disques, ce qui équivaut à une cure.	Durée de conservation : actuellement 3 ans (la durée de conservation du nouveau produit devrait être de 5 ans)	Traitement des groupes prioritaires axé particulièrement sur les femmes enceintes et allaitantes.
Amantadine	Symmetrel <sup>MD</sup> et Endantadine <sup>MD</sup> -Bristol Myers Squibb, fabricants d'amantadine générique : Dominion Pharmacal, GenPharm, Medican Pharma, Pharmel, Pharmascience	Inhibiteurs du canal ionique M2 (amines cycliques ou adamantanes)	Traitement de l'influenza A chez des personnes de 1 an et plus Prévention de l'influenza A chez des personnes de 1 an et plus	Capsules (100 mg/capsule) : flacons de 100 capsules  Sirop (10 mg/ml) : flacons de 500 ml	Durée de conservation : 3 ans*  Durée de conservation : 2 ans	Ce médicament n'a pas été ajouté à la réserve nationale. Il se peut qu'il soit disponible durant une pandémie et devrait être utilisé seulement pour la prophylaxie et seulement si la souche est reconnue comme sensible à l'amantadine.

\* Remarque : Une étude a établi que l'amantadine était demeurée stable après 25 ans d'entreposage non contrôlé<sup>(1)</sup>. Il se peut que la stabilité d'autres médicaments antiviraux s'étende au-delà de la date d'expiration indiquée actuellement. Si les antiviraux mis en réserve actuellement ne sont pas utilisés avant leurs dates d'expiration respectives, des tests de stabilité seront probablement effectués afin de déterminer s'ils sont toujours efficaces et s'ils devraient être conservés.

de données rassemblées à partir de nombreuses études indépendantes<sup>(6)</sup>. L'oseltamivir et le zanamivir arrivent tous deux à prévenir l'influenza confirmé en laboratoire dans une proportion de 70 à 90 %<sup>(7)</sup>.

L'oseltamivir et le zanamivir ont été homologués au Canada en 1999 pour le traitement de l'infection due à l'influenza A ou B. Depuis décembre 2003, l'oseltamivir est homologué pour la prophylaxie contre l'influenza au Canada. Le zanamivir n'est pas homologué actuellement pour la prophylaxie. Selon les preuves recueillies jusqu'ici, les inhibiteurs de la neuraminidase risquent moins d'entraîner une résistance en cours de traitement que l'amantadine, et les virus résistants qui se développent sont moins susceptibles d'être transmissibles. À l'heure actuelle, les inhibiteurs de la neuraminidase coûtent plus cher que l'amantadine.

## **3.2 Inhibiteurs du canal ionique M2 (amines cycliques ou adamantanes)**

Les inhibiteurs du canal ionique M2 (l'amantadine et la rimantadine) interrompent le cycle de réplication du virus d'influenza A mais ne sont pas efficaces contre le virus d'influenza B. La rimantadine n'est pas homologuée actuellement au Canada.

L'efficacité de l'amantadine se situe entre 70 et 90 % pour la prévention de la maladie causée par l'influenza A. Si elle est administrée dans les deux jours suivant l'apparition de la maladie, elle peut réduire la durée de la maladie causée par l'influenza A non compliquée d'environ un jour, mais il n'est pas démontré qu'elle réduise les complications de l'influenza. Il a été établi qu'une résistance à l'amantadine se développe rapidement (chez jusqu'à 30 % des receveurs) lorsque ce médicament est employé à des fins de traitement et que ces virus résistants se transmettent rapidement<sup>(8)</sup>.

Le Groupe de travail sur les antiviraux s'est penché sur le rôle que pourraient jouer l'amantadine ou la rimantadine. Rien n'établit que ces médicaments pourraient avoir un rôle à jouer dans le traitement. Ils pourraient être utilisés à des fins prophylactiques au cours d'une éclosion nationale d'influenza aviaire ou d'une pandémie si le nouveau virus était sensible. Il faudrait cependant une autorisation spéciale pour utiliser la rimantadine, qui a moins d'effets secondaires que l'amantadine, car elle n'est pas homologuée à l'heure actuelle au Canada. La plupart des virus H5N1 se sont avérés résistants à ces médicaments.

## **4.0 Réserve nationale d'antiviraux**

### **4.1 Taille de la Réserve nationale d'antiviraux**

La création d'une Réserve nationale contribue à assurer, par l'entremise du gouvernement, un accès équitable à un stock sûr d'antiviraux partout au Canada en cas de pandémie de l'influenza. La Réserve nationale d'antiviraux a été créée à l'automne 2004 à la suite d'un achat conjoint de gélules d'oseltamivir par les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux (FPT). Elle contenait au départ 16 millions de doses, ce qui, selon les estimations initiales, devait assurer :

- 1) le traitement précoce des patients hospitalisés, des travailleurs de la santé, des intervenants sociaux des secteurs de la santé publique et des pandémies, des principaux décideurs de la santé, des personnes à risque élevé de la collectivité et des résidents des établissements de soins de longue durée où sévissent des éclosions;

2) six semaines de prophylaxie pour un tiers de l'ensemble des professionnels de la santé au Canada (pour les travailleurs de première ligne).

À l'automne 2005, le Groupe de travail sur les antiviraux du CPI a réexaminé les hypothèses utilisées pour établir les estimations initiales et a recommandé que des changements y soient apportés\*. Le « scénario modifié » qui a découlé de ces hypothèses ajustées (y compris un taux d'attaque clinique de 25 %, un impact plus marqué sur le plan de la morbidité, une consommation plus élevée de médicaments et une proportion de 50 % des travailleurs de la santé qui sont des « travailleurs de première ligne ») exigerait beaucoup plus de médicaments pour répondre aux besoins des groupes visés antérieurement par la réserve de 16 millions de doses. Le groupe de travail a donc été amené à recommander au CPI d'augmenter grandement la taille de la réserve. Il a également recommandé que le traitement soit accordé à toutes les personnes suffisamment malades pour nécessiter des soins, conformément à l'approche retenue par bon nombre d'autres pays développés.

Au cours d'une réunion conjointe du Conseil des médecins hygiénistes en chef et du Réseau de santé publique en février 2006, des recommandations quant à la taille, à la composition et à l'utilisation de la Réserve nationale d'antiviraux ont été présentées de façon officielle. Il a été déterminé que la taille (et la diversité) de la réserve devrait être portée à 55 millions de doses ou 5,5 millions de cures d'inhibiteurs de la neuraminidase. D'après les pandémies antérieures et le modèle Flu-aid conçu aux États-Unis par Meltzer et ses collaborateurs, environ la moitié des personnes qui développent une maladie clinique réclament des soins médicaux au cours d'une pandémie allant de faible à moyenne. Si l'on suppose un taux d'attaque clinique de 35 % pendant la pandémie et que la moitié des malades cliniques demanderait des soins médicaux, 55 millions de doses seraient requises (selon la cure standard actuelle) en présumant que toutes les personnes se présentant en consultation aient besoin d'antiviraux.

La réserve nationale a été distribuée à chaque PT selon un calcul par habitant. Une partie des PT ont choisi d'acheter des stocks supplémentaires d'antiviraux. On estime, au moment de la publication, qu'environ 39 millions de doses d'oseltamivir (y compris les 16 millions de doses de la réserve nationale) ont été mises en réserve par les gouvernements fédéral et PT au Canada. Si les réserves gouvernementales qui ne font pas partie actuellement de la réserve nationale y étaient intégrées, l'objectif de 55 millions de doses pourrait être atteint dès le printemps 2007.

Le contenu de la réserve (nombre de doses et de médicaments) sera évalué régulièrement au fil de l'évolution de la planification et de l'arrivée de données scientifiques et de ressources (notamment des stocks de médicaments) propres à jeter un nouvel éclairage sur la stratégie antivirale. La dernière série de recommandations, portant en particulier sur la taille de la Réserve nationale d'antiviraux, vise à faciliter la planification et ne devrait pas être considérée comme une définition des besoins absolus au cours d'une pandémie d'influenza.

## **4.2 Utilisation de la Réserve nationale d'antiviraux**

Au départ, la Réserve nationale initiale de 16 millions de doses devait servir à la fois pour le traitement et pour les indications de prophylaxie; cette réserve aurait suffi pour un nombre limité de groupes prioritaires convenus au niveau national. Avec l'expansion de la réserve jusqu'à 55 millions de doses, la stratégie a dû être révisée et est décrite ce-dessous.

\* Hypothèses initiales utilisées pour l'estimation des besoins en antiviraux : gravité allant de faible à moyenne, taux d'attaque clinique de 20 %, vague pandémique de six semaines, 33 % des travailleurs de la santé sont des « travailleurs de première ligne ».

## Traitement précoce (traitement dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes)

Au moment d'une pandémie, les médicaments de la réserve nationale devraient servir pour le traitement précoce de toutes les personnes atteintes d'un syndrome grippal (préssumé influenza pandémique) qui sont suffisamment malades pour nécessiter des soins et qui recevraient une évaluation médicale dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes. Il se peut que les priorités de la stratégie antivirale doivent encore être établies au moment de sa mise en œuvre, par exemple si l'on juge que le traitement exige plus de 10 doses ou si la réserve n'est pas encore complètement constituée. S'il est alors recommandé de fixer des priorités de traitement, les doses de la réserve nationale seraient données aux personnes atteintes de SG considérées comme le plus à risque de morbidité grave et de mortalité selon les données disponibles.

De nombreuses publications et études de modélisation parues, en particulier au cours de l'année écoulée, insistent sur l'importance d'un traitement précoce (par opposition à la prophylaxie), qui serait la façon la plus efficace de prévenir les hospitalisations et les décès chez les personnes à risque élevé et la population en général. D'après les estimations de l'impact d'une pandémie, le traitement antiviral devrait être économique dans le cadre de plusieurs stratégies de traitement. Une étude internationale récente a montré que le traitement à visée thérapeutique et la prophylaxie post-exposition étaient tous les deux économiques, le rapport coûts-avantages variant entre 2,44 et 3,68<sup>(4)</sup>. On est en train d'établir des modèles canadiens et, selon les premières indications, le traitement est la stratégie la plus rentable.

Offrir rapidement aux personnes qui peuvent en tirer profit un traitement sûr et efficace permettant de restreindre le plus possible le tort causé (le risque de complications de l'influenza, dans le cas présent) ou, mieux encore, de l'éliminer complètement, est une obligation éthique. Le principal défi d'une stratégie axée sur le traitement est de pouvoir offrir des médicaments rapidement aux personnes malades. Les inhibiteurs de la neuraminidase ne sont efficaces que s'ils sont administrés dès que possible, idéalement dans les 12 heures, mais certainement dans les 48 heures suivant le début de la maladie. La fourniture des médicaments revient essentiellement aux PT et aux administrations locales. Comme les stocks actuels d'antiviraux ont été attribués selon un calcul par habitant, les cures devraient être fournies par le biais du point de distribution local, peu importe que la personne ait ou non des liens avec le système fédéral (p. ex., qu'elle vive dans une réserve des Premières nations ou qu'elle travaille pour le gouvernement fédéral).

## Prophylaxie

Tant le Groupe de travail sur les antiviraux que le CPI reconnaissent que le traitement prophylactique des travailleurs de la santé, des principaux décideurs, des intervenants en santé publique et des intervenants sociaux (voir les définitions dans le glossaire) pourrait contribuer à l'atteinte des objectifs canadiens en cas de pandémie, qui sont de réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité ainsi que les perturbations sociales. Le traitement prophylactique des travailleurs de la santé permettrait à ces derniers de demeurer en place à un moment où l'on a grandement besoin d'eux et d'offrir une stratégie efficace de traitement précoce à l'ensemble de la population. On ignore si les travailleurs de la santé courent un risque accru dans leur milieu de travail car, contrairement à ce qui s'est produit pendant la crise du SRAS, ils prendront des précautions pour lutter contre l'infection et porteront un équipement de protection individuelle. Leur risque d'exposition sera identique à celui de tous les autres membres de la collectivité. S'ils devaient commencer à être malades au moment où ils travailleront dans le milieu des soins de santé, ils pourraient exposer les patients vulnérables et les résidents des unités fermées, ce qui pourrait provoquer des éclosions. Un traitement prophylactique antiviral de l'ensemble des

résidants et du personnel non vacciné permet habituellement de lutter contre les éclosions d'influenza dans les centres de soins de santé (pendant la saison de l'influenza annuelle). En cas de pandémie, un stock semblable d'antiviraux pour lutter contre les éclosions dans ces centres serait précieux, car il permettrait d'éviter des hospitalisations et de sauver des vies.

Il importe aussi de reconnaître qu'au-delà de l'objectif du Plan, il y a aussi celui d'assurer la continuité des opérations et une protection individuelle optimale. La question de la prestation d'antiviraux à des fins prophylactiques a également été soulevée dans ce contexte, et elle vient s'ajouter aux efforts déployés par les gouvernements et le secteur privé pour élaborer des plans adéquats de continuité des opérations.

La prophylaxie antivirale exige beaucoup plus de médicaments que le traitement précoce. La quantité de médicaments requise pour assurer un traitement prophylactique à une seule personne pendant six semaines permettrait d'assurer un traitement curatif à quatre ou cinq personnes. La mise en œuvre d'une stratégie prophylactique pose plusieurs problèmes, notamment la détermination du personnel admissible, la nécessité d'ajuster le calendrier d'application à l'épidémiologie locale, l'observance du traitement, le risque de détournement des médicaments (p. ex., vers des membres de la famille) et la nécessité d'utiliser le médicament pour des indications ne figurant pas sur l'étiquette (dans le cas du zanamivir).

Actuellement, il est recommandé de n'utiliser la réserve nationale d'antiviraux qu'à des fins de traitement. Cependant, une démarche nationale, incluant une consultation de la population et des professionnels, est en cours et elle vise à éclairer les décisions concernant les politiques, à savoir si les antiviraux de la réserve nationale devraient être utilisés pour les traitements prophylactiques et à qui ils seraient distribués au cours d'une période de pandémie. Il faudra étudier divers aspects liés au système de soins de santé, aux politiques et à la logistique ainsi que les considérations relatives aux domaines social, éthique et juridique. Toute décision visant à inclure des indications prophylactiques exigerait un consensus FPT sur la question afin de savoir si la réserve existante devrait être élargie pour cette fonction.

## Confinement

On ne connaît pas le rôle et l'impact des antiviraux dans la prévention de la transmission et le ralentissement de la propagation d'un nouveau virus d'influenza. L'utilisation des antiviraux à cette fin dans le cadre des mesures de confinement au cours de la période d'alerte pandémique fait actuellement l'objet de débats.

### 4.3 Composition de la Réserve nationale d'antiviraux

Une fois la réserve de 55 millions de doses constituée, on s'attend à ce qu'elle comprenne environ :

- 90 % d'oseltamivir (2 millions de doses en solution d'oseltamivir)
- 10 % de zanamivir

L'ajout du zanamivir à la réserve permet de s'attaquer aux souches résistantes à l'oseltamivir, d'offrir un meilleur traitement aux femmes enceintes et à celles qui allaitent, et de se prémunir contre les difficultés d'approvisionnement en soutenant deux fabricants. La suspension buvable d'oseltamivir servirait à traiter les enfants, les adultes et les patients intubés qui ne peuvent avaler des gélules. Bien que la durée de vie de la suspension buvable d'oseltamivir soit relativement restreinte (2 ans à partir de la date de fabrication), on ne connaît pas pour le moment l'efficacité des gélules d'oseltamivir qui ont été ouvertes et mélangées avec une autre substance (p. ex., la

compote de pommes) pour en faciliter l'administration aux enfants ou aux adultes qui ne peuvent avaler des gélules. La décision de stocker de façon continue la suspension buvable d'oseltamivir sera réexaminée en attendant que des données sur d'autres modes de traitement antiviral pour les enfants et les adultes ne pouvant avaler des gélules ne soient recueillies.

Pour le moment, il n'est pas prévu d'inclure des adamantanes dans la réserve nationale. Il est de plus en plus établi que les adamantanes suscitent une résistance dès le départ, contrairement aux inhibiteurs de la neuraminidase. La surveillance continue de la résistance aux antiviraux montre que les inhibiteurs du canal ionique M2 n'ont pas leur place dans la réserve, mais qu'une diversification dans la classe des INA serait avantageuse.

## 5.0 Principes de planification et recommandations principales

Le Groupe de travail sur les antiviraux et le CPI ont formulé un certain nombre de recommandations au sujet de la stratégie antivirale. La liste qui suit présente un résumé des principes et des recommandations principales aux fins de la planification.

- a) L'utilisation des antiviraux devrait être conforme à l'objectif de la période en cause (p. ex., période interpandémique, période d'alerte pandémique, période pandémique).

Les recommandations sur l'utilisation des antiviraux au cours des diverses phases d'une pandémie au Canada figurent à l'annexe sur les mesures de santé publique (Annexe M) et dans la section *Interventions du Plan*. L'utilisation de ces médicaments au cours de la période d'alerte pandémique vise à soutenir l'objectif du confinement au cours de cette période. Elle comporte notamment le traitement des cas et la prophylaxie des contacts étroits en cas de transmission interhumaine. Durant la période pandémique, l'utilisation d'antiviraux vise à soutenir les objectifs généraux en cas de pandémie, d'une part, soit de réduire au minimum les maladies graves et les décès et, d'autre part, les perturbations sociales dans la population canadienne. L'utilisation des antiviraux durant la période pandémique doit donc s'aligner sur la stratégie établie à l'échelle nationale, qui met actuellement l'accent sur le traitement précoce.

- b) Les inhibiteurs de la neuraminidase peuvent servir tant pour le traitement que pour la prophylaxie de l'influenza. Les inhibiteurs du canal ionique M2 (p. ex., l'amantadine) ne devraient être utilisés que pour la prophylaxie et seulement si la souche est reconnue comme sensible.

Selon la stratégie antivirale, les inhibiteurs de la neuraminidase constituent les médicaments de choix pour le traitement et la prophylaxie du virus pandémique et des nouveaux virus de l'influenza susceptibles de provoquer une pandémie. Il a été démontré que si les inhibiteurs de la neuraminidase sont utilisés à des fins de traitement, ils peuvent prévenir les complications et les hospitalisations. Ils peuvent également prévenir l'influenza. Ils sont moins susceptibles d'engendrer une résistance en cours de traitement que l'amantadine, qui provoque rapidement cette réaction (laquelle se répand rapidement parmi les virus H5N1). Les inhibiteurs de la neuraminidase ont également moins d'effets secondaires que l'amantadine, ce qui facilite l'observance du traitement.

Le zanamivir peut être une solution de rechange à l'oseltamivir, bien qu'il ne soit pas encore approuvé à des fins prophylactiques au Canada. Comme le médicament est inhalé, seule une petite quantité est absorbée dans l'ensemble de l'organisme. Il pourrait donc être privilégié dans le cas des femmes enceintes et qui allaitent afin de réduire au minimum l'exposition du fœtus ou du nourrisson. Le zanamivir pourrait également demeurer efficace en cas de développement d'une résistance à l'oseltamivir. Il y a toutefois une restriction : le dispositif

d'inhalation ne pourrait pas être utilisé avec succès par tout le monde. Autre inconvénient, le zanamivir inhalé ne pourrait pas être efficace pour le traitement si le virus pandémique se répliquait dans tout l'organisme et non pas seulement dans les voies respiratoires.

- c) Le traitement à l'aide des inhibiteurs de la neuraminidase devrait être amorcé dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes.

Comme la réplication du virus de l'influenza dans les voies respiratoires atteint son maximum dans les 24 à 72 heures suivant l'apparition de la maladie, les inhibiteurs de la neuraminidase (qui agissent au stade de la réplication virale) doivent être administrés le plus tôt possible soit, idéalement, dans les 12 heures suivant l'apparition de la maladie, mais certainement dans les 48 heures. Comme on ne possède pas de données sur les avantages des antiviraux amorcés plus de 48 heures après l'apparition de la maladie, le traitement devrait généralement être réservé aux personnes qui se présenteraient dans ce délai, sauf si l'expérience acquise par rapport au virus pandémique indiquait une autre voie à suivre. Vu l'importance du traitement antiviral précoce à l'intérieur du plan du Canada en cas de pandémie, les groupes de planification clinique devraient songer à appliquer cette stratégie au moment où un grand nombre de personnes présenteraient des symptômes cliniques.

- d) Il faudrait surveiller la sensibilité de la nouvelle souche aux antiviraux (tant dans la période d'alerte pandémique que dans la période pandémique).

Il est essentiel de surveiller la pharmacorésistance pour s'assurer que les antiviraux ont l'effet désiré et que les ressources sont optimisées. C'est le Laboratoire national de microbiologie qui s'acquitte de cette tâche. Des protocoles détaillés sont en voie d'élaboration.

## 6.0 Questions en suspens

Il reste un certain nombre de questions à examiner en ce qui concerne les antiviraux :

- Consensus FPT sur l'inclusion ou l'exclusion des indications prophylactiques
- Mise à jour des lignes directrices cliniques sur l'utilisation des antiviraux
- Mise au point de documents de communication sur l'utilisation pertinente des antiviraux, qui devraient être distribués au personnel soignant et à la population avant une pandémie
- Lignes directrices pour la distribution et l'administration des antiviraux, portant notamment sur la sécurité, la surveillance de la distribution des médicaments, l'adoption du traitement et le gaspillage (activité menée surtout au niveau PT)
- Utilisation de tests diagnostiques pour orienter le traitement antiviral
- Protocole de surveillance de la résistance aux antiviraux
- Examen de la déclaration des réactions indésirables et système de surveillance visant à déterminer si des améliorations doivent être apportées à l'intervention en cas de pandémie, notamment en ce qui concerne les délais d'intervention, la capacité d'analyse rapide, la recherche et la diffusion d'information
- Modélisation des répercussions et du rapport coûts-avantages de diverses stratégies d'utilisation des antiviraux
- Aspects courants de la stratégie antivirale optimum et son déploiement basé sur de nouvelles données scientifiques (y compris les études de modélisation)
- Protocoles de surveillance de la durée de conservation des réserves d'antiviraux
- Possibilités d'utilisation des antiviraux pour des indications ne figurant pas sur l'étiquette

Certaines questions doivent également faire l'objet de recherches plus poussées :

- Sécurité et efficacité des antiviraux pour le traitement et la prophylaxie des enfants de moins de un an et certains groupes à risque élevé, notamment les femmes enceintes, les personnes immunodéprimées et les personnes atteintes d'une maladie sous-jacente
- Sécurité et efficacité de la prophylaxie prolongée
- Données plus solides sur l'efficacité des inhibiteurs de la neuraminidase par rapport à la réduction des complications, des hospitalisations et de la mortalité
- Dose efficace et durée de traitement minimales dans le cas de l'influenza compliquée et non compliquée causée par la souche pandémique
- Utilisation d'un traitement d'association dans diverses populations
- Amélioration des tests diagnostiques
- Effets de l'administration d'antiviraux sur la réponse aux vaccins vivants atténués contre l'influenza
- Mécanisme de résistance aux deux classes d'antiviraux et évaluation des conséquences biologiques (p. ex., infectiosité, virulence) de la résistance
- Développement de nouveaux antiviraux

La recherche sur le développement et sur l'utilisation des antiviraux dans le traitement des personnes atteintes d'influenza et dans la prévention de l'infection a été définie comme une priorité au cours d'un Atelier national sur les priorités de la recherche sur l'influenza tenu à l'été 2005. Il s'agirait notamment d'études sur des approches nouvelles des antiviraux actuels et de recherches sur le développement et l'évaluation de nouveaux antiviraux. L'Agence de la santé publique du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada tiendront des consultations de suivi sur les meilleurs moyens de coordonner et de financer cette recherche. D'autres pays ont tenu des rencontres semblables sur les priorités de la recherche sur l'influenza, et l'Organisation mondiale de la Santé a indiqué récemment son intention de concevoir une stratégie mondiale et un plan de travail sur la coordination des antiviraux et la recherche sur les vaccins.

Certaines des questions importantes sur l'efficacité des protocoles de traitement ne peuvent trouver réponse qu'au moment de l'émergence des souches pandémiques. Il faudra faire des essais cliniques rapides pour déterminer l'utilisation optimale de ces antiviraux. Au Canada, un Réseau de recherche sur les nouvelles maladies infectieuses a été établi afin de rassembler les chercheurs universitaires et gouvernementaux avant que ne se produise une urgence massive pour que des études de recherche soient rapidement lancées lors d'une pandémie. À mesure que ses travaux avanceront, le développement de protocoles et de mécanismes de recherche pour l'approbation éthique des projets permettra de mieux faire face à ces préoccupations.

1. Scholtissik & Webster. *Long-term stability of the anti-influenza compounds – amantadine and rimantadine*. Antiviral Res 1997;38:213
2. Yen HL, Monto AS, Webster R et coll. *Virulence may determine the necessary duration and dosage of oseltamivir treatment for highly pathogenic A/Vietnam/1203/04 influenza virus in mice*. J Infect Dis 2005;192:665-72
3. Aoki FY, Macleod MD, Paggiaro P et coll. *Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment*. J Antimicrob Chemother 2003;51:123-29
4. Balicer RD, Huerta M, Davidovitch N et coll. *Cost benefits of stockpiling drugs for influenza pandemic*. Emerg Infect Dis 2005; 11:1280-82.
5. Gani RD, Hughes H, Fleming et coll. *Potential impact of antiviral drug use during influenza pandemic*. Emerg Infect Dis 2005;11:1355-62.
6. Kaiser I, Wat C, Mills T et coll. *Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations*. Arch Intern Med 2003;163:1667-72.
7. Cooper NJ, Sutton AJ, Abrams KR et coll. *Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A or B; systematic review and meta-analysis of controlled trials*. BMJ 2003;326:1-7.
8. World Health Organization, Department of Communicable Disease Surveillance and Response. *WHO Guidelines on the Use of Vaccines and Antivirals during Influenza Pandemics*. URL: [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/11\\_29\\_01\\_A.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/11_29_01_A.pdf), Date of Access: December 2005.



# Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels

**Date de la version la plus récente : juin 2006**

Sommaire des changements d'importance :

- Mise à jour afin d'inclure les recommandations (et les références afférentes) concernant les normes sur la ventilation pour les établissements de soins de santé et des informations concernant la séparation spatiale des patients dans différents établissements.
- Utilisation des nouveaux termes des phases de pandémie.
- Les recommandations concernant la surveillance des visiteurs vaccinés contre le syndrome grippal ont été clarifiées.
- La section sur les « Mesures de santé publique » a été supprimée et une nouvelle annexe a été créée sur ce sujet.

*Remarque : La section sur les modes de transmission de l'influenza et les mesures de contrôle appropriées sera mise à jour. Une révision approfondie de la bibliographie existante est en cours et une conférence consensus composée d'experts en contrôle et en transmission de l'influenza ainsi qu'en protection respiratoire est à l'étape de planification afin d'aider à la résolution de ces deux questions controversées.*

**Supplément : avril 2007**

L'addition de lignes directrices sur les mesures de contrôle et de prévention des infections, concernant l'utilisation des appareils de protection respiratoires durant les procédures médicales génératrices d'aérosols à l'égard des patients souffrant ou soupçonnés de souffrir de la grippe causée par la souche pandémique.



Avis .....	3
Sommaire .....	3
Recommandation du guide de prévention des infections .....	6
Glossaire .....	7
<b>Partie A – Aperçu sur la pandémie d’influenza</b>	
1.0 Renseignements généraux .....	11
1.1 Phases de pandémie de l’influenza établies par l’Organisation mondiale de la Santé ...	12
2.0 Principes de la transmission de l’influenza .....	12
2.1 La transmission par contact .....	12
2.2 La transmission par gouttelettes .....	13
2.3 La transmission par voie aérogène .....	13
2.4 Preuves du mode de transmission de l’influenza .....	13
2.5 Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission de l’influenza .....	14
2.6 Utilisation de masques durant une pandémie .....	15
2.7 Infectivité du virus de l’influenza .....	15
3.0 Gestion de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d’influenza dans des établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels .....	16
3.1 Planification de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d’influenza .....	16
3.2 Définitions pour les besoins du contrôle de l’infection et de la gestion de la santé au travail relative aux patients/personnel atteints du syndrome grippal (SG) .....	19
3.3 Immunisation contre l’influenza lors d’une pandémie .....	19
3.4 Utilisation des antiviraux lors d’une pandémie d’influenza .....	19
3.5 Gestion de la santé au travail des travailleurs de la santé lors d’une pandémie d’influenza .....	20
4.0 Sensibilisation à l’influenza pandémique .....	21
4.1 Sensibilisation des travailleurs de la santé à l’influenza pandémique .....	21
4.2 Sensibilisation du public à l’influenza pandémique .....	23
5.0 Restrictions de la santé publique visant les rassemblements publics .....	24
5.1 Recommandations .....	26
<b>Partie B – Gestion de l’influenza pandémique dans les établissements de soins de santé traditionnels</b>	
1.0 Gestion de l’influenza pandémique dans les établissements de soins pour malades aigus ...	27
1.1 Prévention de l’influenza pandémique .....	27
1.2 Contrôle de l’influenza pandémique .....	27
2.0 Gestion de l’influenza pandémique dans les établissements de soins prolongés .....	32
2.1 Prévention de l’influenza pandémique .....	33
2.2 Contrôle de l’influenza pandémique .....	33

3.0	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins ambulatoires . . . . .	37
3.1	Prévention de l'influenza pandémique . . . . .	37
3.2	Contrôle de l'influenza pandémique . . . . .	38
4.0	Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de soins à domicile . . . . .	41
4.1	Prévention de l'influenza pandémique . . . . .	41
4.2	Contrôle de l'influenza pandémique . . . . .	41
5.0	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins communautaires . . . . .	44
5.1	Gestion de l'influenza pandémique dans les services de secours d'urgence . . . . .	44
5.2	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements mortuaires . . . . .	48
5.3	Gestion de l'influenza pandémique dans les services de garderie . . . . .	49
5.4	Gestion de l'influenza pandémique dans les écoles et les résidences d'étudiants . . . . .	51
5.5	Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de travail . . . . .	53
5.6	Gestion de l'influenza pandémique dans les refuges . . . . .	54
5.7	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements correctionnels . . . . .	56

**Partie C – Prévention des infections et santé au travail dans les lieux de triage lors d'une pandémie d'influenza**

1.0	Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de triage . . . . .	58
1.1	Prévention de l'influenza pandémique . . . . .	58
1.2	Contrôle de l'influenza pandémique . . . . .	58
2.0	Gestion de l'influenza pandémique par l'autosoins . . . . .	64
2.1	Prévention de l'influenza pandémique . . . . .	65
2.2	Contrôle de l'influenza pandémique . . . . .	65
3.0	Prévention des infections et santé au travail dans les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza . . . . .	69
3.1	Prévention de l'influenza pandémique . . . . .	69
3.2	Contrôle de l'influenza pandémique . . . . .	69

**Appendices**

Appendice I	Système de cotation des lignes directrices de Santé Canada fondé sur des preuves . .	84
Appendice II	Définitions des états de préparation selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) . . . . .	85
Appendice III	Procédures d'hygiène des mains . . . . .	87
	A. Lavage des mains . . . . .	87
	B. Décontamination des mains avec un agent antiseptique alcoolisé . . . . .	87
Appendice IV	Outil d'évaluation du syndrome grippal (SG) . . . . .	88
Appendice V	Tableaux . . . . .	89
	A. Procédures pour nettoyer les objets communs . . . . .	89
	B. Consignes pour la préparation et l'utilisation de désinfectants à base de chlore . .	90
Bibliographie	. . . . .	91

## Avis

### **Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza Le 5 octobre 2006**

L'Annexe F du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza de février 2004, *Lignes directrices pour la lutte contre l'infection et la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les milieux de soins traditionnels et non traditionnels*, est en cours de révision.

Il faut informer les intervenants du fait que le document est mis à jour en vue d'intégrer des recommandations (et les références connexes) sur les normes de ventilation relatives aux milieux de soins et que des renseignements sont fournis sur la séparation spatiale des patients dans les différents établissements. En outre, la terminologie et les énoncés touchant la disponibilité des antiviraux sont révisés pour être conformes aux autres parties du Plan. Certains termes du glossaire sont expliqués et les étapes sont mises à jour d'après les étapes révisées de l'Organisation mondiale de la santé. Les recommandations concernant la surveillance des visiteurs vaccinés contre le syndrome grippal (SG) (contrairement à la non-surveillance des employés ou des visiteurs qui ont guéri d'une grippe pandémique) sont expliquées. La partie portant sur les mesures de santé publique a été retirée de l'Annexe F puisqu'il existe maintenant une annexe distincte sur ce sujet.

La partie sur le mode de transmission de l'influenza et les mesures de lutte requises n'est pas terminée. Selon l'Annexe F, les modes de transmission premiers du virus de l'influenza sont les gouttelettes de sécrétion respiratoire et le contact, direct et indirect. La contribution de la transmission aéroportée relative à la propagation du virus de l'influenza est controversée. Le Comité directeur de l'Agence de la santé publique du Canada chargé des lignes directrices pour la lutte contre l'infection recommande, par conséquent, qu'en plus de l'hygiène des mains, le port d'un équipement de protection individuelle approprié soit exigé pour soigner les patients souffrant de l'influenza, soit un masque (type chirurgical de bonne qualité), une protection des yeux et le port de gants et de blouses. L'exigence relative au port de respirateurs N95 pendant les interventions générant des aérosols sur les patients ayant l'influenza est controversée. Un examen approfondi de la documentation existante est en cours, et une conférence consensuelle d'experts en matière de transmission et de prévention de l'influenza et de protection respiratoire est prévue pour aider à la résolution de ces deux questions controversées.

La nouvelle version de l'Annexe F devrait être terminée après la réunion consensuelle sur la prévention et le contrôle de l'infection, qui se tiendra les 26 et 27 octobre 2006.

## Sommaire

Les *Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels* ont été préparées par la Section des infections nosocomiales et professionnelles de Santé Canada, du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Ces lignes directrices constituent l'une des annexes du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Les lignes directrices sont destinées à aider les responsables de la gestion d'une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels. Les établissements de soins de santé traditionnels comprennent les soins pour malades aigus, les soins de longue durée, les soins ambulatoires et les soins communautaires. Les établissements de soins de santé non traditionnels sont les établissements qui sont désignés pour entrer en fonction advenant la déclaration d'une pandémie d'influenza et qui ne deviendront opérationnels qu'au moment de la déclaration d'une pandémie d'influenza par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les établissements de soins de santé non traditionnels comprennent les lieux de triage, les lieux d'autosoins et les hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza. Dans le présent document, on appelle « organismes d'attache » les organismes qui assument la responsabilité des établissements de soins de santé non traditionnels. Lorsqu'il n'y a pas d'organisme d'attache pour planifier ou faire fonctionner les établissements non traditionnels, on s'attend à ce qu'un autre organisme assumerait ce rôle. La santé publique pourrait être dans la meilleure position pour planifier ou faire fonctionner de tels établissements, bien qu'il faudrait le négocier et le corroborer.

Ce document présente un aperçu des politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections qui seront cruciales à la minimisation de la transmission de l'influenza pandémique, que l'immunisation ou la chimioprophylaxie soit disponible ou non, et à la prévention d'autres maladies infectieuses. Par conséquent, les *Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels* sont fondées sur des lignes directrices sur le contrôle des infections précédemment publiées par Santé Canada. Il est reconnu que certaines recommandations ne pourraient être réalisables que durant les premières phases de la pandémie parce qu'elles pourraient devenir irréalisables par suite de la progression de la pandémie et de la raréfaction des ressources.

La **Partie A** décrit un fondement servant à élaborer un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza, se penchant plus particulièrement sur la transmission de l'influenza, les pratiques de base, l'éducation sur l'influenza pandémique et les restrictions en santé publique. Une grande attention est portée à la gestion des travailleurs de la santé durant une pandémie d'influenza. Les recommandations sur l'utilisation du vaccin contre l'influenza et des antiviraux chez les travailleurs de la santé et les patients ne sont pas comprises dans les présentes lignes directrices parce qu'elles sont traitées en détail dans les annexes portant sur le vaccin et les antiviraux (annexes D et E) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Cette partie explique aussi le manque de données étayant l'utilisation des masques dans la prévention de la transmission de l'influenza durant les pandémies antérieures. Les données montrent qu'au cours de la première phase d'une pandémie d'influenza, il serait prudent que les travailleurs de la santé portent des masques lorsqu'ils sont face-à-face à des personnes qui toussent, afin de réduire au minimum la transmission de l'influenza. Il est conseillé de porter des masques lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles une fois que la transmission sévit dans la communauté. Les masques peuvent être portés par les travailleurs de la santé pour prévenir la transmission d'autres organismes de patients qui présentent une toux qui ne porte pas encore de diagnostic. Pour les besoins du présent document, le terme masque se réfère à des masques de chirurgien, et non pas à des masques spéciaux tels que des masques anti-poussières ou anti-brouillard à haute efficacité ni à des respirateurs.

L'hygiène des mains est préconisée tout au long des lignes directrices parce que le fait de respecter scrupuleusement les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection. Une bonne hygiène des mains pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie.

La **Partie B** décrit la gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins de santé traditionnels. Les établissements de soins pour malades aigus, de soins de longue durée, de soins ambulatoires et de soins communautaires individuels sont des sections indépendantes et elles sont conçues pour être utilisées conjointement avec la Partie A pour élaborer un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza. Il y a beaucoup de renvois à des lignes directrices publiées parce que l'on suppose que le personnel des établissements de soins de santé traditionnels connaissent bien la série de lignes directrices portant sur le contrôle des infections publiées par Santé Canada.

La **Partie C** décrit la gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins de santé non traditionnels. Les lieux de triage, d'autosoins et les hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza sont des sections indépendantes et elles sont conçues pour être utilisées conjointement avec la Partie A pour élaborer un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza. Des recommandations détaillées, inspirées des lignes directrices publiées sur le contrôle des infections, sont fournies à l'intention des établissements de soins de santé non traditionnels parce que la planification et le fonctionnement de tels établissements seront une nouvelle situation.

L'**Appendice I** intitulé « Lignes directrices sur le système d'évaluation fondé sur les preuves » décrit le système de classement hiérarchique du poids des preuves utilisées pour étayer les recommandations faites dans les présentes lignes directrices.

L'**Appendice II** intitulé « Phases d'une pandémie d'influenza selon l'Organisation mondiale de la santé » indique les grandes lignes du plan d'intervention en plusieurs étapes face à une menace de pandémie, lequel est fondé sur le programme de surveillance de l'influenza de l'OMS.

L'**Appendice III** intitulé « Procédures d'hygiène des mains » A. Lavage des mains et B. Décontamination des mains avec un agent antiseptique alcoolisé fournit des détails précis sur l'hygiène des mains.

L'**Appendice IV** intitulé « Outil d'évaluation du syndrome grippal (SG) » est conçu pour faciliter le triage immédiat des patients ou du personnel et des logements/cohorte de patients, avant de passer à une gestion plus avancée au niveau de la santé au travail ou clinique. Cet outil de triage du SG ne doit pas être utilisé pour la gestion clinique. La gestion clinique est précisée dans l'annexe intitulée « Mesures et lignes directrices des soins cliniques » du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

L'**Appendice V**, Tableau A intitulé « Procédures de nettoyage des articles d'usage » fournit des exemples de la manière de nettoyer les articles d'usage courant. Le Tableau B intitulé « Instructions pour préparer et utiliser l'eau chlorée » décrit les recommandations sur les dilutions de produits spécifiques et leur usage prévu.

Ces lignes directrices ne discutent pas de l'influenza interpandémique. Les recommandations relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail concernant l'influenza interpandémique sont traitées dans d'autres lignes directrices de Santé Canada, particulièrement dans les *Lignes directrices sur le contrôle de l'infection relatives à la prévention de la pneumonie liée aux soins de santé* (en voie d'élaboration).

# Recommandation du Comité directeur chargé de l'élaboration du guide de prévention des infections, concernant l'utilisation des appareils de protection respiratoires durant les procédures médicales génératrices d'aérosols<sup>1</sup> à l'égard des patients souffrant ou soupçonnés de souffrir de la grippe causée par la souche pandémique

Le Comité directeur chargé de l'élaboration du guide de prévention des infections fait la recommandation suivante concernant l'utilisation des masques et des appareils de protection respiratoires durant des procédures médicales génératrices d'aérosols<sup>1</sup> effectuées sur des patients souffrant ou soupçonnés de souffrir de la grippe causée par la souche pandémique.

Au moment de l'exécution ou du soutien d'une procédure médicale prévue ou urgente génératrice d'aérosols<sup>1</sup> effectuée sur un patient souffrant ou soupçonné de souffrir de la grippe causée par la souche pandémique, tous les travailleurs de la santé<sup>2</sup> présents dans la salle doivent porter un appareil de protection respiratoire submicronique muni d'un filtre à particules<sup>3</sup> qui scelle hermétiquement le visage (p. ex., appareil de protection respiratoire N95 approuvé par le NIOSH – ayant fait l'objet d'un test d'ajustement<sup>4</sup> approprié).

Les échantillons de laboratoire et les isolats en provenance des patients souffrant ou soupçonnés de souffrir de la grippe pandémique doivent être manipulés conformément à la troisième édition (2004) des *Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire de Santé Canada* (maintenant l'Agence de la santé publique du Canada).

Le présent énoncé a pour objet de combler une lacune dans l'Annex F du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé: *Annexe F Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels*, qui ne comportait aucune recommandation concernant l'équipement de protection individuel durant les procédures médicales génératrices d'aérosols<sup>1</sup>.

---

## Définitions et notes

- 1 Procédure médicale génératrice d'aérosols :** Procédure médicale ou chirurgicale nécessitant la manipulation ou la stimulation des voies aériennes d'un patient, d'une façon pouvant causer la toux ou favoriser la production d'aérosols.
- 2 Travailleur de la santé :** Les travailleurs de la santé sont des professionnels, incluant les stagiaires et les retraités, des non-professionnels et des bénévoles qui participent à l'administration des soins directs aux patients, ainsi que les personnes qui travaillent à titre d'employés ou de bénévoles dans des établissements ou des services de soins de santé désignés. Aux fins de la présente définition, les travailleurs de la santé sont ceux dont les fonctions sont essentielles à l'administration des soins aux patients, et qui risquent d'être touchés par des agents infectieux ou de les transmettre dans le cadre de leur travail.
- 3 Appareil de protection respiratoire submicronique muni d'un filtre à particules**
  - Efficacité en matière de filtration de bactéries de 95 % ou plus, conformément à la norme F2101 de l'ASTM
  - Efficacité en matière de filtration des particules de 95 % ou plus, conformément à la norme F2299 de l'ASTM
- 4 Les procédures liées aux tests d'ajustement, ainsi que la fréquence de ces tests, doivent être conformes aux normes provinciales en matière de santé et de sécurité au travail ou, lorsque cela n'est pas précisé, satisfaire au moins à la norme Z94.4-02 de la CSA, « Choix, entretien et utilisation des appareils respiratoires » (2002).

## Glossaire

<b>Apte au travail</b>	<p>Terminologie employée dans le domaine de la santé au travail pour décrire la capacité d'un travailleur de continuer à exercer son travail ou de reprendre son travail. Pour décrire le niveau d'aptitude, trois catégories sont utilisées : apte au travail, inapte au travail, apte au travail avec restrictions. Les infirmières en santé du travail utilisent ces catégories pour maintenir la confidentialité des informations sur un travailleur, comme le diagnostic posé, les symptômes, l'état immunitaire, etc.<sup>6</sup></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apte au travail – Capacité de travailler sans restriction.</li><li>▪ Inapte au travail – Restriction de la capacité d'exécuter des tâches de soins, d'avoir des contacts avec les collègues ou de l'accès au lieu de travail.</li><li>▪ Apte au travail avec restrictions – Permet de réaffecter un travailleur à d'autres fonctions ou de le réintégrer au milieu de travail sans qu'il ne risque d'infecter les travailleurs de la santé, les patients ou d'autres personnes dans le lieu de travail.</li></ul>
<b>Articles non critiques</b>	<p>Articles entrant seulement en contact avec la peau intacte mais pas avec les muqueuses, ou qui n'entrent pas directement en contact avec les patients/résidents/clients. Ces articles non critiques sont traités avec un nettoyeur ou un désinfectant de faible niveau<sup>3</sup>.</p>
<b>Articles semi-critiques</b>	<p>Matériel entrant en contact avec les muqueuses ou la peau non intacte, mais qui ne les pénètre habituellement pas. Ce matériel est traité par un nettoyage soigneux, suivi d'une désinfection préférentiellement de haut niveau<sup>3</sup>.</p>
<b>Déchets biomédicaux</b>	<p>Selon la définition de la Société canadienne de normalisation (CSA)<sup>2</sup>, ce sont des déchets produits par les établissements de soins de santé humaine ou animale, les centres médicaux ou vétérinaires, les établissements d'enseignement médical, les laboratoires et les installations de production de vaccins<sup>3</sup>.</p>
<b>Déchets infectieux</b>	<p>Partie des déchets biomédicaux susceptibles de provoquer des maladies infectieuses<sup>3</sup>.</p>
<b>Décontamination</b>	<p>Enlèvement de microorganismes pathogènes sur un article pour en garantir l'innocuité<sup>3</sup>.</p>
<b>Décontamination des mains</b>	<p>Réduction du nombre de bactéries sur les mains, en se frottant les mains avec une solution hydro-alcoolique ou en les lavant avec un savon antiseptique<sup>1</sup>.</p>
<b>Désinfection</b>	<p>Inactivation de microorganismes pathogènes. On applique des désinfectants sur les objets inanimés et des antiseptiques sur les tissus vivants. La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes. La désinfection fait habituellement intervenir les produits chimiques, la chaleur et la lumière ultraviolette. Le niveau de désinfection chimique varie en fonction du type de produit utilisé<sup>3</sup>.</p>
<b>Désinfection de faible niveau</b>	<p>Niveau de désinfection requis lors du traitement d'articles non critiques ou de certaines surfaces de l'environnement. Les désinfectants de faible niveau tuent la plupart des bactéries végétatives et certains champignons et virus à enveloppe (membrane lipidique) (p. ex., hépatite B et C, les hantavirus et le VIH). Ils ne tuent pas les mycobactéries ni les spores bactériennes. Les désinfectants-détergents de faible niveau d'activité servent à nettoyer les surfaces de l'environnement<sup>3</sup>.</p>

<b>Désinfection de haut niveau</b>	Niveau de désinfection requis pour le traitement du matériel semi-critique. Les procédés de désinfection de haut niveau permettent la destruction des bactéries végétatives, des mycobactéries, des champignons ainsi que des virus à enveloppe (ayant une membrane lipidique) et des virus sans enveloppe (sans membrane lipidique), mais pas nécessairement des spores bactériennes. Les produits chimiques de désinfection de haut niveau (aussi appelés stérilisants chimiques) doivent être capables de stériliser par un temps de contact prolongé. Il faut nettoyer les objets à fond avant de les soumettre à une désinfection de haut niveau <sup>3</sup> .
<b>Désinfection de niveau intermédiaire</b>	Niveau de désinfection requis pour certains articles semi-critiques. Les désinfectants de niveau intermédiaire tuent les bactéries végétatives, la plupart des virus et la plupart des champignons, mais pas les spores bactériennes résistantes <sup>3</sup> .
<b>Équipement de protection individuelle</b>	Tenue utilisée par le travailleur pour se protéger d'une exposition aérogène ou de gouttelettes et de l'exposition au sang et à des liquides organiques sanguinolents, c.-à-d. masques, lunettes de protection, écrans faciaux, gants et blouses <sup>5</sup> .
<b>Établissements de soins de santé non traditionnels</b>	Les établissements de soins de santé non traditionnels sont les établissements qui sont désignés pour être opérationnels avant la déclaration d'une pandémie d'influenza et qui ne deviendront opérationnels qu'au moment de la déclaration d'une pandémie d'influenza par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
<b>Établissements de soins de santé traditionnels</b>	Les établissements de soins de santé traditionnels comprennent les établissements de soins pour malades aigus, de soins prolongés, de soins ambulatoires et de soins communautaires.
<b>Exposition</b>	État d'être soumis à un microorganisme ou à une maladie infectieuse d'une manière permettant la transmission <sup>6</sup> .
<b>Hygiène des mains</b>	Terme général désignant le lavage des mains, l'aseptisation des mains avec un savon antiseptique ou une solution hydro-alcoolique, ou l'antisepsie des mains en chirurgie <sup>1</sup> .

## **Influenza**

### *Définition de cas clinique d'influenza*

Lorsque l'influenza se propage dans une collectivité, la présence de fièvre et de toux dont l'apparition est soudaine est un bon prédicteur de l'influenza. La valeur prédictive des symptômes est d'autant plus fiable si la fièvre est supérieure à 38 °C et que l'apparition de la maladie clinique est aiguë (moins de 48 heures après les prodromes). Les symptômes suivants, bien que non spécifiques, peuvent aussi être présents : mal de gorge, rhinorrhée, malaise, frisson solennel, frissons, myalgie et céphalée<sup>7</sup>.

### *Définition de cas confirmé d'influenza*

Les cas confirmés d'influenza comprennent les cas confirmés en laboratoire (c.-à-d., isolement du virus dans les sécrétions des voies respiratoires, identification d'antigènes viraux ou d'acide nucléique dans des prélèvements cliniques, ou augmentation importante des taux d'anticorps sériques) ou les cas cliniques pour lesquels il existe un lien épidémiologique à un cas confirmé en laboratoire<sup>7</sup>.

### *Syndrome grippal (SG)*

Aux fins de surveillance, voici la définition du SG présentement en usage au Canada : Apparition soudaine d'une maladie respiratoire accompagnée de fièvre (> 38 °C) et de toux, ainsi que d'un ou de plusieurs des symptômes suivants – mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration, qui pourraient être imputables au virus de l'influenza, tel qu'utilisé par le Programme national de surveillance de l'influenza (FluWatch) pour la saison 2002-2003<sup>8</sup>.

## **Lavage des mains**

Nettoyage des mains au savon ordinaire (c.-à-d., non antimicrobien) et à l'eau<sup>1</sup>. Procédé permettant d'enlever la saleté et les microorganismes transitoires des mains<sup>1</sup>.

## **Masque**

Barrière recouvrant la bouche et le nez servant à protéger les muqueuses des microorganismes contenus dans de grandes gouttelettes (> 5 mm de diamètre) produites par une personne source lorsqu'elle tousse, éternue ou parle et lors de certaines procédures qui produisent des gouttelettes (p. ex., aspiration) ou qui risquent de produire des projections ou des vaporisations de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions. Les masques peuvent aussi être utilisés pour contenir les grosses gouttelettes produites par la toux ou l'éternuement. Dans le présent document, le terme masque se réfère à des masques de chirurgien, et non pas à des masques spéciaux tels que des masques anti-poussières ou anti-brouillard à haute efficacité ni à des respirateurs.

## **Matériel critique**

Instruments et dispositifs insérés dans des tissus stériles, notamment l'appareil vasculaire. Le matériel critique peut représenter une source importante d'infection s'il a été contaminé par des microorganismes, notamment des spores bactériennes. Pour traiter le matériel critique, comme des instruments chirurgicaux et des dispositifs intravasculaires, il faut le nettoyer minutieusement, puis le stériliser<sup>3</sup>.

## **Nettoyage**

Action de débarrasser un lieu de matières étrangères, comme de la poussière et de la saleté, ainsi que de matières organiques, comme du sang, des sécrétions, des excréments et des microorganismes. En nettoyant une surface, on en enlève des microorganismes, mais on ne les tue pas. Le nettoyage s'effectue avec de l'eau, des détergents et une action mécanique. Dans certains milieux (p. ex., les services centraux et les centres diététiques), on utilise plutôt des termes tels que « décontamination » et « entretien sanitaire » pour désigner l'action de nettoyer. Le nettoyage permet de réduire ou d'éliminer les réservoirs d'organismes potentiellement pathogènes. Les agents de nettoyage sont les produits chimiques les plus couramment utilisés pour l'entretien ménager<sup>3</sup>.

<b>Organisme d'attache</b>	Organisme chargé de planifier un établissement non traditionnel qui n'est créé que si une pandémie d'influenza est déclarée. Si aucun organisme précis n'a été désigné, un autre organisme doit être identifié pour assumer ce rôle.
<b>Précautions</b>	Mesures prises pour réduire le risque de transmission de microorganismes de patient à patient, de patient à un travailleur de la santé et de travailleur de la santé à un patient <sup>5</sup> .
<b>Savon ordinaire</b>	Produits dépourvus d'agent antimicrobien ou qui en contiennent des concentrations très faibles qui ne sont efficaces qu'en tant qu'agent de préservation <sup>1</sup> .
<b>Solution hydro-alcoolique</b>	Agent antiseptique sans eau utilisé sur toutes les surfaces des mains pour réduire le nombre de microorganismes présents sur la peau <sup>1</sup> .
<b>Stérilisation</b>	Destruction de toutes les formes de vie microbienne, notamment les bactéries, les virus, les spores et les champignons. Il faut d'abord nettoyer à fond le matériel avant de pouvoir le stériliser efficacement <sup>3</sup> .
<b>Transmission par contact</b>	<p>Comprend la transmission par contact direct, par contact indirect et par gouttelettes, qui sont décrites ci-dessous<sup>5</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Contact direct</b> : Transfert de microorganismes par contact physique direct entre une personne infectée ou colonisée et un hôte réceptif (surface corporelle à surface corporelle).</li> <li>▪ <b>Contact indirect</b> : Transfert passif de microorganismes à un hôte réceptif par l'intermédiaire d'un objet, tel que par les mains contaminées d'un membre du personnel qui ne s'est pas lavé les mains entre les patients, des instruments contaminés ou d'autres objets inanimés dans l'environnement immédiat du patient.</li> <li>▪ <b>Contact par gouttelettes</b> : Grosses gouttelettes d'un diamètre supérieur ou égal à 5 mm, qui sont produites par les voies respiratoires d'un patient infecté lors de la toux ou des éternuements, ou lors de procédures comme l'aspiration ou la bronchoscopie. Ces gouttelettes sont propulsées dans l'air sur de courtes distances, moins d'un mètre, et se déposent sur les muqueuses nasales ou buccales du nouvel hôte.</li> </ul>
<b>Travailleur de la santé</b>	Les travailleurs de la santé sont des professionnels, incluant les stagiaires et les retraités, des non-professionnels et des bénévoles, participant aux soins directs prodigués aux patients; et/ou ceux qui travaillent/ont du bénévolat dans des établissements de soins de santé ou des services désignés. Pour les besoins de cette définition, les travailleurs de la santé sont ceux dont les fonctions sont essentielles à la prestation de soins aux patients et qui ont le potentiel de contracter ou de transmettre des agents infectieux dans l'exercice de leurs fonctions.

## Aperçu sur la pandémie d'influenza

### 1.0 Renseignements généraux

Ce document présente les lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle des infections pour les besoins de la gestion d'une **pandémie d'influenza** dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels. Les établissements de soins de santé non traditionnels sont ceux qui sont prévus en vue de se préparer à une pandémie d'influenza et qui ne sont opérationnels que lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare une pandémie d'influenza.

Les lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle de l'**influenza** interpandémique dans les établissements de soins de santé traditionnels (c'est-à-dire de soins pour malades aigus, de soins de longue durée, de soins ambulatoires et communautaires) sont décrites dans d'autres lignes directrices de Santé Canada sur le contrôle de l'infection, plus particulièrement dans le Guide de prévention des infections, Prévention de la pneumonie.

Les lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle des infections pour les besoins de la gestion d'une pandémie d'influenza dans des établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels se fondent sur le *Guide de prévention des infections*<sup>3,5,6,9</sup> déjà publié par Santé Canada. Même si les recommandations relatives à la prévention de la transmission de l'infection lors de la prestation de soins de santé, y compris au cours d'une pandémie, sont importantes, on reconnaît que certaines d'entre elles ne peuvent être observées que durant les premières phases d'une pandémie et que d'autres ne pourront être appliquées que par suite de la progression de la pandémie et de la raréfaction des ressources. Pour les fins de ce document, le terme masque se réfère à des masques de chirurgien, non pas à des masques opératoires, à des masques spéciaux ou à des respirateurs.

Dans ce document, le terme « organisme d'attache » désigne l'organisme qui assume la responsabilité à l'égard des établissements non traditionnels. Lorsqu'il n'y a aucun organisme d'attache pour planifier ou faire fonctionner l'établissement non traditionnel, on s'attend à ce qu'un autre organisme d'attache assume ce rôle. La santé publique pourrait être dans la meilleure position pour planifier ou faire fonctionner de tels établissements bien qu'il faudrait le négocier et le corroborer.

Dans ce document, les individus qui ont guéri ou qui ont été vaccinés contre la souche d'influenza pandémique sont considérés comme étant immuns, mais en ajoutant une mise en garde importante à l'égard de l'état immunitaire de l'individu vacciné. Puisque les vaccins contre l'influenza ne sont pas efficaces à 100 %, lorsque des individus vaccinés entrent en contact avec des patients infectés par l'influenza, il convient de surveiller la présence de SG chez les individus vaccinés en utilisant l'Outil d'évaluation du SG qui se trouve à l'Appendice IV. Santé Canada coordonnera les études sur l'efficacité du vaccin (Annexe D) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour de plus amples informations).

Au cours d'une pandémie, il pourrait être nécessaire de recruter des stagiaires et des bénévoles qui assumeront des responsabilités particulières, par exemple des soins de base aux patients, soins qui sont habituellement réservés aux travailleurs de la santé. Cela implique que ces

personnes devront être considérées, pour les besoins de la prévention des infections, comme des pairs des travailleurs de la santé (voir le glossaire) au point de vue du risque d'exposition et de la capacité de transmission de la maladie.

## 1.1 Phases de pandémie d'influenza établies par l'Organisation mondiale de la Santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré un plan échelonné pour répondre à une menace de pandémie, fondé sur son programme de surveillance. L'observation d'une nouvelle souche d'influenza chez l'homme déclenche une série d'interventions identifiées en phases et en niveaux qui peuvent mener en fin de compte à la déclaration d'une pandémie. Les activités interpandémiques sont désignées comme la Phase 0. L'isolement d'un nouveau sous-type viral d'un seul cas humain, sans preuve de propagation, entraîne la déclaration de la Phase 0, Niveau de préparation 1 par l'OMS. La Phase 1 correspond à la confirmation d'une pandémie, la Phase 3 à la fin de la première vague pandémique et la Phase 4 à la seconde vague ou à des vagues ultérieures de la pandémie<sup>10</sup>.

Au cours d'une pandémie, il se produit habituellement plus d'une vague d'infection<sup>11</sup>, peut-être en raison des influences saisonnières et de l'existence d'un vaste bassin d'individus sensibles dans la population<sup>12</sup>.

On trouvera à l'Appendice II les principales étapes d'intervention de l'OMS.

## 2.0 Principes de la transmission de l'influenza

La section suivante a été adaptée à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, Santé Canada, 1999<sup>5</sup>.

Les modes ou les voies de transmission des agents infectieux ont été classés en transmission par contact, par gouttelettes, par voie aérogène, par contagion et par vecteur. Les voies qui s'appliquent à l'influenza sont la transmission par contact, par gouttelettes et par voie aérogène.

### 2.1 La transmission par contact

Comprend le contact direct, le contact indirect et les gouttelettes (transmission par grosses gouttelettes). Les pratiques de base devraient prévenir la plupart des transmissions par contact. Même si la transmission par gouttelettes est un type de transmission par contact, on la classe de façon distincte car elle nécessite des précautions additionnelles.

- **La transmission par contact direct** se produit lorsque le transfert des microorganismes provient du contact physique direct entre une personne infectée ou colonisée et un autre hôte réceptif.
- **Par contact indirect** on entend le transfert passif de microorganismes à un hôte réceptif par le biais d'un objet intermédiaire comme des mains contaminées qui n'ont pas été lavées entre des patients, des instruments contaminés ou d'autres objets inanimés qui se trouvent dans l'environnement immédiat du patient.

## 2.2 La transmission par gouttelettes

A trait à de grosses gouttelettes, de diamètre supérieur ou égal à 5 mm, qui sont produites par les voies respiratoires de la source (la personne infectée) lorsqu'elle tousse ou éternue, ou lors de procédures comme l'aspiration ou la bronchoscopie. Ces gouttelettes sont expulsées à une distance de moins de un mètre dans l'air et se déposent sur la muqueuse nasale ou buccale du nouvel hôte (la personne nouvellement infectée) ou dans l'environnement immédiat. Ces grosses gouttelettes ne demeurent pas en suspension dans l'air; par conséquent, il n'y a pas besoin de ventilation spéciale étant donné qu'il ne se produit pas de véritable aérosolisation (voir ci-dessous).

## 2.3 La transmission par voie aérogène

A trait à la dissémination des microorganismes par aérosolisation. Les organismes sont renfermés dans le noyau de gouttelettes, soit des particules en suspension dans l'air mesurant moins de 5 mm qui résultent de l'évaporation de grosses gouttelettes ou dans des particules de poussière renfermant des squames de peau et autres débris qui restent en suspension dans l'air pendant longtemps<sup>13</sup>. Ces microorganismes sont largement dispersés par les courants d'air et ils sont inhalés par les hôtes réceptifs qui peuvent se trouver à une certaine distance des patients ou des personnes sources, se trouvant même dans des pièces ou des salles différentes de l'hôpital. Le contrôle de la transmission par voie aérogène est le plus difficile car il nécessite le contrôle du courant d'air par le biais de systèmes de ventilation spéciaux.

## 2.4 Preuves du mode de transmission de l'influenza

La section suivante a été adaptée à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, 1999<sup>5</sup>.

Les organismes, particulièrement les virus respiratoires expulsés dans de grosses gouttelettes, demeurent viables dans les gouttelettes qui se déposent sur les objets se trouvant dans l'environnement immédiat du patient. Il a été démontré que les virus A et B de l'influenza survivent sur des surfaces dures non poreuses pendant 24 à 48 heures, sur des mouchoirs en tissu et du papier mouchoir pendant huit à 12 heures et sur les mains pendant cinq minutes<sup>14</sup>. Le virus survit mieux à faible humidité relative comme c'est le cas durant l'hiver dans les zones tempérées.

Le contact avec les sécrétions respiratoires et les grosses gouttelettes semble être la cause de la plupart des transmissions de l'influenza. Dans un rapport concernant une éclosion d'influenza dans un foyer de soins infirmiers, le modèle de propagation suggérait une transmission par contact plutôt que par voie aérogène parce que les patients qui étaient alimentés par tube ou qui nécessitaient de fréquentes aspirations présentaient des taux d'infection plus élevés que ceux qui n'avaient pas besoin de tels soins<sup>15</sup>.

Que l'influenza soit transmise naturellement ou non par voie aérogène prête à controverse<sup>16,17</sup>. Une éclosion d'influenza dans un avion de ligne a été attribuée à une propagation par voie aérogène, mais une propagation par grosses gouttelettes aurait pu en être la cause car les passagers étaient très entassés et se sont déplacés pendant plusieurs heures dans un petit avion au sol<sup>18</sup>. Bien que la transmission expérimentale du virus A de l'influenza par voie aérogène chez la souris ait été signalée<sup>19</sup>, il n'existe aucune preuve d'une telle transmission chez l'homme.

### 2.4.1 Mode de transmission de l'influenza

L'influenza se transmet directement, principalement par contact de gouttelettes avec les muqueuses buccales, nasales ou peut-être même conjonctivales, avec les sécrétions oropharyngiennes d'une personne infectée. L'influenza se transmet indirectement par les mains et les articles fraîchement souillés par les sécrétions du nez et de la gorge de personnes très malades ou qui toussent<sup>6</sup>.

## 2.5 Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission de l'influenza

La section suivante a été adaptée à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, 1999<sup>5</sup>.

Les pratiques de base décrivent l'importance du lavage des mains avant et après avoir pris soin des patients; la nécessité d'utiliser des gants, des masques, des lunettes protectrices, des écrans faciaux et des blouses lorsqu'il y a risque de projections et d'éclaboussures de sang, de liquides organiques, de sécrétion ou d'excrétion; le nettoyage de l'équipement utilisé pour soigner les patients, l'environnement physique des patients et la literie souillée; les précautions pour réduire la possibilité d'exposition des travailleurs de la santé à des agents pathogènes transmis par le sang et le placement des patients. Les pratiques de base sont les pratiques de prévention et de contrôle de l'infection qui doivent être suivies dans les soins de base dispensés à tous les patients en tout temps et dans tous les établissements de soins de santé.

Des précautions additionnelles sont nécessaires lorsque les pratiques de base ne suffisent pas à prévenir la transmission. Au cours des années interpandémiques, les lignes directrices de Santé Canada recommandent qu'en plus des pratiques de base, qui devraient être suivies pour les soins à prodiguer aux patients, des précautions additionnelles (les précautions visant à prévenir la transmission par gouttelettes et par contact) devraient être prises pour les patients pédiatriques<sup>5</sup> et adultes atteints d'influenza (communication personnelle, réunion nationale de concertation sur les mesures de contrôle de l'infection auprès des patients présentant des maladies respiratoires aiguës, à Gatineau, au Québec, le 24 novembre 2003). Cette recommandation représente un changement puisque, dans le passé, il n'était pas clair si des précautions additionnelles étaient requises pour les adultes atteints d'influenza.

Les enfants et les adultes qui sont en possession de leurs capacités physiques et cognitives doivent être encouragés à avoir une bonne hygiène : c.-à-d., se servir de papiers-mouchoirs jetables pour s'essuyer le nez; se couvrir la bouche et le nez lorsqu'ils éternuent et qu'ils toussent; se laver les mains/aseptiser les mains après avoir toussé, éternué ou utilisé un papier-mouchoir; et se tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez). Par conséquent, la prévention de la transmission de l'influenza se fait en observant scrupuleusement les pratiques de base (c.-à-d., bonne hygiène) et en employant des précautions additionnelles<sup>5</sup>.

Les pratiques de base et les précautions additionnelles visant à prévenir la transmission de l'infection sont importantes lors de la prestation des soins de santé dans tous les établissements de soins de santé lors d'une pandémie. Il est possible que certaines pratiques de base et recommandations additionnelles en matière de précaution ne puissent être réalisées qu'au cours des premières phases d'une pandémie parce qu'il est possible qu'elles ne puissent pas être suivies lorsque la pandémie se propage et que les ressources (équipement, fournitures et travailleurs) deviennent rares. Étant donné que la gestion des patients à risque élevé sera plus compliquée dans

les hôpitaux de soins pour malades aigus, il semble raisonnable que les ressources destinées au contrôle de l'infection soient accordées en priorité aux établissements de soins pour malades aigus.

**La conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie.** Les procédures visant l'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'Appendice III.

## 2.6 Utilisation de masques durant une pandémie

Bien qu'il ne soit pas prouvé hors de tout doute que l'utilisation de masques ait prévenu la transmission de l'influenza au cours des pandémies précédentes, il serait prudent qu'au cours de la première phase d'une pandémie d'influenza, les travailleurs de la santé portent un masque lorsqu'ils sont face-à-face à des personnes qui toussent, afin de réduire au minimum la transmission de l'influenza. L'emploi de masques est conseillé lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles, mais cela n'est pas pratique ni utile lorsque la transmission a atteint la communauté.

Les travailleurs de la santé peuvent porter un masque pour prévenir la transmission d'autres organismes provenant de patients présentant une toux qui ne porte pas encore de diagnostic. Pour les besoins de ce document, le terme masque se réfère à des masques de chirurgien et non pas à des masques spéciaux ni à des respirateurs. Les masques spéciaux, c'est-à-dire des masques anti-poussières ou anti-brouillard à haute efficacité sont requis pour les patients atteints de tuberculose infectieuse et pour les travailleurs de la santé non immuns qui entrent dans la chambre d'un patient atteint de rougeole ou de varicelle disséminée.

Lorsque l'on utilise un masque de chirurgien<sup>5</sup> :

- le masque ne doit être utilisé qu'une seule fois et changé lorsqu'il devient humide (parce que les masques deviennent inefficaces lorsqu'ils sont humides)
- le masque doit couvrir le nez et la bouche
- éviter de toucher le masque lorsqu'il est en place
- jeter tous les masques dans un réceptacle approprié
- ne pas laisser le masque pendre autour du cou

## 2.7 Infectivité du virus de l'influenza

La période d'incubation de l'influenza est de un à trois jours et la période de transmissibilité (durée d'élimination du virus) se poursuit jusqu'à sept jours après l'apparition de la maladie<sup>5</sup>, probablement de trois à cinq jours à partir de la manifestation clinique chez les adultes et jusqu'à sept jours chez l'enfant<sup>20</sup>.

Les personnes infectées par l'influenza ont tendance à excréter davantage de virus dans leurs sécrétions respiratoires au début de la maladie<sup>21,22</sup> et les patients sont plus infectieux pendant les 24 heures qui précèdent l'apparition des symptômes et au cours de la période la plus symptomatique<sup>23</sup>. L'excrétion du virus peut être plus longue chez les bébés<sup>5</sup>, prolongée chez les enfants en bas âge et les patients immunodéficients<sup>20</sup>. Il n'a pas été établi si l'excrétion du virus chez les résidents âgés d'établissements de soins prolongés durait plus longtemps que dans la population adulte<sup>24</sup>.

On ne dispose d'aucune information pour déterminer si la période de transmissibilité sera différente en cas de pandémie d'influenza. La durée de l'excrétion d'un nouveau virus (souche pandémique) est inconnue. Il est possible qu'une excrétion prolongée puisse se produire lors

d'une pandémie étant donné que le système immunitaire n'aura pas été préalablement exposé à des souches apparentées<sup>25</sup>.

Les mains peuvent être contaminées par le virus de l'influenza par contact avec des surfaces ou des objets inanimés se trouvant dans l'environnement immédiat d'un patient atteint d'une infection grippale. Il a été montré que les virus A et B de l'influenza survivent pendant 24 à 48 heures sur des surfaces dures et non poreuses, jusqu'à 8 à 12 heures sur du tissu, du papier et des mouchoirs de papier; et jusqu'à 5 minutes sur les mains après un transfert des surfaces environnementales<sup>14</sup>.

**« Le virus de l'influenza est promptement rendu inactif par les germicides de l'hôpital, les produits de nettoyage ménager, le savon, le lavage des mains ou les produits d'hygiène des mains ».** Il n'est donc pas nécessaire d'avoir des produits antiseptiques pour se laver les mains dans les établissements de soins de santé ni d'employer des produits antibactériens pour le lavage des mains à la maison parce que les produits courants employés avec de bonnes procédures de lavage des mains inactivent le virus de l'influenza.

Infectivité du virus de l'influenza	
1. Période d'incubation	un à trois jours.
2. Période de transmissibilité	Infectieux un jour avant l'apparition des symptômes et peut-être plus de sept jours suivant l'apparition des symptômes.

### 3.0 Gestion de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d'influenza dans des établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels

#### 3.1 Planification de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d'influenza

Un vaste consensus a émergé en ce qui concerne les plans visant l'influenza pandémique : les plans devraient viser à réduire la morbidité, la mortalité et la perturbation sociale liées à l'influenza. Nombreux sont ceux qui reconnaissent que les préparatifs pour la prochaine pandémie nécessitent de mettre en place une infrastructure durant la période interpandémique pour les raisons suivantes :

- a) la détection rapide de nouvelles variantes et de nouvelles maladies qu'elles peuvent engendrer,
- b) la production et la fourniture de vaccins antigrippaux et d'agents antiviraux aux groupes cibles hautement prioritaires,
- c) la diffusion rapide et l'échange d'informations,
- d) l'état de préparation en cas d'urgence.

Les plans de lutte contre la pandémie devraient décrire les responsabilités des institutions qui joueront un rôle dans l'intervention contre une pandémie. Ils devraient également être divisés en phases qui décrivent en détail une intervention étape par étape servant à l'identification et à la propagation subséquente d'un nouveau virus, ainsi qu'à la capacité d'adapter l'intervention si un nouveau virus ne se propage pas, comme cela s'est produit en 1976 et 1977<sup>10</sup>.

La planification et la gestion de l'influenza pandémique sont directement reliées à la force de la stratégie en place pour la gestion de l'influenza interpandémique; un plan interpandémique efficace aura un effet sur le résultat du plan en cas de pandémie<sup>12</sup>.

« Les tendances de la société moderne, notamment la disponibilité accrue du transport humain rapide et l'urbanisation de la population humaine qui s'accroît rapidement ont tendance à faciliter la propagation de l'influenza et à accroître la morbidité. La médecine moderne peut réduire la mortalité qui provenait de complications de l'infection par le virus de l'influenza durant les épidémies précédentes, mais le coût des interventions médicales a augmenté au point qu'il faudrait envisager des méthodes efficaces de contrôle de l'épidémie. **Ce défi offre une occasion de mettre au point, de mettre à l'essai et d'instaurer une stratégie de contrôle de l'influenza interpandémique avant la prochaine pandémie** »<sup>12</sup>.

Au cours d'une pandémie d'influenza, il est extrêmement important de respecter les politiques et procédures visant la prévention et le contrôle de l'infection afin de prévenir la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses. On prévoit que ni l'immunisation contre l'influenza ni la chimioprophylaxie ne seront disponibles lors des premières étapes de la pandémie et peut-être qu'elles ne seront même pas disponibles au cours des stades ultérieurs, ce qui obligera à mettre l'accent sur les pratiques de prévention et de contrôle de l'infection.

### 3.1.1 Recommandations

1. Tous les organismes responsables des établissements de soins de santé traditionnels (c.-à-d., de soins pour malades aigus, prolongés, ambulatoires, à domicile et communautaires) et ceux (c.-à-d., les organismes d'attache) responsables de la planification des établissements de soins non traditionnels (c.-à-d., les lieux de triage, de soins auto-administrés et les hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza), et qui ne fonctionnent que pendant une pandémie d'influenza doivent mettre au point un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza. Le plan doit être élaboré en fonction des lignes directrices et de contrôle des infections publiées par Santé Canada<sup>3,5,6,9</sup> et selon les plans d'urgence fédéraux, provinciaux, territoriaux, municipaux et régionaux avec un groupe multidisciplinaire comprenant notamment :
  - a) des représentants d'organismes traditionnels et non traditionnels, dont :
    - l'administration médicale
    - l'administration infirmière
    - les médecins
    - les services infirmiers
    - l'établissement physique et l'entretien ménager
    - la santé au travail
    - la prévention et le contrôle de l'infection
    - les services de pharmacie
    - les services d'urgence
    - l'inhalothérapie
    - les affaires publiques
    - les services d'éducation
    - les services de laboratoire
  - b) le personnel de la santé publique;
  - c) les fournisseurs de soins communautaires;
  - d) les planificateurs locaux en cas de pandémie;
  - e) les travailleurs des services funéraires;
  - f) les planificateurs locaux en cas de catastrophes.

2. Les établissements non traditionnels qui ne sont pas liés à un organisme d'« attache » doivent élaborer leur plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza avec un organisme qui assumerait ce rôle « d'organisme d'attache ». La santé publique pourrait être dans la meilleure position pour planifier ou faire fonctionner de tels établissements, bien qu'il faudrait qu'il y ait des négociations et une corroboration. **AIII**
3. Le plan de prévention de l'infection et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza dans les établissements traditionnels et non traditionnels devrait être passé en revue tous les trois ans et mis à jour selon la législation actuelle et les publications pertinentes. **AIII**
4. Le plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza dans les établissements traditionnels et non traditionnels devrait comprendre la préparation d'information éducative à l'intention des travailleurs de la santé (voir le glossaire pour la définition de ce terme, voir l'article 4.1 pour l'éducation des travailleurs de la santé et l'article 3.5 pour les recommandations visant la gestion de la santé au travail lors d'une pandémie). **AIII**
5. Le plan de contrôle et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza devrait comprendre des recommandations visant l'utilisation du vaccin antigrippal et de la chimioprophylaxie pour les travailleurs de la santé conformément au document sur les vaccins (Annexe D) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. **AIII**
6. La planification en cas de pandémie d'influenza devrait comprendre un soutien pour des programmes afin de respecter les taux canadiens de couverture cible de l'immunisation contre le pneumocoque<sup>26-28</sup>. **AIII**
7. La conformité rigoureuse envers les recommandations visant le lavage des mains et l'antisepsie des mains (voir l'Appendice III) est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une épidémie.  
  
La planification devrait comprendre l'assignation d'une priorité à la fourniture suffisante de produits d'hygiène des mains pour tous les établissements de soins de santé en cas d'interruption d'approvisionnement ou de pénurie de produits antiseptiques, de savon et de serviettes. **AII**
8. La planification devrait comprendre la priorité de maintenir des ressources suffisantes pour le contrôle de l'infection dans les hôpitaux de soins pour malades aigus (savon, produits antiseptiques, masques, lunettes de protection, écrans faciaux, gants, blouses) en raison de la complexité accrue et des questions de gestion des patients hospitalisés. **AII**
9. La planification devrait comprendre la garantie que l'on offre à tous les travailleurs de la santé (voir le glossaire pour la définition de ce terme) une immunisation contre l'hépatite B<sup>6,9</sup>. Pour autant que les ressources le permettent, les travailleurs de la santé devraient également bénéficier d'un test de sensibilité cutanée à la tuberculine et disposer d'une preuve d'immunité à la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) et recevoir une injection de rappel contre le tétanos, le cas échéant<sup>6</sup>. **AII**

## **3.2 Définitions pour les besoins du contrôle de l'infection et de la gestion de la santé au travail relative aux patients/personnel atteints du syndrome grippal (SG)**

### **3.2.1 Syndrome grippal (SG)**

Veillez voir le terme « influenza » dans le glossaire.

Veillez consulter l'Appendice IV pour y trouver l'Outil d'évaluation du SG. Un outil d'évaluation du SG doit être employé pour effectuer le triage immédiat des patients ou du personnel et des logements/cohorte de patients, avant de passer à une gestion plus avancée au niveau de la santé au travail ou clinique.

### **3.2.2 Définition d'un cas clinique**

Veillez voir le terme « influenza » dans le glossaire.

### **3.2.3 Confirmation d'un cas d'influenza**

Veillez voir le terme « influenza » dans le glossaire.

### **3.2.4 Immunité contre l'influenza**

Au cours d'une épidémie, il est probable que la plupart des cas d'influenza seront causés par la souche pandémique. Les données sur les pandémies de 1957 et 1968 démontrent que la souche d'influenza pandémique qui circulait auparavant a disparu de la circulation humaine lorsque la souche pandémique du virus de l'influenza a émergé<sup>25</sup>. Par conséquent, une fois qu'un travailleur s'est rétabli d'un SG au cours d'une phase pandémique antérieure, on peut prendre pour acquis qu'il est immunisé contre la souche d'influenza pandémique.

Les individus qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique devront également être considérés comme étant immuns, en reconnaissant le fait que le vaccin contre l'influenza n'offre peut-être pas une protection totale. Par conséquent, à l'encontre des individus qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou du SG, les individus vaccinés devraient être surveillés pour le SG en utilisant l'Outil d'évaluation du SG, qui se trouve à l'Appendice IV.

## **3.3 Immunisation contre l'influenza lors d'une pandémie**

Voir le document sur les vaccins (Annexe D) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. La disponibilité du vaccin contre l'influenza dans les premières phases d'une pandémie est incertaine. Lorsque le vaccin sera disponible, il sera fourni aux groupes prioritaires établis selon les recommandations du Groupe de travail sur les vaccins. Les travailleurs de la santé et les stagiaires, bénévoles, etc., qui sont recrutés pour effectuer les tâches d'un travailleur de la santé doivent être considérés comme étant hautement prioritaires.

## **3.4 Utilisation des antiviraux lors d'une pandémie d'influenza**

Voir le document sur les antiviraux (Annexe E) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. La disponibilité des antiviraux dans les premières phases d'une pandémie est incertaine. Lorsqu'ils seront disponibles, les antiviraux seront fournis aux groupes prioritaires

établis en fonction des recommandations proposées par le Groupe de travail sur les antiviraux. Les travailleurs de la santé et les stagiaires, bénévoles, etc., qui sont recrutés pour accomplir les tâches d'un travailleur de la santé doivent être considérés comme étant hautement prioritaires.

## **3.5 Gestion de la santé au travail des travailleurs de la santé lors d'une pandémie d'influenza**

Les expressions « apte au travail », « inapte au travail » et « apte au travail avec restrictions » sont utilisées en santé du travail afin de communiquer la capacité d'un travailleur à demeurer ou à retourner au travail selon sa sensibilité à l'influenza, son statut d'immunisation et son accord d'utiliser des antiviraux<sup>6</sup>. Au cours des premières phases d'une pandémie, la disponibilité du vaccin et des antiviraux sera limitée et ils seront fournis aux groupes prioritaires. Les travailleurs de la santé et les stagiaires, bénévoles, etc., qui sont recrutés pour accomplir les fonctions d'un travailleur de la santé doivent faire partie des groupes prioritaires (voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

### **3.5.1 Recommandations**

#### **1. Apte au travail**

- a) De façon idéale, les travailleurs de la santé sont aptes au travail lorsque l'une des conditions suivantes s'applique :
  - i) ils se sont rétablis du SG (voir définition du SG dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) au cours des premières phases de la pandémie,
  - ii) ils ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique tel que décrit l'Annexe D du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, ou
  - iii) ils prennent des antiviraux appropriés tel que décrit dans les documents sur les antiviraux de l'Annexe E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Ces travailleurs de la santé peuvent travailler avec tous les patients et être choisis pour travailler dans des unités où il y a des patients qui, s'ils étaient atteints de l'influenza, présenteraient un risque élevé de complications.

**AIII**

- b) Chaque fois que cela sera possible, les travailleurs de la santé non exposés et sains doivent travailler dans des zones où il n'y a pas d'influenza.

**AIII**

- c) Les travailleurs de la santé asymptomatiques peuvent travailler même si le vaccin contre l'influenza et les antiviraux ne sont pas disponibles. On portera une attention méticuleuse à l'hygiène des mains et on évitera de toucher les muqueuses des yeux et de la bouche afin de prévenir l'exposition au virus de l'influenza et à d'autres organismes infectieux.

**AIII**

#### **2. Inapte au travail**

De façon idéale, le personnel atteint d'un SG doit être considéré comme « inapte au travail » et ne doit pas travailler, mais en raison des ressources limitées, on peut lui demander de travailler s'il se sent suffisamment bien pour le faire. (Voir 3(b) ci-dessous.)

**AIII**

### 3. Apte au travail avec restrictions

a) Le personnel symptomatique considéré comme « apte au travail avec restrictions » ne doit travailler qu'avec des patients présentant un SG. On devrait exiger que les travailleurs de la santé qui doivent travailler avec des patients non exposés (zone où il n'y a pas d'influenza) portent un masque s'ils toussent et qu'ils portent une attention particulière à l'hygiène des mains.

**AIII**

b) Les travailleurs de la santé symptomatiques qui se portent suffisamment bien pour travailler ne doivent pas être redéployés dans les soins intensifs; les pouponnières<sup>29-31</sup> ou les unités où se trouvent des patients gravement immunodéprimés, c'est-à-dire les receveurs de greffes<sup>32</sup>, les patients en hématologie/oncologie<sup>33-35</sup>, les patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique ou d'une maladie pulmonaire ou les patients atteints du VIH/sida et les patients dialysés.

**AII**

## 4.0 Sensibilisation à l'influenza pandémique

### 4.1 Sensibilisation des travailleurs de la santé à l'influenza pandémique (notamment les secours médicaux d'urgence, le personnel de salons mortuaires et les travailleurs de la santé dans le secteur correctionnel)

#### Recommandations

1. Fournir de l'information éducative aux travailleurs, dès que la Phase 0, niveau 1 d'une pandémie est déclarée, selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (voir l'Appendice II). Répéter fréquemment les efforts de sensibilisation de ces travailleurs à tous les échelons et à tous les quarts de travail.

**AIII**

2. Adapter l'information sur la pandémie d'influenza pour l'auditoire visé et utiliser diverses méthodes pour la diffuser, p. ex., des affiches dans les ascenseurs et aux entrées d'immeubles, des brochures, des bulletins et des sites Web.

**AIII**

3. Voici l'information éducative qui devrait être préparée et diffusée à l'intention des travailleurs :

- a) expliquer que l'influenza pandémique est une nouvelle souche d'influenza et ce qu'on entend par pandémie;
- b) le plan de lutte contre une pandémie d'influenza propre à l'établissement;
- c) information sur les lieux de triage (voir la section 7.1), l'autosoins (voir la section 7.2) et les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza (voir la section 7.3);
- d) la différence entre une infection des voies respiratoires supérieures et l'influenza (voir l'introduction de la section sur l'état de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
- e) les modes de transmission de l'influenza (voir la section 2.4);

- f) les critères de diagnostic du syndrome grippal (SG) (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) et de l'influenza (voir la définition dans le glossaire);
- g) les risques d'infection et de complications subséquentes au sein des groupes à risque élevé;
- h) **le message que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. (voir l'Appendice III);**
- i) information sur l'importance des mesures d'hygiène (voir la section 2.5) pour minimiser la transmission de l'influenza, étant donné que l'immunisation ou la prophylaxie contre l'influenza ne seront peut-être pas disponibles avant une phase plus avancée de la pandémie;
- j) information indiquant que durant les premières phases d'une pandémie d'influenza, les travailleurs de la santé pourraient porter des masques lorsqu'ils sont face-à-face avec des personnes qui toussent pour minimiser la transmission de l'influenza (surtout lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles). Souligner que cette précaution s'avère peu pratique ou utile, une fois que l'influenza s'est propagé dans la collectivité (voir la section 2.6). Le port d'un masque par les travailleurs de la santé peut être utile pour prévenir la transmission d'autres organismes de patients ayant une toux qui ne porte pas encore de diagnostic;
- k) qui aura la priorité la plus élevée pour l'immunisation, lorsqu'un vaccin deviendra disponible;
- l) l'importance de se faire immuniser et l'innocuité du vaccin (voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
- m) qui aura la priorité la plus élevée pour l'administration de la prophylaxie, lorsque des antiviraux deviendront disponibles, l'importance et l'innocuité de la prophylaxie (voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

**BIII**

4. L'information sur les procédures habituelles et des précautions supplémentaires pour prévenir la transmission de l'infection lors de la prestation des soins de santé dans tous les établissements de soins de santé durant une pandémie est importante, mais certaines de ces recommandations ne seront applicables qu'au cours des phases précoces d'une pandémie et d'autres seront impossibles à appliquer à mesure que la pandémie se propagera et que les ressources se feront rares (matériel, fournitures et personnel).

**BIII**

5. Consacrer en priorité les ressources de contrôle de l'infection aux établissements de soins pour malades aigus en raison de la complexité de la prise en charge des patients à risque élevé dans ces établissements.

**BIII**

6. Former ceux qui travailleront dans les établissements non traditionnels sur les procédures de base, tel que décrit dans le présent document. Se reporter à la section 7.1 sur les lieux de triage, à la section 7.2, sur l'autosoins et à la section 7.3 sur les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza.

**BIII**

7. Assurer, dans les établissements de soins de santé traditionnels, une formation sur les procédures courantes décrites dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada, qui est intitulé *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, 1999.*

**BIII**

8. Fournir aux travailleurs de la santé des recommandations sur la gestion de la santé au travail des travailleurs lors d'une pandémie (voir la section 3.5).

**BIII**

## **4.2 Sensibilisation du public à l'influenza pandémique (y compris les travailleurs des services de garderie, les enseignants, les travailleurs des refuges, les travailleurs des services correctionnels, etc.)**

### **Recommandations**

1. Fournir de l'information sur l'épidémiologie et le mode de transmission de l'influenza pour le public visé et utiliser diverses méthodes pour la diffuser, p. ex., des affiches dans les entrées d'immeubles, des brochures, des bulletins, des sites Web, des annonces à la radio et à la télévision dès que la Phase 0, Niveau 1 d'une pandémie selon l'OMS est déclarée (voir l'Appendice II).

**AIII**

2. Voici l'information qui devrait être préparée et diffusée à l'intention des travailleurs :
  - a) expliquer que l'influenza pandémique est une nouvelle souche d'influenza et ce qu'on entend par pandémie;
  - b) information sur les autosoins (voir la section 7.2 et l'Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza) et pour les besoins des lieux de triage et des hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza (voir l'Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
  - c) la différence entre une infection des voies respiratoires supérieures et l'influenza (voir l'introduction de la section sur l'état de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
  - d) les modes de transmission de l'influenza (voir la section 2.4);
  - e) les critères de diagnostic du syndrome grippal (SG) (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) et de l'influenza (voir la définition dans le glossaire);
  - f) le risque d'infection et de complications subséquentes au sein des groupes à risque élevé;
  - g) le message que : la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie;**
  - h) information sur l'importance des mesures d'hygiène, c'est-à-dire s'essuyer le nez avec des papiers-mouchoirs jetables; se couvrir la bouche et le nez avant d'éternuer ou de tousser, laver/aseptiser les mains après avoir toussé, éternué ou utilisé un papier-mouchoir, se tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez pour minimiser la transmission de l'influenza, étant donné que l'immunisation ou la prophylaxie contre l'influenza ne seront peut-être pas disponibles avant une phase plus avancée de la pandémie; les modes de transmission de l'influenza;

- i) information voulant que le virus de l'influenza est facilement inactivé par le savon et les produits courants de nettoyage domestique;
- j) information indiquant que durant les premières phases d'une pandémie d'influenza, les travailleurs de la santé pourraient porter des masques lorsqu'ils sont face-à-face avec des personnes qui toussent pour minimiser la transmission de l'influenza (surtout lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles). Souligner que cette précaution s'avère peu pratique ou utile, une fois que l'influenza s'est propagé dans la collectivité. Dans les établissements de soins de santé, les travailleurs de la santé doivent porter des masques pour prévenir la transmission d'autres organismes de patients ayant une toux qui ne porte pas encore de diagnostic (voir la section 2.6);
- k) qui aura la priorité pour l'immunisation, lorsqu'un vaccin deviendra disponible, l'importance de se faire immuniser et l'innocuité du vaccin (voir la section sur l'état de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
- l) qui aura la priorité pour l'administration de la prophylaxie, lorsque des antiviraux deviendront disponibles, l'importance et l'innocuité de la prophylaxie (voir l'Annexe E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

**AIII**

3. Fournir de l'information pour encourager ceux qui présentent des symptômes de SG (voir l'Appendice IV pour y trouver l'Outil d'évaluation du SG) mais qui n'ont pas besoin de soins de santé formels de rester à la maison jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

**BIII**

4. Fournir de l'information pour inciter ceux qui sont atteints du SG (voir l'Appendice IV pour y trouver l'Outil d'évaluation du SG) à ne pas rendre visite à des personnes à risque élevé de développer des complications si elles attrapaient l'influenza dans des établissements de soins de santé (soins actifs et soins de longue durée) jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

**BIII**

5. Aviser le public d'éviter les rassemblements publics tel que décrit à la section suivante, afin de minimiser l'exposition.

**BIII**

## **5.0 Restrictions de la santé publique visant les rassemblements publics**

En vertu des lois provinciales/territoriales sur la santé publique, les médecins hygiénistes ont le pouvoir d'imposer des mises en quarantaine d'individus ou de groupes, s'ils le jugent nécessaire, pour lutter contre des maladies infectieuses. Lors de la pandémie d'influenza qui a frappé l'Alberta en 1918, les autorités ont pris des mesures draconiennes pour lutter contre l'infection : port obligatoire d'un masque lorsque les gens se trouvaient en public, fermeture des écoles, des églises et des cinémas; interdiction de rassemblements publics; mise en quarantaine de villes entières. (Ces informations proviennent de l'exposé sur les mesures de lutte contre la pandémie d'influenza en Alberta donné par le Dr K. Grismsrud lors de la réunion sur la planification canadienne contre une pandémie, qui s'est déroulée à Montréal en mai 2001.)

Dans sa revue historique sur la pandémie de 1918 aux États-Unis, Keen-Payne<sup>36</sup> signale que de nombreuses villes ont mis en œuvre des mesures similaires pour essayer de lutter contre la propagation de la pandémie. À Chicago, les personnes qui éternuaient sans se couvrir la bouche ou qui crachaient par terre risquaient d'être arrêtées et de recevoir une amende. Les églises

étaient restées ouvertes, mais les paroissiens étaient priés de rester à la maison s'ils étaient malades. De plus, les prêtres laissaient ouvertes les fenêtres des églises lors de la célébration de messes pour favoriser la ventilation des lieux. Durant la troisième semaine d'octobre 1918 (point culminant de la deuxième vague pandémique), les autorités ont fermé les théâtres, les salles de réception, les amphithéâtres, les restaurants et les cinémas.

Le 10 octobre à Newark, les autorités ont tout simplement interdit les rassemblements publics. Comme les magasins de vins et de spiritueux étaient autorisés à rester ouverts pour vendre leurs produits mais qu'il était interdit de se rassembler dans les églises, il y a eu de la confusion au sein de la population au sujet de ce qu'on entendait par « interdiction de rassemblement ». Face aux protestations des églises, l'interdiction fut levée le 21 octobre. À San Diego, les autorités ont fermé toutes les installations publiques (les bibliothèques, les salles de billard, les réunions hebdomadaires du club des femmes), ainsi que toutes les réunions en plein air, sauf celles qui étaient destinées à la vente d'obligations d'épargne « liberty ». Après avoir été levée, l'interdiction a dû être imposée de nouveau en raison de la hausse du nombre de nouveaux cas d'influenza. Les citoyens n'ont jamais vraiment été favorables à ces mesures<sup>36</sup>.

On a commencé à supposer que la propagation de l'influenza durant l'été 1918 dans des camps militaires américains ne s'est produite qu'à la rentrée des classes en automne<sup>37</sup>. À l'automne, la vague pandémique a touché près de 40 % des écoliers aux États-Unis<sup>38</sup>.

À la suite de l'épidémie qui a frappé le Japon en 1957, les autorités ont modifié leur politique de vaccination contre l'influenza, ayant constaté que la fréquentation scolaire avait joué un rôle important dans la propagation de cette épidémie. Elles ont fermé les écoles un peu partout. Dans certaines régions, jusqu'à 60 % des écoliers étaient atteints de l'influenza. Près de 8 000 personnes en sont mortes. Dans leur nouvelle politique, les autorités ont indiqué que « tous les écoliers doivent être vaccinés, parce qu'ils sont le principal vecteur de propagation de la maladie ». Dans une étude sur l'efficacité de la politique de vaccination des écoliers au Japon (sur une période de 25 ans) pour réduire l'incidence de l'influenza et la mortalité due à cette maladie chez les personnes âgées, les chercheurs ont conclu que la vaccination des écoliers au Japon avait freiné la propagation de l'influenza au sein de la population âgée<sup>39</sup>.

Il existe des preuves que la fermeture des écoles modifie l'évolution de la transmission d'une infection<sup>12,40,41</sup>. Selon des études réalisées durant des années pandémiques et des années interpandémiques, la tranche d'âge la plus touchée par les pandémies est celle des écoliers<sup>12</sup>. D'autres études ont montré que la répartition de l'âge des patients présentant une culture positive évoluait au fil des épidémies. Au début, les écoliers présentent des cultures positives, puis les enfants d'âge préscolaire et ensuite les adultes durant la dernière partie de l'épidémie<sup>42</sup>. Les auteurs ont observé que pour les épidémies d'influenza visées par ces études, une hausse de l'absentéisme scolaire était souvent suivie d'une augmentation de l'absentéisme dans les milieux de travail.

On estime qu'il n'est plus possible de prévenir une pandémie en gérant l'exposition, en raison du grand nombre de voyages internationaux et de la croissance de la population dans de nombreuses régions du monde. Pour atténuer la propagation d'une pandémie d'influenza, on a proposé diverses mesures, dont les suivantes : l'utilisation de prophylaxies antivirales, l'interdiction de rassemblements et peut-être les mises en quarantaine<sup>43</sup>.

Il n'existe aucune donnée ou directive pour déterminer quels rassemblements publics il faudrait interdire, et quand le faire, pour limiter la propagation d'une pandémie d'influenza au sein d'une collectivité. Il faudrait clarifier ce qu'on entend par rassemblement public et déterminer les rassemblements qui seraient autorisés parce qu'ils sont essentiels. Parmi les lieux de

rassemblements, il y a notamment les modes de transport (routier, ferroviaire et aérien), les garderies, les écoles, les magasins, les lieux de travail, les lieux de culte, les salons mortuaires et les événements communautaires (culturels/sportifs).

Il faudrait appliquer, dans les instances et entre celles-ci, une stratégie cohérente et systématique pour déterminer quand, comment et quoi interdire pour limiter la transmission d'une infection dans une collectivité. La stratégie serait définie en fonction de la virulence de la souche à l'origine de la pandémie et du stade d'avancement de la pandémie au sein de l'ensemble de la population. Consulter le document sur les mesures de santé publique de la section sur l'état de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour trouver des recommandations plus détaillées en santé publique que celles qui figurent ci-dessous.

## **5.1** **Recommandations**

1. Les médecins hygiénistes doivent prévoir une stratégie d'interdiction des rassemblements publics. Cette interdiction doit intervenir suffisamment tôt pour affecter la transmission de l'infection. La stratégie devrait comprendre notamment :
  - a) une définition de ce qu'on entend par rassemblement public;
  - b) un calendrier de mise en œuvre de la stratégie, en fonction de la progression des phases de la pandémie;
  - c) la possibilité d'application et la cohérence de la stratégie d'une instance à l'autre;
  - d) la disponibilité de vaccins et d'antiviraux et l'ordre de priorité de leur administration; tel que préconisé dans les documents sur les vaccins et les antiviraux des annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza;
  - e) une évaluation du besoin d'inclure les écoliers dans un groupe hautement prioritaire pour l'administration de vaccins ou d'antiviraux, lors des premières phases d'une pandémie.

**BIII**

## **Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins de santé traditionnels**

### **1.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins pour malades aigus**

Les établissements de soins pour malades aigus regroupent les patients qui présentent un risque élevé de développer des complications graves, parfois mortelles, suite à l'influenza. En outre, la morbidité et la mortalité liées aux infections acquises en milieu hospitalier (nosocomiales) sont bien plus fortes dans les populations recevant des soins actifs que dans les autres populations.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les établissements de soins pour malades aigus, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

### **Recommandations**

#### **1.1 Prévention de l'influenza pandémique**

##### **A. Immunisation et antiviraux**

Il est primordial de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

#### **1.2 Contrôle de l'influenza pandémique**

##### **A. Installations physiques**

1. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut ouvrir les lieux de triage prévus dans les hôpitaux de soins pour malades aigus, tel que préconisé dans la section sur l'état de préparation du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

**AIII**

2. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut ouvrir les zones/unités de cohorte prévues<sup>4</sup> de l'hôpital (voir les sections F et G ci-dessous), tel que préconisé dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie.

**AIII**

##### **B. Gestion du personnel**

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
2. Suivre les recommandations visant la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

## C. Pratiques de contrôle de l'infection

### 1. Pratiques de base

Les établissements de soins pour malades aigus doivent respecter les lignes directrices publiées afin de prévenir les infections acquises à l'hôpital (c.-à-d., nosocomiales), notamment le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>.

### 2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

#### a) Hygiène des mains

**Le personnel, les patients et les visiteurs doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie.**

i. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III.

**AII**

ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des patients/travailleurs de la santé atteints du SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

#### b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

i. Les patients, le personnel et les visiteurs doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza au moyen d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

#### c) Équipement de protection individuelle

##### i. Masques

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic.

**BIII**

3. Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate.<sup>9,44,45</sup>

**BIII**

4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.

5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza. Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif.

**AIII**

2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de patients infectés aux travailleurs de la santé et de patient à patient par le biais des mains des travailleurs de la santé.

**AII**

3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients.

**AII**

4. Il faut utiliser des gants comme mesure additionnelle, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains<sup>46,47</sup>.

**BII**

5. Les gants ne doivent pas être réutilisés ni lavés<sup>47</sup>.

**AII**

iii. Blouses

1. Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.

**AI**

2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soins aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments<sup>9,45</sup>.

**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée est couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

**BIII**

- d) Nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux patients
- i. Les établissements de soins pour malades aigus doivent suivre les recommandations visant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux patients tel que décrit dans le Guide de Prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup> et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>.

**AIII**

- e) Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie, déchets)

- i. Les établissements de soins pour malades aigus doivent suivre les recommandations visant l'entretien ménager, la buanderie et la gestion des déchets tel que décrit dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup> et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>.

**AIII**

- ii. L'équipement et les surfaces contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza a été confirmée doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre patient.

**BIII**

- iii. Il n'est pas nécessaire de suivre des consignes spéciales pour manipuler la literie ou les déchets contaminés par les sécrétions de patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'en être atteints.

**AII**

## D. Logement

1. Les chambres individuelles dans les établissements de soins pour malades aigus<sup>5</sup> sont limitées et elles doivent être réservées aux patients que l'on soupçonne de présenter une infection aérogène, par exemple la tuberculose, la rougeole, la varicelle, le zona disséminé ou chez qui l'atteinte est confirmée et à ceux qui souillent visiblement l'environnement ou pour lesquels on ne peut pas maintenir une hygiène appropriée.
2. Réduire au minimum l'entassement (c.-à-d., conserver une séparation spatiale de un mètre) entre les patients, les visiteurs et les travailleurs de la santé dans la mesure du possible.

**AII**

**AIII**

## E. Triage/regroupement des patients

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut ouvrir les zones/unités de regroupement<sup>4</sup> précisées de l'hôpital, tel que préconisé dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie :
  - a) **Aire d'évaluation du syndrome grippal (SG).** (Voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV);
  - b) **Aire d'évaluation des maladies autres que le syndrome grippal** (les patients nécessitent une évaluation des soins de santé à administrer pour d'autres pathologies);
  - c) **Soupçonné de présenter un SG/exposé au SG; unités pour les patients hospitalisés;**

- d) **Influenza confirmée** (voir la définition dans le glossaire), unités pour les patients hospitalisés;
- e) **Patients non exposés ou immuns\* à l'influenza, unités pour les patients hospitalisés;**
- f) **Non exposé au SG mais présentant un risque élevé de complications, unités pour les patients hospitalisés** (p. ex., soins intensifs, pouponnières<sup>29-31</sup> ou unités ayant des patients gravement immunodéprimés, par exemple des receveurs de greffes<sup>32</sup>, des patients en hématologie/oncologie<sup>33-35</sup>, des patients ayant une maladie cardiaque ou pulmonaire chronique ou des patients atteints du VIH/sida et des patients dialysés).

**AIII**

**Remarque :** Les personnes immunes\* sont celles qui se sont rétablies de la souche d'influenza pandémique ou celles qui sont immunisées contre la souche d'influenza pandémique (voir la section 3.2.4). Tel que noté, il est possible que le vaccin ne parvienne pas à conférer une immunité totale.

2. Dans les établissements de soins pour malades aigus (hôpitaux), il convient de faire un triage rapide des patients atteints du SG dans une clinique d'évaluation distincte réservée à l'influenza sur les lieux afin de réduire au minimum la transmission à d'autres personnes dans la salle d'attente.
3. Dans les hôpitaux de soins pour malades aigus (hôpitaux), il convient de faire un triage rapide des patients qui ne sont pas atteints du SG (mais qui nécessitent une évaluation des soins actifs) vers des lieux d'attente et d'examen physiquement séparés de la clinique d'évaluation du SG afin d'éviter leur exposition au SG.

**AIII**

**AIII**

## F. Admission des patients

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il convient d'éliminer ou de suspendre les admissions hospitalières pour soins médicaux et chirurgicaux non urgents dans l'hôpital de soins pour malades aigus et de restreindre la chirurgie cardiovasculaire et pulmonaire aux cas d'urgence<sup>17</sup>.
2. Les patients qui se sont rétablis de l'influenza peuvent être déplacés dans les zones de regroupement « non influenza » après la fin de la période de transmissibilité de la souche pandémique.
3. Au fur et à mesure que la pandémie progresse, on peut fusionner la cohorte des « soupçonnés/exposés » avec celle chez qui l'influenza est « confirmée ».
4. Conserver les principes des cohortes jusqu'à ce que la vague de pandémie ait été déclarée terminée.

**AIII**

**AIII**

**AIII**

**AIII**

## G. Restrictions de l'activité des patients

1. Limiter le mouvement et les activités des patients, notamment les transferts à l'intérieur de l'hôpital, à moins que le patient ne se soit rétabli de l'influenza.

**AIII**

2. Les patients atteints du SG et qui toussent ne doivent quitter leur chambre que pour des procédures urgentes ou nécessaires.

**AIII**

3. Les patients présentant un SG et qui toussent doivent porter un masque de chirurgien chaque fois qu'ils doivent sortir de leur chambre, jusqu'à ce que la période de transmissibilité de la souche pandémique soit terminée.

**AIII**

## **H. Restrictions concernant les visiteurs**

1. Il n'y a aucune restriction pour les visiteurs asymptomatiques qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique.

**AIII**

2. Les visiteurs atteints du SG ne doivent pas rendre visite aux patients jusqu'à ce qu'ils soient asymptomatiques. Les parents proches des malades terminaux peuvent être exemptés, mais ils doivent porter un masque dès leur entrée dans l'établissement et restreindre leur visite uniquement à ce patient.

**AIII**

3. Les visiteurs doivent être informés lorsqu'il y a une activité d'influenza dans les établissements de soins pour malades aigus. Il convient d'inciter ceux qui n'ont pas encore été en contact avec la souche d'influenza pandémique ou qui n'ont pas été immunisés contre la souche pandémique à ne pas faire de visite. Les parents proches des patients en phase terminale peuvent être exemptés mais ils doivent restreindre leur visite à ce patient uniquement et se laver les mains dès la sortie de la chambre du patient. Le port d'un masque à l'entrée de l'établissement n'est utile que s'il n'y a pas d'influenza dans la communauté.

**AIII**

## **2.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins prolongés**

L'influenza pandémique est une cause majeure de maladie et de décès chez les résidents des établissements de soins prolongés pour personnes âgées, en partie en raison de l'âge des résidents et du fait que la maladie sous-jacente accroît le risque de complications graves et en partie parce que la vie en institution accroît le risque d'éclosion de l'influenza<sup>24,48,49</sup>. On peut raisonnablement s'attendre à ce que l'influenza pandémique ait le même impact que dans les établissements de soins pour malades aigus.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les établissements de soins prolongés, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

## Recommandations

### 2.1 Prévention de l'influenza pandémique

#### A. Immunisation et antiviraux

Il est nécessaire de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les résidents et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

### 2.2 Contrôle de l'influenza pandémique

#### A. Installations physiques

Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut ouvrir la zone prévue pour dispenser les soins aux résidents qui auront besoin de « soins actifs contre l'influenza », tel que prédéterminé dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie, afin de réduire au minimum le transfert aux hôpitaux de soins pour malades aigus (voir aussi la section F ci-dessous et la section sur l'état de préparation du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

AIII

#### B. Gestion du personnel

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
2. Suivre les recommandations visant la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

#### C. Pratiques de contrôle de l'infection

1. Pratiques de base

Les établissements de soins prolongés doivent respecter les lignes directrices publiées<sup>50,51</sup> afin de prévenir les infections acquises à l'hôpital (c.-à-d., nosocomiales), notamment le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>55</sup>.

2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

- a) Hygiène des mains
  - i. Le personnel, les résidents et les visiteurs doivent **prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible**

**lors d'une pandémie.** Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'Appendice III.

**AII**

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des résidents/travailleurs de la santé atteints du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Le personnel, les résidents et les visiteurs doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

c) Équipement de protection individuelle

i. Masques

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de résidents qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic.

**BIII**

3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate<sup>9,44,45</sup>.

**BIII**

4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.

5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux résidents chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antisepsie des mains rend le virus inactif.

**AIII**

2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions,

les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de résidents infectés aux travailleurs de la santé et de résident à résident par le biais des mains des travailleurs de la santé.

**AII**

3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux résidents. **AII**
4. **Il faut utiliser des gants** comme mesure additionnelle, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains<sup>46,47</sup>. **BII**
5. **Les gants** ne doivent pas être réutilisés ni lavés<sup>47</sup>. **AII**

iii. Blouses

1. **Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux résidents chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** **AI**
2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux résidents qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments<sup>9,45</sup>. **BIII**
3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée est couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible. **BIII**

d) Nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux résidents

- i. Les établissements de soins prolongés doivent suivre les recommandations visant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux résidents tel que décrit dans le Guide de Prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup> et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>. **AIII**

e) Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie, déchets)

- i. Les établissements de soins prolongés doivent suivre les recommandations visant l'entretien ménager, la buanderie et la gestion des déchets tel que décrit dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup> et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>. **AIII**

- ii. L'équipement et les surfaces contaminés par des sécrétions de résidents soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza a été confirmée doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre résident.

**BIII**

- iii. Il n'est pas nécessaire de suivre des consignes spéciales pour manipuler la literie ou les déchets contaminés par les sécrétions de résidents chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'en être atteints.

**AII**

## **D. Transfert aux soins pour malades aigus**

1. Les résidents atteints d'influenza (voir la définition dans le glossaire) ou du syndrome grippal (SG) (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) qui nécessitent des soins plus actifs ne devraient pas être transférés dans un établissement de soins pour malades aigus. Ces résidents devraient être soignés dans un lieu prévu d'avance de « soins actifs contre l'influenza » au sein même de l'établissement de soins prolongés, tel que décrit dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie.

**BIII**

## **E. Admission et réadmission**

1. Les patients provenant des soins pour malades aigus qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui sont immunisés contre la souche d'influenza pandémique peuvent être admis dans les établissements de soins prolongés sans restriction.

**AIII**

2. Les résidents qui ont été transférés aux soins pour malades aigus et qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique peuvent être réadmis dans les établissements de soins prolongés sans restriction.

**AIII**

3. Les établissements de soins prolongés qui ont déjà connu l'influenza pandémique dans leurs installations peuvent admettre des individus de la communauté ou des personnes provenant d'établissements de soins pour malades aigus sans restriction.

**AIII**

4. Les établissements de soins prolongés qui sont restés « exempts d'influenza » peuvent admettre des patients provenant d'établissements de soins pour malades aigus ou de la communauté qui ont peut-être été exposés à l'influenza. Ces résidents devraient toutefois être gérés en suivant les précautions de lutte contre l'influenza (conserver une séparation spatiale de un mètre, porter un masque si l'on se trouve à moins de un mètre du résident et insister sur l'hygiène des mains) pendant trois jours jusqu'à ce que la période d'incubation soit passée, si aucun symptôme d'influenza ne se manifeste ou pendant sept jours après l'apparition des symptômes, si l'influenza se développe.

**AIII**

## **F. Regroupement**

1. Le regroupement des groupes de résidents (c'est-à-dire confirmés ou soupçonnés d'être atteints d'influenza, exposés ou non à l'influenza) ne constitue pas une mesure réalisable pour contrôler l'influenza pandémique au sein d'un établissement de soins prolongés. Lorsque l'influenza a été identifié dans une zone de l'établissement de soins prolongés (via des

résidents, le personnel ou des visiteurs) on peut supposer que l'établissement a été exposé et il faut alors appliquer les mesures suivantes :

- a) annuler, retarder les procédures internes et externes, les rendez-vous et les activités jusqu'à ce que l'activité de l'influenza ait cessé;
- b) inciter les résidents qui toussent à rester dans leur propre chambre afin d'éviter la propagation de l'influenza dans d'autres lieux communs.

**AIII**

## **G. Restrictions concernant les visiteurs**

1. Il n'y a aucune restriction concernant les visiteurs asymptomatiques qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique. **AIII**
2. Si l'établissement de soins prolongés est resté « exempt d'influenza », les visiteurs atteints du SG ne doivent pas rendre visite aux résidents jusqu'à ce qu'ils soient rétablis. Les visiteurs des résidents en phase terminale peuvent être exemptés, mais ils doivent porter un masque dès leur entrée dans l'établissement et restreindre leur visite uniquement à ce résident. **AIII**
3. Il faut informer les visiteurs lorsqu'il y a une activité d'influenza dans l'établissement de soins prolongés. Les visiteurs qui n'ont pas encore été en contact avec la souche d'influenza pandémique et qui ne sont pas immunisés contre la souche pandémique devraient être incités à ne pas rendre visite aux patients. Les visiteurs des malades en phase terminale peuvent être exemptés, mais ils doivent restreindre leur visite à ce résident seulement et se laver les mains dès la sortie de la chambre du résident. Le port d'un masque à l'entrée de l'établissement n'est utile que s'il n'y a pas d'influenza dans la communauté. **AIII**

## **3.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins ambulatoires**

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les établissements de soins pour malades aigus, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

## **Recommandations**

### **3.1 Prévention de l'influenza pandémique**

#### **A. Immunisation et antiviraux**

Il est primordial de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

## 3.2 Contrôle de l'influenza pandémique

### A. Administration

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut annuler les visites non urgentes et courantes dans les services de soins ambulatoires.

**BIII**

2. Songer à créer une « ligne d'urgence » réservée afin de donner des renseignements cohérents sur l'influenza pandémique de manière à expliquer les symptômes du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV), le but des services de triage (voir l'Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza) et les lignes directrices d'autosoins (voir 7.2 et l'Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

**AIII**

3. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut ouvrir les lieux de triage des soins ambulatoires, tel que décrit dans la section sur l'état de préparation du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

**AIII**

4. Les patients qui se trouvent dans les services ambulatoires en raison de troubles ayant trait au syndrome grippal (SG) doivent être évalués avec l'Outil d'évaluation du SG (voir l'Appendice IV).

**AIII**

### B. Installations physiques

1. Si possible, séparer les patients sains de ceux qui présentent un SG en envisageant les stratégies suivantes : (a) en réduisant au minimum le temps passé dans les salles d'attente; (b) en offrant des entrées/lieux d'attente distincts aux patients atteints du SG; (c) en plaçant les patients atteints du SG directement dans une chambre individuelle; (d) en séparant les patients aussi rapidement que possible en plaçant les patients présentant un SG dans une zone de la salle d'attente séparée d'au moins un mètre des patients qui n'ont pas de SG.

**AIII**

2. Retirer les magazines et les jouets des salles d'attente.

**AIII**

3. Nettoyer aussi fréquemment que possible, de préférence après chaque patient, l'équipement et les surfaces environnementales qui pourraient être contaminées par des patients qui toussent.

**AII**

### C. Gestion du personnel

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.

2. Suivre les recommandations visant la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

### D. Pratiques de contrôle des infections

1. Les services de soins ambulatoires doivent suivre les lignes directrices publiées sur la prévention des infections<sup>52-58</sup> pour prévenir les infections, y compris le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>.

## 2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

### a) Hygiène des mains

- i. Le personnel, les patients et ceux qui s'occupent des patients doivent **prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie**. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'Appendice III.

**AII**

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des patients atteints du SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

### b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Les travailleurs des soins ambulatoires et leurs patients doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

### c) Équipement de protection individuelle

- i. Masques, protection des yeux et écrans faciaux

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza**

lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**,

lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic.

**BIII**

3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés**

afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate<sup>9,44,45</sup>.

**BIII**

4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.

5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif.

**AIII**

2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de patients infectés aux travailleurs de la santé et de patient à patient par le biais des mains des travailleurs de la santé.

**AII**

3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients.

**AII**

4. **Il faut utiliser des gants** comme mesure additionnelle, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains<sup>46,47</sup>.

**BII**

5. **Les gants** ne doivent pas être réutilisés ni lavés<sup>47</sup>.

**AII**

iii. Blouses

1. **Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.**

**AI**

2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments<sup>9,45</sup>.

**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée est couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

**BII**

## E. Activité/transport des patients

Les patients atteints du SG ne doivent quitter la zone des soins ambulatoires que pour subir des procédures essentielles.

**AIII**

## **4.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de soins à domicile (soins fournis par des travailleurs de la santé réglementés ou non réglementés)**

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les milieux de soins à domicile, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

### **Recommandations**

## **4.1 Prévention de l'influenza pandémique**

### **A. Immunisation et antiviraux**

1. Il est nécessaire de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

## **4.2 Contrôle de l'influenza pandémique**

### **A. Installations physiques**

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut annuler les visites de soins à domicile qui ne sont pas absolument nécessaires.

**BIII**

### **B. Gestion du personnel**

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
2. Suivre les recommandations sur la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

### **C. Pratiques de contrôle de l'infection**

1. Dans les endroits où l'on pratique les soins à domicile, il faut respecter les lignes directrices publiées sur la prévention des infections<sup>59-62</sup> y compris le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>.

2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

a) Hygiène des mains

- i. Le personnel de la santé, les clients et les membres du ménage doivent **prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie**. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'Appendice III.

**AII**

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des clients atteints du SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

- iii. S'il n'y a pas d'eau courante disponible ou que des installations ne sont pas accessibles pour se laver les mains, suivre les étapes ci-dessous pour l'antisepsie efficace des mains :

appliquer un produit d'hygiène des mains à base d'alcool sur les mains sèches (l'humidité dilue l'alcool) et se frotter vigoureusement les mains pendant le temps indiqué par le fabricant ou jusqu'à ce que les mains soient sèches;

s'il y a eu un fort souillage microbien, s'essuyer d'abord les mains avec une serviette afin de faire partir la souillure visible.

**AI**

b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

Les travailleurs de la santé et leurs clients doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

c) Équipement de protection individuelle

- i. Masques, protection des yeux et écrans faciaux

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic.

**BIII**

3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate<sup>9,44,45</sup>.

**BIII**

4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.
  5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.
- ii. Gants

1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif.

**AIII**

2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de clients infectés aux travailleurs de la santé.

**AII**

3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients.

**AII**

4. **Il faut utiliser des gants comme mesure additionnelle**, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains<sup>46,47</sup>.

**BII**

5. **Les gants** ne doivent pas être réutilisés ni lavés<sup>47</sup>.

**AII**

iii. Blouses

1. Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux clients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.

**AI**

2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments<sup>9,45</sup>.

**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée est couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

**BIII**

## D. Triage

1. Effectuer une évaluation du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) du client et de ses contacts du foyer par téléphone si possible, avant un rendez-vous ou avant de se rendre au domicile. Évaluer le risque d'influenza du client ou des contacts ménagers.

**AIII**

2. Fournir aux clients et aux membres de la famille des informations au sujet des symptômes du SG, les lignes directrices sur l'auto-traitement, ainsi que sur les lieux de triage (voir l'Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

**AIII**

3. Conseiller les clients et les contacts du foyer d'éviter les rassemblements publics afin de minimiser l'exposition.

## **E. Visiteurs**

1. Seuls les visiteurs sains (asymptomatiques/non exposés) doivent visiter les patients gravement immunodéprimés au domicile, par exemple, les receveurs de greffes<sup>32</sup>, les patients en hématologie/oncologie<sup>33-35</sup>, les patients ayant une maladie cardiaque ou respiratoire chronique ou ceux atteints du VIH/sida et les patients dialysés, ainsi que les patients qui risquent d'avoir des complications graves s'ils sont infectés par l'influenza.

**AIII**

2. Les visiteurs des malades en phase terminale peuvent être exemptés.

**AIII**

## **5.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins communautaires**

### **5.1 Gestion de l'influenza pandémique dans les services de secours d'urgence**

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre l'influenza pandémique. Les fournisseurs de secours d'urgence doivent être un groupe prioritaire pour recevoir une vaccination contre l'influenza et la chimioprophylaxie lorsqu'elle est disponible pendant une pandémie. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections.

## **Recommandations**

### **A. Planification contre l'influenza pandémique**

1. La direction doit veiller à attribuer la responsabilité du contrôle de l'infection et de la santé au travail à une personne en particulier dans le service de secours d'urgence.

**AIII**

2. La direction doit élaborer un plan de lutte contre l'influenza pandémique et le revoir annuellement. En outre, un plan de lutte contre l'influenza pandémique doit être élaboré tel que décrit à la section 3.1 et revu tous les trois ans.

**AIII**

3. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.

4. La gestion des travailleurs de secours d'urgence doit être conforme à la section 3.5 sur la santé au travail.

## **B. Contrôle de l'influenza pandémique**

### 1. Immunisation/chimioprophylaxie

Au cours des premières phases de la pandémie, les vaccins et les antiviraux ne seront peut-être pas disponibles. Les travailleurs essentiels (y compris ceux des services d'urgence) auront une priorité élevée pour l'immunisation lorsque le vaccin sera disponible (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

### 2. Pratiques de prévention de l'infection

Les travailleurs des services de secours d'urgence doivent suivre les pratiques de base de contrôle des infections<sup>5,63,64</sup>. Tout le sang et les sécrétions corporelles des patients doivent être considérés comme étant infectieux et il faut utiliser en conséquence l'équipement de protection individuelle et les techniques de protection.

Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie. Voici un résumé des pratiques de base :

#### a) Hygiène des mains

- i. La conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'Appendice III. **AII**
- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des individus chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'en être atteints, ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat. **AII**
- iii. Les rince-mains antiseptiques sans eau sont supérieurs au savon et à l'eau pour réduire la contamination des mains<sup>65-68</sup> et doivent être mis à la disposition du personnel en tant que solution de remplacement pour le lavage des mains. Les rince-mains antiseptiques sont particulièrement utiles lorsque le temps pour se laver les mains ou l'accès à des éviers est limité. **BIII**
- iv. Lorsqu'il y a des souillures visibles, il faut se laver les mains au savon et à l'eau avant d'utiliser un rince-mains antiseptique sans eau. S'il n'y a ni eau ni savon, il faut d'abord se nettoyer les mains avec des serviettes imprégnées de détergent. **BIII**
- v. Le port de gants n'élimine pas la nécessité d'observer les mesures d'hygiène des mains après que les services ont été prodigués. Dès qu'on le peut, il faut se laver les mains après avoir retiré les gants. **AI**

b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Les fournisseurs des secours d'urgence doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antiseptie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

c) Équipement de protection individuelle

i. Masques

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic.

**BIII**

3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate<sup>9,44,45</sup>.

**BIII**

4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.

5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif.

**AIII**

2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de patients infectés aux travailleurs de la santé.

**AII**

3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains doivent **absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients.

**AII**

4. **Il faut utiliser des gants comme mesure additionnelle**, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains<sup>46,47</sup>.

**AII**

5. Les gants ne doivent pas être réutilisés ni lavés<sup>47</sup>.

**AII**

iii. Blouses

1. **Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux patients atteints du SG.**

**AI**

2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions<sup>9,45</sup>.

**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée est couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

**BIII**

d) Triage des patients

Lorsque cela est faisable, le personnel chargé de répondre aux appels d'urgence ayant trait au syndrome grippal (SG) devrait trier les patients conformément à l'Outil d'évaluation du SG (voir l'Appendice IV).

**AIII**

e) Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie, déchets)

i. Les fournisseurs de secours d'urgence doivent suivre les recommandations visant l'entretien ménager, la buanderie et la gestion des déchets tel que décrit dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup> et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>.

**AIII**

ii. L'équipement et les surfaces contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre patient.

**BIII**

iii. Il n'est pas nécessaire de suivre des mesures particulières de manutention de la literie et des déchets contaminés par les sécrétions de patients soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée.

**AII**

f) Équipement utilisé dans les soins aux patients (nettoyage, désinfection, stérilisation)

i. Les fournisseurs de secours d'urgence doivent suivre les recommandations visant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux patients tel que décrit dans le Guide de Prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup> et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup>.

**AIII**

## 5.2 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements mortuaires

Le risque de transmission de l'influenza aux travailleurs des services funéraires passe par leur contact avec les familles et les amis du défunt, mais pas avec la dépouille proprement dite. La manipulation d'une dépouille d'une personne que l'on soupçonne d'être décédée des suites de l'influenza ou dont le décès de l'influenza est confirmée ne pose aucun risque supplémentaire de transmission de l'influenza aux travailleurs des maisons funéraires. Les dépouilles des morts (soupçonnés d'être décédés de l'influenza ou dont l'influenza a été confirmée comme cause de décès au cours d'années interpandémiques ou pandémiques) ne nécessitent qu'une manipulation habituelle. Les recommandations sur la prévention des infections pour la profession des services funéraires ont été publiées<sup>9,69</sup>.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre l'influenza pandémique. Pour empêcher au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections.

### Recommandations

#### A. Planification contre l'influenza pandémique

1. La direction doit veiller à attribuer la responsabilité du contrôle de l'infection et de la santé au travail à une personne en particulier dans les établissements mortuaires; préférablement à une personne qui a déjà eu une formation professionnelle.
2. La direction doit élaborer un plan de lutte contre l'influenza pandémique et le revoir annuellement. En outre, un plan de lutte contre l'influenza pandémique doit être élaboré tel que décrit à la section 3.1 et revu tous les trois ans.
3. La direction doit dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.

**AIII**

#### B. Prévention de l'influenza pandémique

##### *Immunisation/chimioprophylaxie*

1. Au cours des premières phases de la pandémie, les vaccins et les antiviraux ne seront peut-être pas disponibles. Les travailleurs essentiels (y compris les travailleurs des services funéraires) auront une priorité élevée pour l'immunisation lorsque le vaccin sera disponible (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

##### *Pratiques de prévention de l'infection*

1. Les travailleurs des services funéraires doivent suivre les pratiques de base de contrôle des infections<sup>9,69</sup> en manipulant tous les corps des défunts, peu importe la cause confirmée ou soupçonnée du décès. Tout le sang et les sécrétions corporelles des patients doivent être considérés comme étant infectieux et il faut utiliser en conséquence l'équipement de protection individuelle et les techniques de protection.

**AIII**

a) Hygiène des mains

- i. La conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'Appendice III.

**AII**

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des individus chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'en être atteints, ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Les travailleurs des services funéraires doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

c) Équipement de protection individuelle

i. Masques

1. Il n'est pas nécessaire de porter un masque pour minimiser la transmission de l'influenza lorsqu'on manipule des dépouilles de personnes soupçonnées d'être décédées suite à l'influenza ou dont la cause confirmée du décès est l'influenza au cours d'une pandémie.
2. Il n'est ni pratique ni utile de porter un masque lorsqu'on fait face à des personnes qui toussent afin de prévenir la transmission de l'influenza au cours d'une pandémie lorsque la transmission est entrée dans la communauté.

**BIII**

**BIII**

## **5.3 Gestion de l'influenza pandémique dans les services de garderie**

Les maladies infectieuses se déclarent à une fréquence accrue dans les services de garderie. L'incidence est influencée par l'âge et l'immunité des enfants, le nombre d'enfants et la taille du groupe, le degré de contacts étroits entre les enfants et le personnel, ainsi que les habitudes des enfants et du personnel en matière d'hygiène. Les infections acquises dans les services de garderie peuvent se propager au personnel, aux membres de la famille et à la communauté.

L'influenza dans les services de garderie peut être importante parce que l'excrétion du virus dans les sécrétions nasales se poursuit habituellement pendant environ sept jours après l'apparition de la maladie et peut être plus prolongée chez les enfants en bas âge<sup>23</sup>. Les taux d'atteinte de l'influenza chez les enfants sains sont estimés être de 10 % à 40 % chaque année, dont environ 1 % nécessitent une hospitalisation.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre une pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les services de garderie, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

## Recommandations

### *Planification contre l'influenza pandémique*

1. Il faut désigner une personne dans le programme comme responsable du programme de contrôle de l'infection<sup>70</sup> et de santé au travail. **AIII**
2. La direction doit élaborer un plan de lutte contre l'influenza pandémique et le revoir annuellement. En outre, un plan de lutte contre l'influenza pandémique doit être élaboré tel que décrit à la section 3.1 et revu tous les trois ans.
3. La direction doit dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.2.

### *Contrôle de l'influenza pandémique*

#### **A. Immunisation/chimioprophylaxie**

1. Dans les premières phases d'une pandémie, les vaccins et les antiviraux ne sont peut-être pas facilement disponibles. (Voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.)

#### **B. Pratiques de contrôle de l'infection**

1. Les travailleurs de garderie doivent suivre les pratiques de base de prévention des infections<sup>71-77</sup> notamment les procédures visant le lavage des jouets.
  - a) Hygiène des mains
    1. Les travailleurs, les enfants et leurs familles doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'Appendice III. **AII**
    2. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des patients/travailleurs de la santé atteints du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat. **AII**
  - b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza
    1. Les travailleurs, les enfants et leurs familles doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire

l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antiseptie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

c) Masques

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'enfants/individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

d) Gestion du personnel/enfants

Les garderies peuvent être fermées selon l'épidémiologie de la souche pandémique, c.-à-d., la gravité de l'infection, les taux élevés d'atteinte et les complications graves (voir la section 5).

1. Enfants :

- a. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie a été déclarée (voir l'Appendice II), ne pas envoyer les enfants en garderie dans la mesure du possible jusqu'à ce que la phase pandémique soit terminée, que l'enfant soit rétabli du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) ou que la pandémie soit terminée dans la garderie.
- b. Il ne faut pas envoyer à la garderie des enfants qui présentent des signes du SG et il convient d'aviser la garderie de la raison de leur absence (à moins que la pandémie ne soit déjà passée dans la garderie).
- c. Il ne faut pas envoyer à la garderie les enfants qui ont été exposés au cours des trois derniers jours à une personne atteinte du SG (à moins que la pandémie ne soit déjà passée dans la garderie).

**AIII**

2. Personnel :

- a) Informer les autorités de la santé publique des absences du personnel imputables au SG.
- b) De façon idéale, le personnel atteint du SG ne doit pas se présenter au travail avant que les symptômes n'aient disparus.

**AIII**

## **5.4** Gestion de l'influenza pandémique dans les écoles et les résidences d'étudiants

Le risque de transmission de l'influenza dans les écoles peut s'accroître si les classes sont surchargées, si la ventilation n'est pas bonne et que l'on n'insiste pas beaucoup sur les pratiques d'hygiène. La vie en dortoir accroît ce risque en raison de l'accroissement de ceux qui sont considérés comme des contacts de résidence.

## Recommandations

### a) Planification contre l'influenza pandémique

1. Les services de santé dans les lieux de résidences doivent mettre au point un plan interpandémique de lutte contre l'influenza et le revoir chaque année. En outre, il faut élaborer un plan de lutte contre la pandémie d'influenza, tel que décrit à la section 3.1 et le réviser tous les trois ans.

Une éducation doit être dispensée, tel que décrit à la section 4.2.

### b) Contrôle de l'influenza pandémique

#### 1. Immunisation/chimioprophylaxie

Dans les premières phases de la pandémie, il est possible que les vaccins et les antiviraux ne soient pas facilement disponibles. (Voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.)

#### 2. Pratiques de contrôle de l'infection

##### a. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Le personnel, les étudiants et les membres de leurs résidences doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie. Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'Appendice III.

**AII**

- ii. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antisepsie des mains après un contact direct avec des personnes atteintes du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

- iii. Le personnel, les étudiants et les membres de leurs résidences doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AI**

##### b. Masques

- i. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

##### c. Gestion du personnel/étudiants

- i. Les écoles peuvent être fermées suivant l'épidémiologie de la souche pandémique, par exemple la gravité de l'infection, les taux élevés d'atteinte et les complications graves (voir la section 5).

**AIII**

- ii. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut envisager les mesures suivantes :

#### *Étudiants*

- i. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée, il faut éviter si possible d'envoyer les étudiants à l'école jusqu'à ce que la phase pandémique soit terminée, que l'étudiant soit rétabli du SG ou que la pandémie soit déjà passée à l'école.
- ii. Il ne faut pas envoyer à l'école les étudiants qui ont été exposés au cours des trois derniers jours à des personnes atteintes du SG, à moins que la pandémie soit déjà passée à l'école/la résidence.
- iii. Il ne faut pas envoyer à l'école les étudiants qui présentent des signes de SG (à moins que la pandémie soit déjà passée à l'école) et il faut aviser l'école de la raison de leur absence.
- iv. Les étudiants sains doivent éviter d'être en contact avec des étudiants atteints du SG (p. ex., ne pas faire de visite dans des chambres d'étudiants symptomatiques).

**AIII**

#### *Personnel*

- i. Informer les autorités de la santé publique des absences imputables au SG.
- ii. De façon idéale, le personnel atteint du SG ne doit pas se présenter au travail avant que ses symptômes aient disparu.

**AIII**

#### *Services de santé en résidence*

- i. Évaluer les étudiants symptomatiques conformément à l'Outil d'évaluation du SG (voir à l'Appendice IV).
- ii. Inciter les étudiants atteints du SG qui se sentent suffisamment bien de demeurer dans leur chambre pendant qu'ils sont symptomatiques (c.-à-d., de ne pas se rassembler dans des lieux communs).

**AIII**

## **5.5 Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de travail**

### ***Planification contre l'influenza pandémique***

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.2 de la Partie A.

### ***Contrôle de l'influenza pandémique***

#### **A. Immunisation/chimioprophylaxie**

1. Le grand public ne disposera pas d'immunisation au cours des premières phases de la pandémie. (voir l'Annexe D du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

#### **B. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza**

1. Les travailleurs et leurs contacts ménagers doivent prendre en compte que la conformité envers les recommandations concernant le lavage des mains/antiseptie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive

disponible au cours d'une pandémie. Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'Appendice III.

**AII**

2. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antisepsie des mains après un contact direct avec des personnes chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'en être atteintes et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.
3. Les travailleurs et leurs contacts ménagers doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AII**

**AIII**

### **Masques**

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

**BIII**

### **Éducation**

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.2 de la Partie A.

## **5.6 Gestion de l'influenza pandémique dans les refuges**

Le risque de transmission de l'influenza dans un refuge au cours d'une pandémie sera élevé en raison des conditions de grand encombrement physique, de la mauvaise santé et d'une hygiène inadéquate des clients, ainsi que d'une priorité réduite pour l'immunisation ou la chimioprophylaxie dans cette population.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre l'influenza pandémique. Afin de prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans le refuge, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, au cours d'une pandémie, il est impératif de suivre les pratiques hygiéniques et de promouvoir le lavage des mains. Des lignes directrices pour le contrôle des infections dans les refuges ont été publiées<sup>78-81</sup>.

## **Recommandations**

### **Planification contre l'influenza pandémique**

1. Désigner une personne en charge du programme de contrôle des infections<sup>78,80</sup> et établir une liaison avec les services de santé publique locaux. Le programme doit prévenir ou réduire au minimum la manifestation et la transmission de maladies contagieuses comme l'influenza<sup>79, 81</sup>.
2. Un plan interpandémique de lutte contre l'influenza doit être élaboré et revu chaque année. En outre, un Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie doit être élaboré, tel que décrit à la section 3.1 et révisé tous les trois ans.

**AIII**

3. Les refuges qui sont en cours de planification doivent porter une attention particulière au nombre et à l'emplacement des lavabos ainsi qu'aux méthodes visant à réduire l'encombrement<sup>80,81</sup>.

**AIII**

4. Dispenser de l'éducation, tel que décrit à la section 4.2.

## ***Contrôle de l'influenza pandémique***

### **A. Immunisation/chimioprophylaxie**

1. L'immunisation ne sera peut-être pas facilement disponible dans ces établissements au cours des premières phases de la pandémie (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

### **B. Pratiques de contrôle de l'infection**

Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

1. Les travailleurs et les clients doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/antiseptie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie.

Lorsqu'on planifie en fonction d'une pandémie, il faut prendre des dispositions pour faire une priorité de la provision suffisante de produits d'hygiène des mains car il y aura peut-être une interruption de l'approvisionnement ou des pénuries de savon et de serviettes.

Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'Appendice III.

**AII**

2. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antiseptie des mains après un contact direct avec des individus atteints du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'Appendice IV) et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

3. Les travailleurs et les clients doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antiseptie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AII**

#### ***Masques***

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté (voir aussi la section 2.6).

**BIII**

#### ***Triage***

1. Les clients et les travailleurs atteints du syndrome grippal doivent être évalués en se servant de l'Outil d'évaluation du SG (voir l'Appendice IV).

**AIII**

## 5.7 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements correctionnels

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre une pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

### *Planification contre l'influenza pandémique*

1. Désigner une personne qui sera chargée du programme de contrôle de l'infection et établir une liaison avec les autorités sanitaires locales. Le programme doit prévenir ou réduire au minimum la manifestation et la transmission de maladies contagieuses comme l'influenza. **AIII**
2. Un plan interpandémique de lutte contre l'influenza doit être élaboré et revu chaque année. En outre, un Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie doit être élaboré, tel que décrit à la section 3.1 et révisé tous les trois ans. **AIII**
3. Voir la section 3.5 pour la gestion de la santé au travail à l'intention des travailleurs des services correctionnels. **AIII**
4. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'Appendice II), il faut dispenser de l'éducation supplémentaire aux travailleurs de la santé et aux détenus, tel que décrit à la section 4.0. **AIII**

### *Contrôle de l'influenza pandémique*

#### **A. Immunisation/chimioprophylaxie**

1. Au cours des premières phases de la pandémie, les vaccins et les antiviraux ne seront peut-être pas disponibles. Les travailleurs des services essentiels (y compris les agents des services correctionnels) auront une priorité élevée pour l'immunisation lorsque le vaccin sera disponible (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

#### **B. Pratiques de prévention de l'infection**

1. Respecter les recommandations sur le contrôle des infections qui ont été publiées pour les établissements correctionnels. **AIII**

### *Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza*

1. Les travailleurs et les détenus doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/antiseptie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et peut être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie.

Lorsqu'on planifie en fonction d'une pandémie, l'administration doit prendre des dispositions pour faire une priorité de la provision suffisante de produits d'hygiène des mains car il y aura peut-être une interruption de l'approvisionnement ou des pénuries de savon et de serviettes. Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'Appendice III.

**AII**

2. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antisepsie des mains après un contact direct avec des individus chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'en être atteints et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

3. Les travailleurs et les détenus doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

### ***Masques***

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté (voir aussi la section 2.6).

**BIII**

### ***Triage/regroupement***

1. Procurer un lieu de triage distinct pour évaluer les détenus et les travailleurs atteints du SG (voir le glossaire) conformément à l'Outil d'évaluation du SG (voir l'Appendice IV).

**BIII**

2. Regrouper les détenus atteints du SG chaque fois que cela est possible. Il faut insister sur une bonne hygiène.

**BIII**

### ***Visiteurs***

1. Les visiteurs atteints d'une maladie respiratoire fébrile doivent être incités à ne pas faire de visite s'il n'y a pas d'activité pandémique dans l'établissement.

**AIII**

2. Les visiteurs doivent être informés de l'activité pandémique dans l'établissement et être incités à ne pas faire de visite à moins qu'ils ne se soient rétablis de leur SG ou qu'ils aient été immunisés contre la souche d'influenza pandémique.

**AIII**

# Prévention des infections et santé au travail dans les lieux de triage lors d'une pandémie d'influenza

## 1.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de triage

Dès la déclaration de la Phase 2 d'une pandémie selon l'OMS (voir l'Appendice II), des lieux de triage seront établis dans des endroits prévus d'avance par le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Le but des lieux de triage est de faciliter une évaluation efficace et cohérente des personnes atteintes du syndrome grippal (SG) (voir le glossaire pour les définitions et l'Appendice IV pour un outil d'évaluation du SG).

Il est important de remarquer que le virus de l'influenza peut survivre sur les mains pendant cinq minutes après le transfert de surfaces environnementales<sup>14</sup>. **On ne peut trop insister sur l'importance du lavage des mains/antisepsie des mains au cours d'une pandémie. Voir l'Appendice III.** Le lavage des mains/antisepsie des mains est la méthode la plus importante pour prévenir la transmission de l'infection, y compris de l'influenza et elle sera encore plus importante en raison de l'indisponibilité du vaccin antigrippal et de la prophylaxie antivirale précoce, pendant ou même tard dans une pandémie.

Il existe des preuves que le surpeuplement peut contribuer à la transmission d'infections transmises par les voies respiratoires<sup>82</sup>. Le surpeuplement et le fait de respirer de l'air recyclé a été identifié comme étant l'un des facteurs de risque de la transmission de l'influenza dans un avion au sol<sup>18</sup> et dans des établissements de soins prolongés<sup>83</sup>.

## Recommandations

### 1.1 Prévention de l'influenza pandémique

#### A. Immunisation et antiviraux

Suivre les recommandations concernant les vaccins et les antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

### 1.2 Contrôle de l'influenza pandémique

#### A. Installations physiques

1. Lorsque la phase 2 d'une pandémie se manifeste (voir l'Appendice II), ouvrir les lieux de triage dans les hôpitaux et les emplacements communautaires, tel que préétabli dans la section du Plan traitant de l'état de préparation.

AIII

2. Lorsque l'on planifie l'emplacement des lieux de triage, insister sur la nécessité d'une séparation spatiale entre les patients, ceux qui les accompagnent et ceux qui prodiguent des soins/travailleurs affectés au triage.

**AII**

a. De façon idéale, les lieux de triage devraient n'être placés que dans un endroit pourvu d'un système de ventilation bien entretenu.

**AII**

b. Éviter le surpeuplement dans les lieux de triage en assurant suffisamment d'espace entre les lieux d'attente et d'évaluation de manière à maintenir une séparation spatiale d'au moins un mètre.

**AII**

c. Envisager la nécessité d'un lieu distinct pour l'entreposage temporaire des corps des personnes décédées.

**AIII**

## **B. Gestion du personnel**

1. Suivre les recommandations de la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

2. Offrir une éducation selon la section 4.1 de la Partie A.

## **C. Pratiques de prévention des infections**

1. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza :

a. Les patients, le personnel et les visiteurs peuvent réduire au minimum la transmission de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire en utilisant un papier-mouchoir à usage unique jetable pour s'essuyer le nez, en se couvrant le nez et la bouche lorsqu'ils éternuent et toussent, en se lavant les mains/antiseptique des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé un papier-mouchoir et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

b. Les lieux de triage doivent suivre les lignes directrices publiées afin de prévenir les infections nosocomiales<sup>6,9,84</sup>. Les pratiques de prévention des infections adaptées à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup> et *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup> sont résumées ci-dessous :

2. Hygiène des mains

a. Le personnel, les patients et les visiteurs devraient prendre en compte que le respect rigoureux des recommandations visant l'hygiène des mains est la pierre angulaire de la prévention des infections et est peut-être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie. Les procédures d'hygiène des mains devraient être renforcées selon l'Appendice III.

**AII**

b. Les mains devraient être lavées ou l'antiseptique des mains devrait être accomplie après un contact direct avec des patients atteints de SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles et leur environnement immédiat.

**AII**

c. De façon idéale, des installations de lavage des mains devraient être situées de façon pratique dans le lieu de triage. Les éviers, les lavabos pour se laver les mains ne devraient être utilisés qu'à cette fin et pour aucune autre raison, par exemple comme un lavabo utilitaire. Il devrait y avoir un accès à une provision suffisante et les distributeurs de savon et de serviettes devraient fonctionner convenablement, ou l'on devrait utiliser de façon généreuse des agents antiseptiques sans eau pour les mains<sup>85-87</sup>.

**BII**

d. On peut utiliser du savon ordinaire pour se laver les mains de façon courante<sup>88,89</sup>.

**BII**

e. L'antisepsie des mains avec un savon antiseptique ou un rince-mains antiseptique est indiquée<sup>88,90</sup> avant d'accomplir des procédures effractives telles que l'insertion d'une intraveineuse (la technique de protection maximale est requise en plus de l'antisepsie des mains pour l'insertion des cathéters centraux).

**BIII**

f. Lorsque l'accès à des lavabos est limité, il faut utiliser des rince-mains antiseptiques. Les rince-mains antiseptiques sans eau sont supérieurs au savon et à l'eau pour réduire la contamination des mains<sup>66-68,91</sup> et devraient être mis à la disposition des utilisateurs.

**AIII**

g. Lorsqu'il y a des souillures visibles, les mains devraient être lavées au savon et à l'eau avant d'utiliser un rince-mains antiseptique sans eau. À défaut de savon et d'eau, les laver d'abord avec des lingettes imprégnées de détergent<sup>92</sup>.

**BIII**

h. Les travailleurs de la santé peuvent réduire leur fréquence de lavage des mains requise en minimisant les contacts directs non nécessaires avec les patients et leur environnement immédiat.

**BIII**

i. Il faut se laver les mains<sup>93,94</sup> :

i. entre chaque patient;

ii. après un contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions (p. ex., des sécrétions respiratoires);

iii. après un contact avec des articles reconnus comme contaminés ou qui sont considérés comme vraisemblablement contaminés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions (p. ex., des sécrétions respiratoires) ou des excréctions;

iv. immédiatement après avoir retiré les gants<sup>46</sup>;

v. entre certaines procédures sur le même patient lorsque l'on risque de se souiller les mains afin d'éviter la contamination croisée de sites corporels<sup>91,95</sup>;

vi. lorsque les mains sont visiblement souillées.

**AII**

j. On peut utiliser une lotion pour mains afin d'éviter d'endommager la peau en raison des lavages fréquents<sup>96</sup>. La lotion devrait être fournie dans des sacs jetables dans des récipients muraux près des lavabos ou dans de petits récipients non remplissables afin d'éviter la contamination du produit. La gestion/manipulation inappropriée des lotions pour la peau destinées aux patients et aux fournisseurs de soins ont été déclarées comme étant des sources d'écllosion d'influenza<sup>97-101</sup>.

**BII**

- k. Les produits liquide de lavage des mains devraient être entreposés dans des réceptacles fermés et distribués soit à partir de réceptacles jetables soit de réceptacles qui sont lavés et séchés à fond avant d'être réapprovisionnés.

**AII**

### 3. Équipement de protection individuelle

#### a. Masques, lunettes de protection et écrans faciaux

- i. Le personnel du triage devrait porter des masques et des lunettes de protection ou des écrans faciaux pour prévenir la transmission de l'influenza lorsqu'il se trouve en face de personnes qui subissent une évaluation de SG.

**BIII**

- ii. Le personnel du triage devrait porter des masques et des lunettes de protection ou des écrans faciaux afin de prévenir leur exposition aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréctions. À cette fin, on estime que les masques opératoires/chirurgicaux offrent une protection adéquate<sup>9,44,45</sup>.

**BIII**

- iii. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin d'éviter l'auto-contamination avec des agents pathogènes.

- iv. Le personnel du triage devrait porter des masques afin de prévenir l'infection d'autres organismes lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais n'ont pas été diagnostiqués.

**BIII**

- v. Les masques doivent être portés comme il est décrit à la section 2.6.

#### b. Gants

- i. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser des soins de base aux patients que l'on soupçonne d'être grippés ou chez qui l'influenza est confirmée. Un lavage méticuleux des mains au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rendra le virus inactif.

**AIII**

- ii. L'utilisation appropriée de gants propres non stériles comprend les cas suivants<sup>9,44,102-105</sup> :

- a. lors du contact avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions (p. ex., les sécrétions respiratoires) et les excréctions, les muqueuses, les plaies par exérèse ou la peau non intacte (lésions ouvertes ou éruptions exsudatives);
- b. lorsqu'on manipule des articles visiblement souillés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions (p. ex., des sécrétions respiratoires) et des excréctions;
- c. lorsque le travailleur de la santé a des lésions cutanées ouvertes sur les mains.

**AII**

- iii. Il faut utiliser les gants comme mesure additionnelle; ils ne remplacent pas le lavage des mains<sup>46,47</sup>.

**BII**

- iv. Lorsque cela est indiqué, les gants doivent être enfilés directement avant le contact avec le patient ou avant la procédure nécessitant leur port<sup>9,95,106,107</sup>.

**AII**

v. Les gants qui peuvent être contaminés doivent être enlevés et jetés immédiatement après la fin des soins, de l'intervention ou de la tâche particulière, au lieu d'utilisation avant de toucher une surface environnante propre (p. ex., les glycomètres, les thermomètres ou les brassards de tensiomètres)<sup>46,95,106-108</sup>.

**AII**

vi. Se laver les mains immédiatement après avoir retiré les gants<sup>46,47</sup>.

**AII**

vii. Les gants jetables à usage unique ne doivent pas être réutilisés ni lavés<sup>46</sup>.

**AII**

#### c. Blouses

i. Il n'est pas nécessaire de porter une blouse pour dispenser les soins de base aux patients que l'on soupçonne d'être grippés ou chez qui l'influenza est confirmée.

**AI**

ii. Il ne faut porter une blouse que pour protéger la peau découverte et éviter de salir des vêtements au cours des interventions et des activités de soins aux patients susceptibles de produire des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions<sup>9,45</sup>.

**BIII**

iii. Les travailleurs de la santé devraient s'assurer que toute zone/lésion ouverte sur les avant-bras ou la peau exposée est couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède le plus tôt possible.

**BIII**

#### 4. Contrôle environnemental (équipement de soins aux patients, entretien ménager, buanderie et déchets)

Le virus de l'influenza survit bien dans l'environnement et les patients peuvent contaminer leur environnement par des sécrétions respiratoires. Sur les surfaces poreuses, le virus peut survivre pendant 24 à 48 heures, peut être transféré des mains et survivre pendant cinq minutes<sup>14</sup>.

L'équipement et les surfaces (p. ex., les bureaux, les accoudoirs, etc.) contaminés par des sécrétions de patients que l'on soupçonne d'avoir l'influenza ou dont l'influenza est confirmée devraient être nettoyés avant d'être utilisés par un autre patient.

#### **Recommandations**

##### a. Processus

i. Les organismes d'attache « doivent fournir une personne compétente dûment formée pour assumer la responsabilité du nettoyage de l'équipement de soins aux patients, des services d'entretien ménager, de la buanderie et des services de déchets ». S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou faire fonctionner les lieux de triage, on prévoit qu'un autre organisme assumera cette responsabilité.

**AIII**

ii. Il n'est pas recommandé de traiter de nouveau (c.-à-d., de désinfecter ou de stériliser) l'équipement dans le lieu de triage, mais si l'on envisage de le faire, l'organisme « d'attache » doit fournir une personne compétente dûment formée afin de prendre en charge les processus. Si l'équipement souillé doit être transporté en vue de sa désinfection ou stérilisation, l'organisme d'attache doit élaborer des procédés visant à séparer

l'équipement souillé de celui qui est propre/stérile et une manutention/transport sûr de l'équipement contaminé.

**AIII**

iii. Il faut établir des procédures pour attribuer des responsabilités et une imputabilité à l'égard du nettoyage de base de tout l'équipement servant aux soins aux patients<sup>109-112</sup> et aux services d'entretien ménager.

**BIII**

iv. Il est fortement recommandé de ne pas réutiliser les articles à usage unique.

**AII**

b. Nettoyage, désinfection et entreposage de l'équipement de soins aux patients

i. L'équipement qui touche la peau intacte des patients doit être propre. L'équipement qui est partagé doit être nettoyé entre chaque patient. Il faut utiliser un germicide de qualité hospitalière pour le nettoyage courant. Voir l'Appendice V, Tableau A, Procédures de nettoyage pour des articles courants.

**BIII**

ii. L'équipement qui est visiblement souillé doit être nettoyé sans délai.

**BIII**

iii. L'équipement souillé doit être manipulé de manière à prévenir l'exposition de la peau et des muqueuses et la contamination des vêtements et de l'environnement.

**BIII**

iv. L'équipement réutilisable qui touche des muqueuses, par exemple celui utilisé lors de l'inhalothérapie<sup>1</sup> ou celui qui est en contact avec la peau non intacte devrait être mis de côté ou désinfecté à un niveau élevé approprié entre les patients<sup>3,113-116</sup>.

**AIII**

v. L'équipement réutilisable doit être nettoyé à fond (lavé à l'eau savonneuse chaude en utilisant un nettoyeur enzymatique), rincé et séché avant la désinfection ou la stérilisation<sup>117</sup>.

**AII**

vi. Il faut suivre les recommandations écrites du fabricant au sujet de l'utilisation du désinfectant.

vii. Seuls les désinfectants portant une mention DIN (désinfectant dont l'utilisation est homologuée au Canada) doivent être utilisés.

viii. Les articles que l'on reçoit en état stérile doivent le demeurer jusqu'à leur emploi<sup>118-120</sup>.

**AII**

ix. Les fournitures stériles et propres doivent être entreposées dans un endroit propre et sec.

**AII**

c. Entretien ménager

i. Les surfaces qui sont fréquemment touchées par les mains (c.-à-d., contaminées) des personnes qui prodiguent des soins de santé et des patients/résidents/clients, comme les surfaces de l'équipement médical et les boutons de réglage ou d'ouverture, doivent être nettoyées au moins deux fois par jour et lorsque l'on sait qu'ils sont contaminés, c.-à-d., après l'emploi<sup>121-123</sup>.

**BIII**

ii. Un nettoyage soigneux et vigoureux des surfaces de l'environnement est un moyen efficace d'éliminer de nombreux contaminants des surfaces.

**AII**

iii. Une barrière (feuille ou papier) doit être placée sur la table d'examen ou d'intervention et changée entre chaque patient. On peut également nettoyer la table entre chaque patient.

**BIII**

d. Lingerie

i. Lorsqu'on utilise de la lingerie réutilisable, il faut la changer entre les patients. Il n'est pas nécessaire de suivre des directives particulières pour manipuler la lingerie contaminée par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée.

**AII**

e. Déchets

i. Il n'est pas nécessaire de suivre des recommandations spéciales pour la manutention des déchets contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée.

**AII**

ii. Les aiguilles usagées et autres instruments acérés doivent être manipulés avec soin afin d'éviter les blessures lorsqu'on les jette ou les remet en service. Les articles acérés utilisés doivent être éliminés dans des contenants désignés à cet effet et résistants aux perforations placés à proximité de leur lieu d'utilisation<sup>9,124,125</sup>.

**AIII**

5. Soins des personnes décédées

Lorsque l'on manipule les dépouilles de personnes qui sont décédées des suites de l'influenza, il suffit de suivre les pratiques de base de prévention des infections. Il n'y a pas de risque supplémentaire de transmission de l'infection grippale.

**Recommandations**

i. On recommande fortement de suivre les pratiques de base de prévention des infections visant le lavage des mains/l'hygiène des mains, l'utilisation de masques, lunettes de protection/écrans faciaux, gants, blouses, comme décrit précédemment, lorsque l'on manipule une dépouille.

**AIII**

ii. La dépouille doit être placée dans une housse mortuaire ou enveloppée dans un drap lorsqu'une telle housse n'est pas disponible et gardée de préférence dans un endroit frais et sec jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par les services funéraires.

**AIII**

## **2.0 Gestion de l'influenza pandémique par l'autosoins (soins fournis par le malade même, sa famille, des amis ou des bénévoles)**

Lors d'une pandémie d'influenza, les personnes présentant un syndrome grippal (SG) qui ont été examinées et jugées assez bien portantes seront couramment soignées à domicile. Les soins peuvent être fournis par le malade même, sa famille, ses voisins ou des bénévoles. Ainsi, afin de prévenir la transmission d'autres infections (notamment les agents pathogènes transmis par le sang), ces personnes devront suivre des pratiques de base pour la prestation de soins à domicile.

Il est important de remarquer que le virus de l'influenza peut survivre sur les mains pendant cinq minutes après le transfert de surfaces environnementales<sup>14</sup>. **On ne peut trop insister sur l'importance du lavage des mains/antiseptie des mains au cours d'une pandémie.** Voir l'Appendice III. Le lavage des mains/antiseptie des mains est la méthode la plus importante pour prévenir la transmission de l'infection, y compris de l'influenza, et elle sera encore plus importante en raison de l'indisponibilité du vaccin antigrippal et de la prophylaxie antivirale précoce, pendant ou même tard dans une pandémie.

## Recommandations

### 2.1 Prévention de l'influenza pandémique

#### A. Immunisation et antiviraux

Suivre les recommandations concernant les vaccins et antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, qui sont énoncées dans les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

### 2.2 Contrôle de l'influenza pandémique

#### A. Installations physiques

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie se manifeste (voir l'Appendice II), on ouvrira des lieux de triage, comme l'indique la section du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza traitant de l'état de préparation. Les patients atteints du syndrome grippal (SG) (voir l'outil d'évaluation du SG, l'Appendice IV) recevront des directives d'autosoins, s'ils ne sont pas dirigés vers un hôpital ou des lieux temporaires destinés aux personnes souffrant d'influenza.

**AIII**

2. À domicile, il est recommandé de se maintenir à une distance d'au moins un mètre avec le patient, à moins qu'il ne soit nécessaire de lui prodiguer des soins directs. Si possible, la personne atteinte du SG (voir le glossaire) devrait rester dans sa chambre.

**BII**

3. Dans les ménages où il faut également fournir des soins à des personnes non atteintes du SG (p. ex., un enfant en bas âge ou une personne âgée ou immunodéprimée), il est important de soigner celles-ci avant de prendre soin des personnes présentant un SG.

**AIII**

#### B. Gestion des personnes œuvrant dans le domaine des autosoins

1. Fournir la formation décrite à la section 4.2 de la Partie A.

#### C. Pratiques de prévention des infections

Pour prévenir la transmission des infections, les fournisseurs de soins devraient suivre les recommandations suivantes qui s'inspirent des guides intitulés *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup> et *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*<sup>3</sup>.

## 1. Lavage et hygiène des mains

- a. Se laver les mains avant et après chaque soin donné à une personne atteinte du SG. Voir l'appendice III. **AII**
- b. On peut se laver les mains<sup>88,89</sup> avec du savon ordinaire. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un savon antiseptique. **BII**
- c. Après usage, conserver le savon en pain de façon à ce qu'il puisse sécher. Conserver les savons liquides pour mains dans un contenant fermé et propre et en verser, au besoin, dans un distributeur à usage unique ou qui a été préalablement lavé et séché à fond avant d'être rempli. **AII**
- d. N'utiliser un savon antiseptique sans eau pour l'hygiène des mains qu'en l'absence d'installations pour le lavage des mains (lavabo et eau courante)<sup>66-68,91</sup>. Si les mains sont visiblement sales, les essuyer avec des lingettes avant de les laver au savon antiseptique<sup>92</sup>. **AI**

## 2. Équipement de protection individuelle

- a. Masques, lunettes de protection et écrans faciaux
  - i. Les masques sont inutiles pour prévenir la transmission de l'influenza, si celle-ci s'est déjà propagée dans la collectivité. **BIII**
  - ii. Porter un masque, des lunettes de protection ou un écran facial pour protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche, lors d'interventions et de prestation de soins susceptibles de provoquer des éclaboussures ou le jaillissement de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions<sup>9,44,45</sup>. **BIII**
  - iii. Éviter de se toucher les yeux avec les mains afin d'éviter de se contaminer avec des agents pathogènes.
  - iv. Porter un masque selon les directives énoncées à la section 2.6.
- b. Gants
  - i. Il n'est pas couramment nécessaire de porter des gants pour soigner une personne atteinte du SG. Le lavage des mains suffit. **AIII**
  - ii. Le port de gants est une mesure additionnelle pour éviter de se salir les mains avec des sécrétions et des excréments, mais il ne dispense pas de l'obligation de se les laver. **AIII**
  - iii. Les personnes devraient éviter de toucher les muqueuses de leurs yeux et de leur bouche avec leurs mains, surtout lorsqu'elles fournissent des soins à des personnes atteintes du SG. **AIII**
  - iv. On peut se servir de gants de vaisselle ou de ménage à la place de gants médicaux à usage unique. Ils ne doivent être utilisés que par une seule personne. Il faut les laver et les sécher après chaque usage. **AIII**

v. Les gants médicaux jetables à usage unique ne doivent pas être lavés ni réutilisés<sup>47</sup>.

**AII**

vi. Les sacs en plastique à usage unique peuvent être utilisés comme gants pour protéger les mains contre les grosses souillures.

**AIII**

vii. Le port de gants propres non stériles convient notamment pour<sup>9,44,102,103,105</sup> :

- a. éviter tout contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions et excréments, des muqueuses et des plaies par exérèse ou peau non intacte (lésions ouvertes ou éruptions exsudatives);
- b. manipuler des articles visiblement souillés de sang, de liquides organiques, de sécrétions et d'excréments;
- c. permettre à un fournisseur de soins ayant des lésions cutanées ouvertes aux mains de fournir des soins.

**AII**

viii. Enlever les gants immédiatement après avoir terminé une intervention. et avant de toucher des surfaces propres de l'environnement<sup>95,106,107</sup>.

**AII**

ix. Se laver les mains immédiatement après avoir enlevé les gants ou les sacs en plastique utilisés comme gants<sup>46,47</sup>.

**AI**

c. Blouses

i. Il n'est pas nécessaire de porter des vêtements de dessus, comme un tablier ou une blouse, pour soigner une personne atteinte du SG.

**AI**

ii. Porter des vêtements de dessus pour protéger la peau découverte et éviter de souiller ses vêtements lors d'interventions et d'activités de soins aux patients, qui sont susceptibles de provoquer des éclaboussures ou le jaillissement de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments<sup>9,45</sup> (voir aussi les instructions sur la buanderie ci-après).

**BIII**

iii. Les travailleurs de la santé doivent veiller à ce que toutes les zones/lésions ouvertes sur les avant-bras ou la peau exposée soient couvertes d'un pansement en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments devrait être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède le plus tôt possible.

**BIII**

3. Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie et déchets)

Le virus de l'influenza survit bien dans l'environnement et les patients peuvent contaminer leur environnement par des sécrétions respiratoires. Sur les surfaces poreuses, le virus peut survivre pendant 24 à 48 heures, peut être transféré des mains et survivre pendant cinq minutes. Avant de les utiliser pour un autre patient, nettoyer le matériel et les surfaces contaminés par les sécrétions de patients soupçonnés d'être grippés ou chez qui l'influenza est confirmée.

a. Entretien ménager

i. Nettoyer quotidiennement avec un produit ordinaire de nettoyage domestique les surfaces de l'environnement et les objets touchés par la personne atteinte du SG ou par le soignant.

**AII**

- ii. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un produit « antibactérien ».

**AIII**

#### b. Buanderie

- i. Il n'est pas nécessaire de suivre des procédures spéciales de nettoyage des vêtements ou linges utilisés lors de la fourniture de soins à une personne atteinte du SG.

**BIII**

- ii. Rouler ou plier le linge très souillé de façon à contenir la majeure partie de la saleté en son milieu<sup>126,127</sup>. Si le linge contient une grande quantité de matières solides, comme des fèces et des caillots de sang, les ôter avec des gants et du papier hygiénique, puis les mettre dans un bassin ou une toilette. Pour éviter tout risque d'éclaboussure, ne pas enlever les excréments (p. ex., sur des vêtements ou des culottes réutilisables pour incontinent) en les aspergeant d'eau.

**BIII**

- iii. Pour les soins à domicile, il suffit de laver le linge souillé avec un détergent à lessive commercial et un javellisant domestique (selon les instructions du produit et si le tissu est javellisable) au cycle normal d'une machine à laver et d'un séchoir à linge<sup>50,128-131</sup>.

**BIII**

- iv. Pour les soins à domicile, on peut sécher le linge et la literie dans un séchoir ou sur une corde à linge.

**BIII**

#### c. Déchets

- i. Les déchets produits lors de soins prodigués à une personne atteinte du SG ne nécessitent pas un traitement spécial. Les jeter avec les ordures ménagères.

**AIII**

- ii. Avant de jeter aux ordures ménagères les déchets médicaux coupants ou piquants, comme les aiguilles hypodermiques utilisées pour soigner une personne atteinte du SG, mettre ces déchets dans un conteneur étanche (p. ex., une boîte à café).

**AII**

#### 4. Soins des personnes décédées

Il suffit de suivre les procédures ordinaires de prévention des infections lors de la manipulation des dépouilles de personnes décédées des suites de l'influenza. Il n'y a pas de risques supplémentaires de transmission de l'infection grippale.

##### **Recommandations**

- a. Pour prévenir les infections lors de la manipulation de la dépouille d'une personne décédée, il est recommandé de suivre les procédures habituelles décrites précédemment concernant le lavage et l'hygiène des mains, ainsi que l'utilisation d'un masque, de lunettes de protection, d'écran facial, de gants et d'une blouse.

**AIII**

- b. Envelopper la dépouille de la personne décédée à domicile dans un drap (si possible en protégeant le matelas avec un sac de plastique) et garder son corps de préférence dans un lieu frais et sec, jusqu'à ce que l'entreprise de pompes funèbres vienne la chercher.

**AIII**

### 3.0 Prévention des infections et santé au travail dans les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza

Lors du triage des patients, on dirigera vers les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza ceux qui sont incapables de se faire soigner à domicile mais qui ne sont pas assez malades pour être admis dans un hôpital de soins pour malades aigus, comme préétabli dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Comme les hôpitaux temporaires n'accueilleront que les patients atteints par la souche pandémique d'influenza ou auront guéri de cette maladie, il n'est pas nécessaire de se soucier des risques de transmission du virus de l'influenza. Toutefois, il faudra veiller à réduire les risques d'infections aiguës autres que l'influenza (p. ex., gastro-entérites, autres infections respiratoires et ectoparasites). Pour en prévenir la transmission, suivre les Lignes directrices de prévention des infections en vigueur<sup>1,3,5,6,9,84</sup>.

Il est important de remarquer que le virus de l'influenza peut survivre sur les mains pendant cinq minutes après le transfert de surfaces environnementales<sup>14</sup>. **On ne peut trop insister sur l'importance du lavage des mains/antisepsie des mains au cours d'une pandémie. Voir l'Appendice III.** Le lavage des mains/antisepsie des mains est la méthode la plus importante pour prévenir la transmission de l'infection, y compris de l'influenza, et elle sera encore plus importante en raison de l'indisponibilité du vaccin antigrippal et de la prophylaxie antivirale précoce, pendant ou même tard dans une pandémie.

Maintenir une distance d'au moins un mètre entre les patients d'un hôpital temporaire, parce qu'il existe des preuves que des infections peuvent se propager par voie respiratoire dans des lieux où les patients sont trop proches les uns des autres<sup>82</sup>.

## Recommandations

### 3.1 Prévention de l'influenza pandémique

#### A. Immunisation et antiviraux

Suivre les recommandations concernant les vaccins et les antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, qui sont énoncées dans les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

### 3.2 Contrôle de l'influenza pandémique

#### A. Installations physiques

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie se manifeste (voir l'Appendice III), on ouvrira les hôpitaux temporaires comme le prévoit le Plan canadien de lutte contre la pandémie de l'influenza. **AIII**
2. Lors du choix d'emplacement d'un hôpital temporaire pour les personnes atteintes de l'influenza, choisir un lieu qui répond au besoin de préserver une distance convenable entre les patients, entre les patients et leurs familles et entre les patients et les fournisseurs de soins. **AI**

3. Maintenir une distance d'au moins un mètre entre les lits des patients dans les aires de soins et entre les chaises dans les salles d'attente<sup>82</sup>.

**AII**

4. Prévoir deux salles distinctes de literie, l'une pour le linge propre, l'autre pour le linge souillé; des aires d'entreposage propres; des éviers de service et des lavabos réservés au lavage des mains. Les aires de préparation des aliments doivent être équipées d'un évier de service et d'un lavabo réservé au lavage des mains. L'hôpital doit comprendre aussi un nombre suffisant de toilettes, une salle de recueillement pour les familles en deuil et un lieu de conservation des dépouilles jusqu'à ce que l'entreprise de pompes funèbres vienne les chercher.

**AII**

5. Les endroits ayant des planchers recouverts d'une moquette sont déconseillés.

**BIII**

## **B. Gestion du personnel**

1. Offrir la formation décrite à la section 4.1.

2. Suivre les directives sur la gestion de la santé au travail qui sont décrites à la section 3.5.

## **C. Pratiques de prévention des infections**

1. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

a. Les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza devraient suivre les lignes directrices publiées afin de prévenir les infections nosocomiales<sup>3,6,9</sup>. Les pratiques de prévention des infections adaptées à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*<sup>5</sup> sont résumées ci-dessous :

b. Les patients, le personnel et les visiteurs doivent être incités à réduire au minimum la transmission de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antiseptie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

**AIII**

2. Lavage et hygiène des mains

a. Le personnel, les patients et les visiteurs doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antiseptie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et constitue peut-être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains devraient être renforcées selon l'Appendice III.

**AII**

b. Les mains doivent être lavées ou l'antiseptie des mains doit être accomplie après un contact direct avec les patients atteints du SG (voir le glossaire) ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

**AII**

c. Lors de la planification de l'emplacement et du fonctionnement des hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza, il faut, dans la mesure du possible, veiller à ce que les postes de lavage des mains soient situés dans des lieux commodes.

*Remarque* : Voir le point g ci-dessous, si des postes de lavage des mains ne sont pas disponibles.

- d. Les postes de lavage des mains devraient se trouver dans les salles de soins ou à côté de celles-ci. Si plusieurs patients occupent une grande salle, il sera peut-être nécessaire de disposer de plusieurs lavabos. Les lavabos doivent être utilisés uniquement pour le lavage des mains et non à d'autres fins, par exemple, comme évier de service. Les lavabos doivent être pourvus de distributeurs de savon et de serviettes, qui fonctionnent correctement<sup>73-75</sup>. **BII**
- e. Les utilisateurs du lavabo devront disposer de serviettes à usage unique qu'ils utiliseront pour fermer les robinets sans se recontaminer les mains. **BII**
- f. On peut utiliser un savon ordinaire pour le lavage habituel des mains<sup>89,132</sup>. **BII**
- g. Si l'accès aux lavabos est limité, il sera nécessaire de disposer d'une quantité suffisante de rince-mains antiseptiques et de lingettes imprégnées de détergent. Les rince-mains antiseptiques sans eau sont plus efficaces que le savon et l'eau pour réduire la contamination par les mains<sup>66-68,91</sup>. Il faut donc mettre des quantités suffisantes de rince-mains dans des endroits bien en vue un peu partout dans l'hôpital temporaire. **AI**
- h. Si les mains sont visiblement souillées, les laver avec du savon et de l'eau avant d'utiliser le rince-mains antiseptique sans eau. À défaut de savon et d'eau, les laver d'abord avec des lingettes imprégnées de détergent<sup>92</sup>. **BIII**
- i. Les travailleurs de la santé peuvent diminuer la fréquence nécessaire de lavage des mains en réduisant au minimum les contacts directs inutiles avec les patients et leur environnement immédiat. Cela peut se faire en réorganisant convenablement ses activités de soins et en évitant de toucher des surfaces dans l'environnement immédiat du patient, par exemple, les côtés de lit et les dessus de table. **BIII**
- j. Se laver les mains<sup>93,94</sup> ou utiliser un rince-mains antiseptique :
  - i. après tout contact avec un patient ou son environnement immédiat et avant tout contact avec le prochain patient;
  - ii. après tout contact avec des objets (p. ex., des bassins, des urinoirs, des pansements, des appareils d'aspiration) qui sont contaminés, ou susceptibles de l'être, par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments;
  - iii. immédiatement après avoir enlevé ses gants<sup>46</sup>;
  - iv. entre certaines interventions sur un même patient qui sont susceptibles de souiller les mains, afin d'éviter la contamination croisée entre les parties du corps<sup>91,95</sup>;
  - v. avant de préparer, de manipuler, de servir ou de manger de la nourriture et avant de nourrir un patient;
  - vi. lorsque les mains sont visiblement souillées;
  - vii. après avoir utilisé les toilettes, après s'être essuyé le nez et après avoir toussé ou éternué.**AI**

- k. Enseigner aux patients, aux membres de leur famille et aux visiteurs comment se laver correctement les mains et leur signaler de les laver notamment après avoir utilisé les toilettes, après s'être essuyé le nez et après avoir toussé ou éternué. **AII**
- l. Si un patient a une mauvaise hygiène, il faut lui laver les mains avant ses repas, après qu'il a été aux toilettes, lorsque ses mains sont souillées et avant qu'il ne quitte son lit. **BIII**
- m. Se laver les mains avec un savon ou un rince-mains antiseptique<sup>92,132</sup> avant d'exécuter des procédures effractives. **BIII**
- n. Vous pouvez utiliser une lotion pour les mains pour prévenir l'irritation de la peau par le lavage fréquent des mains<sup>96</sup>. Conserver la lotion près des lavabos dans un distributeur mural de lotion dans des sacs jetables ou dans un récipient remplissable, pour éviter toute contamination du produit. Il s'est révélé que la manipulation/l'utilisation inappropriée de lotions par des patients et/ou soignants a provoqué l'éclosion de maladies<sup>97-101</sup>. **BII**
- o. Conserver le savon liquide pour mains dans des récipients fermés. Le distribuer dans des récipients jetables ou dans des récipients réutilisables qui ont été lavés et séchés à fond avant d'être remplis à nouveau. **AII**

### 3. Équipement de protection individuelle

- a. Masques, protection des yeux et écrans faciaux
  - i. Durant les premières phases d'une pandémie, il peut être utile de porter un masque pour minimiser la transmission de l'influenza lorsqu'on se trouve face-à-face avec des personnes qui toussent. Cependant, après la transmission de l'influenza dans la collectivité et l'ouverture d'hôpitaux temporaires, cela s'avère peu pratique ou utile. **BIII**
  - ii. Les masques doivent être portés dans les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza afin de prévenir la transmission d'autres organismes, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients non diagnostiqués qui toussent. **BIII**
  - iii. Les masques, les lunettes protectrices et les écrans faciaux devraient être portés afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux éclaboussures de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on estime que les masques chirurgicaux sont adéquats<sup>9,44,45</sup>. **BIII**
  - iv. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.
  - v. Porter un masque, tel que mentionné à la section 2.6.
- b. Gants
  - i. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour fournir des soins courants à des patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée. Un lavage méticuleux des mains au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rendra le virus inactif. **AIII**

- ii. Le port de gants est une mesure de prévention supplémentaire et non un substitut à l'hygiène des mains<sup>46,47</sup>. **BII**
  - iii. Le port de gants n'est pas nécessaire pour les activités courantes de soins où l'on ne touche que la peau intacte du patient, par exemple, lors de son transport. **BIII**
  - iv. Le port de gants propres non stériles est notamment indiqué dans les cas suivants<sup>9,44,102-105</sup> :
    - a. lors de tout contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions et excréments, des muqueuses, des plaies par exérèse ou des lésions cutanées (des lésions cutanées ouvertes ou des éruptions exudatives);
    - b. lors de la manipulation d'articles visiblement souillés de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments;
    - c. si le travailleur de la santé a des lésions cutanées ouvertes aux mains. **AII**
  - v. Lorsque le port de gants est indiqué, les enfiler juste avant le contact avec le patient ou l'exécution de la procédure nécessitant des gants<sup>95,106,107</sup>. **AII**
  - vi. Changer de gants entre les activités ou procédures de soins d'un même patient et après tout contact avec des articles susceptibles de contenir de fortes concentrations de microorganismes<sup>46,95</sup>, par exemple, lors de la manipulation d'une sonde urinaire à demeure. **BIII**
  - vii. Changer de gants :
    - a. entre les contacts avec différents patients;
    - b. si l'on soupçonne qu'ils ont perdu leur étanchéité ou s'ils sont déchirés. **AII**
  - viii. Les gants éventuellement contaminés doivent être enlevés et jetés immédiatement après avoir accompli les soins ou la tâche particulière, à l'endroit où vous les avez utilisés, avant de toucher les surfaces propres de l'environnement (p. ex., un glucomètre, un thermomètre ou un brassard de tensiomètre)<sup>46,95,106,107,133</sup>. **AII**
  - ix. Se laver les mains immédiatement après avoir enlevé les gants<sup>46,47</sup>. **AII**
  - x. Ne pas réutiliser ni laver les gants jetables à usage unique<sup>47</sup>. **AII**
- c. Blouses
- i. Il n'est pas nécessaire de porter une blouse pour dispenser des soins courants aux patients chez qui l'influenza est confirmée ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza. **AI**
  - ii. Ne porter une blouse à manches longues que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements lors d'interventions et d'activités de soins aux patients susceptibles de produire des éclaboussures ou des jaillissements de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments<sup>9,45</sup>. **BIII**

- iii. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone ou lésion ouverte des avant-bras ou que la peau exposée est couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être lavée à fond, mais doucement, le plus rapidement possible au savon et à l'eau tiède.

**BIII**

## **D. Restrictions de l'activité des patients**

1. Il n'est pas nécessaire de limiter les activités des patients, parce que ceux-ci ainsi que le personnel ont déjà été exposés à l'influenza ou infectés par celle-ci.

**AIII**

## **E. Restrictions concernant les visiteurs**

1. Afficher des avis aux entrées de l'hôpital temporaire :
  - a. avertissant les visiteurs qu'ils courent le risque d'attraper l'influenza et interdisant l'accès à ceux qui n'ont pas été atteints du syndrome grippal. La famille immédiate d'un patient en phase terminale est exemptée de cette interdiction;
  - b. interdisant l'accès aux visiteurs souffrant d'une maladie respiratoire aiguë, car d'autres maladies respiratoires sont en circulation.

**AIII**

## **F. Nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement de soins aux patients**

La stérilisation et la désinfection de haut niveau nécessitent la supervision d'un professionnel qualifié, du matériel spécialisé et un endroit réservé à cet effet. Les articles qui nécessitent une stérilisation ou une désinfection de haut niveau doivent être jetables. Autrement, ils doivent être gérés par l'organisme d'attache.

Il faut insister sur le fait que le nettoyage, la désinfection, la stérilisation, l'entreposage et la manipulation adéquats du matériel de soins des patients sont une composante primordiale des soins de santé. Le matériel et les surfaces contaminés par les sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre patient. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas. Veuillez vous reporter au glossaire pour la définition des termes.

### **Recommandations**

1. Processus
  - a. Il est déconseillé de traiter de nouveau (c.-à-d., désinfection ou stérilisation) du matériel. Toutefois, si on envisage de le faire, l'organisme d'attache devra fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée qui sera responsable du processus. S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour créer ou exploiter l'hôpital temporaire pour les personnes atteintes d'influenza, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle. S'il faut transporter du matériel souillé pour le désinfecter ou le stériliser, l'organisme d'attache doit élaborer un processus pour séparer le matériel souillé du matériel propre ou stérile et pour manipuler et transporter le matériel contaminé de façon sécuritaire.

**AIII**

b. Établir des procédures d'attribution des responsabilités et d'imputabilité pour le nettoyage courant de tout le matériel de soins aux patients<sup>109,111,112,134</sup>.

**BIII**

c. Il est fortement déconseillé de réutiliser les articles jetables à usage unique.

**AII**

## 2. Nettoyage

a. Entre chaque patient, nettoyer le matériel commun. Utiliser un germicide approuvé par les hôpitaux pour le nettoyage courant. Reportez-vous au Tableau A, Techniques de nettoyage des surfaces et des objets courants, de l'Appendice V.

**BIII**

b. Nettoyer à fond les articles réutilisables avant de les désinfecter ou de les stériliser<sup>135-137</sup>. Les laver à l'eau chaude savonneuse, à l'aide d'un nettoyeur enzymatique.

**AII**

c. Nettoyer dans les plus brefs délais le matériel visiblement souillé.

**BIII**

d. Manipuler le matériel souillé de soins aux patients en évitant l'exposition de la peau, les muqueuses ainsi que la contamination des vêtements et de l'environnement.

**BIII**

e. Nettoyer les toilettes et les chaises d'aisance deux fois par jour et lorsqu'elles sont souillées. Idéalement, chaque patient devrait avoir son propre bassin, qui serait étiqueté convenablement ou nettoyé entre chaque utilisation.

**BIII**

f. Les patients ne doivent pas se partager les mêmes produits d'hygiène personnelle (p. ex., lotions, crèmes et savons).

**BIII**

## 3. Désinfection

a. Rincer et sécher convenablement les articles réutilisables avant de les désinfecter ou de les stériliser et les sécher avant de les entreposer.

**AII**

b. Suivre les instructions écrites du fabricant concernant l'utilisation du désinfectant chimique.

c. N'utiliser que des désinfectants ayant un DIN (ceux dont l'utilisation est approuvée au Canada).

d. Le matériel d'inhalothérapie et d'anesthésie nécessite, au minimum, une désinfection de haut niveau<sup>113-116</sup>.

**AIII**

## 4. Stérilisation

a. Le matériel critique doit être stérile<sup>135</sup>.

**AIII**

b. Surveiller le processus de stérilisation à la vapeur au moins une fois par jour à l'aide d'un indicateur biologique<sup>137</sup>.

**AIII**

c. Surveiller chaque cycle du processus de stérilisation à l'aide d'indicateurs mécanique et chimique<sup>118</sup>. Chaque lot doit comprendre un indicateur chimique<sup>137</sup>.

**AIII**

d. Établir et suivre une procédure de rappel des articles traités dans un chargement qui contenait un indicateur biologique ayant donné un résultat positif<sup>137</sup>.

AIII

e. La stérilisation rapide est déconseillée.

AIII

f. La stérilisation par four à micro-ondes, stérilisateur à billes de verre ou ébullition est déconseillée<sup>138</sup>.

AIII

## 5. Entreposage

a. Après le retraitement, veiller à préserver la stérilité du matériel jusqu'à utilisation<sup>118</sup>.

AIII

b. Les articles stériles doivent le rester jusqu'à leur utilisation<sup>118-120</sup>.

AII

c. Entreposer les articles stériles et propres dans un endroit propre et sec.

AII

d. Ne pas accumuler d'articles propres et stériles.

AII

e. Conserver le matériel souillé dans un endroit séparé du matériel et des articles propres et stériles.

AII

## G. Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie et déchets)

Le virus de l'influenza survit bien dans l'environnement, et les patients peuvent contaminer leur environnement par des sécrétions respiratoires. Sur les surfaces poreuses dures, le virus peut survivre de 24 à 48 heures, peut être transféré aux mains et survivre jusqu'à cinq minutes<sup>14</sup>.

Le matériel et les surfaces (p. ex., les bureaux, les accoudoirs) contaminés par des sécrétions de patients grippés ou soupçonnés de l'être devraient être nettoyés avant d'être utilisés par un autre patient.

### 1. Entretien ménager

On ne saurait trop insister sur le fait que l'entretien ménager adéquat constitue un élément clé des soins de la santé. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas. Veuillez vous reporter au glossaire pour la définition des termes.

#### Recommandations

a. Processus

- i. Les organismes d'attache doivent fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée responsable de l'entretien ménager ainsi que des directives concernant les horaires et les méthodes de travail.

S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou gérer les lieux de triage, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle.

AIII

- ii. Les produits et les procédures doivent correspondre à ceux de l'organisme d'attache ou être approuvés par lui.

AIII

iii. Une formation destinée à ceux qui effectuent le nettoyage devrait les aider à comprendre les méthodes efficaces de nettoyage et l'importance de leur travail.

**BIII**

iv. Il faut offrir aux nettoyeurs, comme aux autres travailleurs de la santé, la possibilité d'être vaccinés contre l'hépatite B<sup>6,9</sup>.

**AII**

#### b. Nettoyage

i. Un nettoyage quotidien devrait suffire pour garder propres et exemptes de poussière les surfaces de l'environnement et les articles de soins médicaux non cruciaux<sup>121-123</sup>. Nettoyer deux fois par jour, et dès leur contamination avérée, les éléments que les fournisseurs de soins de santé et les patients, résidents ou clients touchent (c.-à-d., contaminent) fréquemment avec leurs mains, comme les surfaces du matériel médical et les boutons de réglage et d'ouverture du matériel.

**BIII**

ii. Le nettoyage soigneux et vigoureux des surfaces de l'environnement est un moyen efficace d'éliminer de nombreux contaminants des surfaces.

**AII**

iii. Dans la mesure du possible, préférer l'époussetage ou le balayage humide à la méthode à sec, afin d'éviter de soulever des particules de poussière. Le nettoyage à sec devrait être réalisé soigneusement avec une vadrouille sèche traitée chimiquement ou avec un aspirateur (équipé d'un filtre d'évacuation), plutôt qu'avec un balai. (Remarque : Les planchers recouverts d'une moquette sont déconseillés.)

**BIII**

iv. Passer un aspirateur équipé d'un filtre d'évacuation sur les planchers recouverts d'une moquette. L'air expulsé par les aspirateurs doit être diffusé afin d'éviter l'aérosolisation de la poussière des surfaces non nettoyées.

**BIII**

v. Les solutions et outils de nettoyage utilisés pour le nettoyage humide se contaminent rapidement. Il faut donc adopter des procédures pour éviter de redistribuer les microorganismes. On peut nettoyer d'abord les endroits faiblement contaminés avant de passer à ceux qui le sont lourdement, et renouveler fréquemment les solutions de nettoyage et les chiffons et les têtes de vadrouille.

**BIII**

vi. Le vadrouillage humide est couramment effectué selon la méthode des deux seaux, l'un contenant la solution, l'autre l'eau de rinçage. Cette méthode prolonge la durée de vie de la solution, de sorte qu'elle devra être renouvelée moins souvent. En effet, avec un seul seau, la solution doit être remplacée plus souvent parce qu'elle devient sale rapidement.

**BIII**

vii. Nettoyer et sécher les outils de nettoyage et de désinfection entre chaque utilisation.

**BIII**

viii. Laver quotidiennement les têtes de vadrouille et les sécher à fond avant de les ranger<sup>121</sup> ou de les réutiliser.

**BIII**

c. Produits de nettoyage

- i. Les détergents conviennent pour nettoyer les surfaces dans la plupart des endroits. Se reporter au Tableau A, Techniques de nettoyage des surfaces et des objets courants, de l'Appendice V.
- ii. Mélanger et utiliser les produits de nettoyage et les produits désinfectants selon les recommandations du fabricant.

**AIII**

- iii. Matériel de protection : Porter des gants de nettoyage domestique lors des procédures de nettoyage et de désinfection. Suivre les instructions du fabricant concernant l'utilisation du produit pour en assurer la manipulation sécuritaire.

**BIII**

- iv. La désinfection par brumisation (vaporisation d'un désinfectant dans un espace clos) n'est pas nécessaire et est même déconseillée<sup>139</sup>.

**AIII**

d. Déversements de sang<sup>9</sup>

- i. Porter l'équipement de protection individuelle qui convient pour nettoyer un déversement de sang. Utiliser des gants lors des procédures de nettoyage et de désinfection. Prendre soin de ne pas faire des éclaboussures de sang et de ne pas produire des aérosols lors du nettoyage. S'il y a risque de projection de sang, porter un écran facial, des lunettes de sécurité ou un masque, ainsi qu'une blouse. Si le déversement de sang est important, porter une salopette de travail, une blouse ou un tablier, ainsi que des bottes ou des couvre-chaussures. Changer l'équipement de protection individuelle s'il est déchiré ou souillé, et toujours l'enlever avant de quitter le lieu du déversement, puis se laver les mains.

**BIII**

- ii. Enlever les matières organiques évidentes avant d'appliquer un désinfectant sur le lieu du déversement, car les hypochlorites et autres désinfectants sont inactivés de façon substantielle par le sang et d'autres matières<sup>9,140,141</sup>. Enlever avec des chiffons jetables l'excédent de sang et de liquides susceptibles de transmettre des infections. Mettre les chiffons souillés dans une poubelle contenant un sac en plastique.

**AII**

- iii. Après le nettoyage, désinfecter le lieu avec un désinfectant chimique de faible niveau (p. ex., un composé d'ammonium quaternaire, qui est un germicide chimique homologué pour être utilisé dans les hôpitaux) ou avec un hypochlorite de sodium (eau de Javel). Pour que l'hypochlorite de sodium désinfecte efficacement, il faudra en utiliser une concentration allant de 500 ppm à 5 000 ppm (une dilution d'eau de Javel de 1/100 à 1/10 respectivement), selon la quantité de matière organique (p. ex., du sang ou du mucus) sur la surface à nettoyer et à désinfecter. Reportez-vous au Tableau B de l'Appendice V, Mode de préparation et d'emploi des désinfectants à base de chlore.

Pour certains instruments médicaux, il sera préférable d'utiliser des désinfectants chimiques vendus dans le commerce, parce que l'utilisation répétée d'hypochlorite de sodium, surtout à des dilutions de 1/10, risque de les corroder<sup>62,140,142</sup>. Pour déterminer la dilution et la température d'utilisation de désinfectants chimiques dans un milieu hospitalier, suivre les recommandations du fabricant. Laisser l'hypochlorite de sodium ou le germicide chimique en contact avec la surface à traiter pendant 10 minutes.

**AII**

iv. Essuyer la surface traitée avec des essuie-tout mouillés avec de l'eau de robinet. Laisser à la surface le temps de sécher. Mettre les essuie-tout utilisés dans une poubelle contenant un sac en plastique.

**AIII**

v. Après avoir enlevé les gants, se laver les mains à fond.

**AII**

## 2. Buanderie

Il n'est pas nécessaire de suivre des directives particulières pour manipuler la literie contaminée par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas.

### Recommandations

#### a. Processus

i. Les organismes d'attache doivent fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée responsable de la buanderie. S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou gérer les lieux de triage, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle.

**AIII**

#### b. Ramassage et manipulation

i. Il n'est pas nécessaire de suivre des directives particulières pour manipuler la literie de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou l'ayant effectivement.

**AII**

ii. Manipuler la literie souillée de tous les patients de la même façon.

**AII**

iii. Agiter et brasser la literie souillée le moins possible<sup>126,127,143</sup>.

**BIII**

iv. Ne pas trier ni rincer la literie dans les aires de soins aux patients.

**BIII**

v. Rouler ou plier la literie très souillée de façon à contenir la majeure partie de la saleté en son milieu<sup>126,127</sup>. Si la literie contient de grandes quantités de matières solides, comme des selles ou des caillots de sang, les retirer avec des gants et du papier hygiénique, puis les mettre dans un bassin ou une toilette. Pour éviter tous risques d'éclaboussure, ne pas enlever les excréments (p. ex., sur du linge ou des coussinets d'incontinence réutilisables) en les aspergeant d'eau.

**BIII**

#### c. Mise en sac et confinement

i. Mettre le linge souillé dans des sacs au lieu de ramassage du linge<sup>126,127,144</sup>.

**CIII**

ii. Il suffit d'utiliser un seul sac étanche<sup>126,144,145</sup> ou un seul sac de tissu<sup>143</sup> pour prévenir la contamination ou infiltration. Ne doubler le sac que si des liquides s'échappent du premier sac<sup>126,127,145,146</sup>.

**BII**

iii. Il est déconseillé d'utiliser des sacs solubles dans l'eau, parce qu'ils n'offrent aucun avantage quant au contrôle de l'infection et entraînent des dépenses supplémentaires<sup>126,127</sup>.

**BIII**

iv. Il n'est pas nécessaire de recouvrir<sup>127</sup> les chariots ou les paniers à linge sale pour ramasser ou transporter le linge sale, sauf si on tient compte de la désodorisation.

**BIII**

v. Attacher solidement et éviter de surcharger les sacs acheminés par descente à linge ou par chariot<sup>126</sup>.

**BIII**

vi. Laver les sacs à linge sale après chaque utilisation. Vous pouvez les mettre dans la brassée de linge qu'ils transportaient<sup>127</sup>.

**BIII**

#### d. Transport

i. Si on envoie la literie à une buanderie commerciale, s'assurer impérativement que le chargement de linge sale dans le camion est isolé du chargement de linge propre, pour éviter tout risque de mélanger le linge sale avec le linge propre.

**BIII**

ii. Manipuler le chariot à linge sale en veillant à réduire les risques de contamination croisée<sup>121,127</sup>.

**BIII**

iii. Utiliser des chariots distincts pour le linge sale et le linge propre. Laver les chariots à linge sale après chaque utilisation avec un produit de nettoyage destiné aux établissements de soins de santé.

**BIII**

iv. Transporter et entreposer le linge propre de façon à éviter de le contaminer et de le salir<sup>121,126,127</sup>.

**BIII**

#### e. Lavage et séchage

i. Si on fait un lavage à basse température (inférieure à 71,0 °C), utiliser la concentration appropriée de détergent recommandé pour l'eau froide.

**BIII**

ii. Il convient de faire un lavage à l'eau chaude (supérieure à 71,1 °C) si un détergent conçu pour le lavage à l'eau froide n'est pas employé<sup>127</sup>.

**BIII**

iii. Pour obtenir dans l'eau au moins 100 ppm de chlore résiduel total, ajouter 2 mL d'eau de Javel par litre d'eau. Se reporter au Tableau B de l'Appendice III, Mode de préparation et d'emploi des désinfectants à base de chlore.

**BIII**

iv. Dans une buanderie d'établissement, on peut neutraliser l'alcalinité des tissus, de l'eau et du détergent en ajoutant un agent léger d'acidification. Cette diminution de pH, qui passe environ de 12 à 5, peut ainsi inactiver les bactéries restantes et réduire le risque d'irritation de la peau<sup>127</sup>.

**BIII**

f. Protection des blanchisseurs

- i. Les blanchisseurs doivent se protéger contre les risques d'infection croisée par le linge souillé en portant de l'équipement de protection approprié, comme des gants, des blouses ou des tabliers, lors de la manipulation du linge souillé. Laver les gants réutilisables après utilisation, les suspendre pour les sécher et les jeter s'ils sont perforés ou déchirés. **BIII**
- ii. Les postes de lavage des mains doivent être facilement accessibles. **BII**
- iii. Les blanchisseurs doivent se laver les mains chaque fois qu'ils changent de gant ou les enlèvent<sup>3,5,9</sup>. **BII**
- iv. Le personnel des aires de soins doit éviter de mettre dans les sacs à linge sale des objets coupants ou piquants, comme des instruments médicaux et des éclats de verre, qui pourraient contaminer les travailleurs par inadvertance<sup>126,127</sup>. **BIII**
- v. Il faut offrir aux blanchisseurs, comme aux autres travailleurs de la santé, la possibilité d'être vaccinés contre l'hépatite B<sup>6,9</sup>. **AII**
- vi. Tous les soignants et les blanchisseurs doivent être formés aux procédures de manipulation du linge souillé<sup>9</sup>. **BIII**

3. Déchets

Les déchets des hôpitaux temporaires ne sont pas plus dangereux que les déchets ménagers. Seuls les objets coupants ou piquants contaminés par des liquides organiques<sup>9</sup> exigent une manipulation et un traitement particuliers. On ne saurait trop insister sur l'importance de la manipulation adéquate des déchets pour les soins de la santé. Il n'est pas nécessaire de traiter de façon spéciale les déchets contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou l'ayant effectivement. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas.

Voir le glossaire des termes.

**Recommandations**

a. Processus

- i. Les organismes d'attache doivent fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée responsable de la gestion des déchets. S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou gérer les lieux de triage, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle. **AIII**
- ii. Préparer des directives écrites pour promouvoir la sécurité des préposés à la manutention des déchets. **BIII**
- iii. Il n'est pas nécessaire de traiter de façon spéciale les déchets contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou l'ayant effectivement. **AII**

b. Règlement

i. Lors de la planification et la mise en œuvre de directives de traitement et d'élimination de déchets biologiques, se conformer aux règlements locaux sur l'environnement et la santé.

**BIII**

ii. Certaines catégories précises de déchets biologiques peuvent être éliminées dans un site d'enfouissement correctement doté de processus visant à protéger les travailleurs et le public de tout contact avec les déchets.

**BIII**

iii. Mettre les déchets médicaux (p. ex., des gants, des éponges, des pansements et des champs opératoires souillés ou imbibés de sang ou de sécrétions) dans des sacs à déchets étanches ou dans un sac doublé, avant de les éliminer dans un site d'enfouissement<sup>147-149</sup>.

**BIII**

iv. Si les règlements locaux le permettent, le sang, les liquides aspirés, les excréments et les sécrétions peuvent être éliminés dans un égout sanitaire.

**BIII**

v. Manipuler avec soin les aiguilles usées et les autres instruments piquants ou coupants lors de leur élimination pour éviter les risques de blessure. Jeter immédiatement les objets usés qui sont piquants ou coupants dans un contenant non perforable destiné à cet effet installé à l'endroit où ces objets sont utilisés<sup>9,124,125</sup>.

**AIII**

vi. Les conteneurs d'instruments piquants ou coupants doivent être marqués du symbole de danger biologique. Respecter les règlements provinciaux ou territoriaux concernant le code de couleur du symbole.

**BIII**

vii. Les déchets infectieux doivent être transportés conformément à la *Loi sur le transport des marchandises dangereuses* et son règlement, qui sont appliqués par Transports Canada<sup>150</sup>.

viii. Entreposer les déchets infectieux dans un endroit prévu, auquel l'accès est limité au personnel autorisé. Prévoir aussi un local réfrigéré fermé à clé pour l'entreposage des déchets de laboratoire qui seront éliminés et transportés ailleurs<sup>151</sup>. Suivre les règlements provinciaux ou territoriaux pertinents concernant les exigences d'entreposage.

**BIII**

ix. Puisque le producteur des déchets est responsable de ses déchets, il doit choisir soigneusement les entreprises de transport, de traitement et d'élimination de ses déchets pour s'assurer de l'exécution sécuritaire et légale<sup>151</sup> de toutes les étapes du transport et de l'élimination des déchets.

**BIII**

c. Préposés à la manutention des déchets

i. Les préposés à la manutention des déchets doivent porter le matériel de protection adapté au risque (p. ex., des chaussures de sécurité et des gants de travail épais).

**BIII**

ii. Il faut offrir à ces ouvriers, comme aux autres travailleurs de la santé, la possibilité d'être vaccinés contre l'hépatite B<sup>6,9</sup>.

**AII**

## H. Soins des dépouilles

Il suffit de suivre les procédures ordinaires de prévention des infections lors de la manipulation des dépouilles de personnes décédées des suites de l'influenza. Il n'y a pas de risques supplémentaires de transmission de l'infection grippale.

### Recommandations

1. Pour prévenir les infections lors de la manipulation de la dépouille d'une personne décédée, suivre les procédures habituelles décrites précédemment concernant le lavage et l'hygiène des mains, ainsi que l'utilisation de masques, de lunettes de protection ou d'écran facial, de gants et de blouse. **AIII**
2. Mettre la dépouille de la personne décédée à domicile dans un sac mortuaire ou l'envelopper dans un drap s'il n'y a pas de sac mortuaire et le garder de préférence dans un lieu frais et sec, jusqu'à ce que l'entreprise de pompes funèbres vienne la chercher. **AIII**

## Système de cotation de lignes directrices de Santé Canada fondé sur des preuves

Trois catégories servent à coter la fermeté et la qualité des preuves et de fondement aux recommandations, tandis que trois classes décrivent la qualité des études à l'appui des recommandations. Ce format utilise une méthode fondée sur les preuves au moyen d'un examen détaillé des preuves obtenues à partir d'essais cliniques, d'études expérimentales bien conçues et d'études d'observation, tout en accordant moins d'importance aux études descriptives, à l'intuition clinique et à la mémoire. Voici une récapitulation de l'échelle de cotation.

<b>Tableau : Fermeté et qualité des preuves contribuant aux recommandations</b>	
Catégories relatives à la fermeté de chaque recommandation	
CATÉGORIE	DÉFINITION
A	Preuves suffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation
B	Preuves acceptables pour recommander ou déconseiller l'utilisation
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation
Catégories relatives à la qualité des preuves	
CLASSE	DÉFINITION
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou de résultats spectaculaires d'expériences non comparatives
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts

**Nota :** Si l'on cite des règlements établis dans un document, on n'y attribue aucun code.

# Définition des états de préparation<sup>10</sup> selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

### Phase 0 : Période interpandémique

Aucun signe d'apparition d'un nouveau type de virus n'a été signalé.

### Phase 0 : Niveau 1 de préparation

Apparition d'une nouvelle souche d'influenza dans un cas humain.

Absence de preuve convaincante de l'éclosion ou de la propagation de l'activité grippale.

### Phase 0 : Niveau 2 de préparation

Cas confirmé d'infection humaine.

Deux ou plusieurs cas d'infection humaine par un nouveau sous-type de virus, mais il reste à montrer la capacité du virus à se propager facilement de personne à personne, et à provoquer de nombreuses éclosions de la maladie qui pourraient aboutir à des épidémies.

### Phase 0 : Niveau 3 de préparation

Existence de preuves convaincantes confirmant la transmission du nouveau sous-type de virus de personne à personne au sein de la collectivité, comme l'apparition de cas secondaires provoqués par des contacts avec un cas de référence et dont au moins une éclosion a duré au moins deux semaines dans un pays donné.

### Phase 1 : Confirmation du début de la pandémie

Déclaration de l'existence d'une pandémie, dès qu'il a été démontré que le nouveau sous-type de virus a provoqué plusieurs éclosions d'influenza dans au moins un pays et qu'il s'est propagé à d'autres pays, présentant des profils de maladie indiquant que des cas de morbidité grave et des décès surviendront probablement dans au moins un segment de la population.

### Phase 2 : Épidémies régionales et multi-régionales

Survenue d'éclosions et d'épidémies dans plusieurs pays et propagation de la maladie de région à région dans le monde entier.

### Phase 3 : Fin de la première vague pandémique

Arrêt de la progression ou diminution du nombre d'éclosions dans les pays ou les régions touchés initialement, mais progression du nombre d'éclosions et d'épidémies du nouveau virus ailleurs dans le monde.

#### **Phase 4 : Deuxième vague pandémique ou vagues ultérieures**

À en juger par l'expérience, prévoir dans de nombreux pays au moins une vague redoutable d'éclosions du nouveau virus dans les trois à neuf mois après l'épidémie initiale.

#### **Phase 5 : Fin de la pandémie (retour à la Phase 0 – Période interpandémique)**

L'OMS déclarera la fin de la période pandémique, vraisemblablement après deux à trois ans. La fin de la pandémie se traduira par un retour des indices de l'activité grippale à des niveaux interpandémique essentiellement normaux et par le développement répandu de l'immunité de la population générale contre le nouveau sous-type de virus.

### Procédures d'hygiène des mains

#### A. Lavage des mains

##### (à l'aide de savon non antiseptique et d'un savon antiseptique)

Enlever les bijoux avant de se laver les mains <sup>152,153</sup> .
Rincer les mains sous le robinet d'eau chaude. But : Déloger et enlever les microorganismes présents sur la peau.
Faire mousser le savon et laver, en frictionnant, toutes les surfaces des mains et des doigts. But : La durée minimale de cette étape est de 10 secondes <sup>154</sup> ; elle peut devoir être prolongée si les mains sont visiblement souillées. Si l'on emploie des agents antiseptiques, il faut prévoir une dose de 3 à 5 mL <sup>152</sup> . Les pouces, le dessous des ongles et le dos des doigts et de la main sont fréquemment oubliés.
Rincer les mains à l'eau courante tiède. But : Éliminer les microorganismes et tout résidu de savon.
Bien sécher les mains avec une serviette en papier jetable ou un sèche-mains. Le séchage permet de réduire encore davantage le nombre de microorganismes <sup>155,156</sup> . Il faut éviter d'employer des serviettes réutilisables à cause des risques de contamination microbienne.
Fermer le robinet en évitant de recontaminer les mains, p. ex., en utilisant une serviette jetable. But : Éviter la recontamination des mains.
Garder les ongles courts <sup>157,158</sup> et ne pas utiliser de vernis à ongles ou des ongles artificiels. But : Le vernis à ongles écaillé peut augmenter la charge bactérienne <sup>158</sup> . Les ongles artificiels, notamment les enveloppages, les acryliques ou les bouts, augmentent la charge bactérienne <sup>159-161</sup> . Le vernis à ongles et les ongles artificiels empêchent de voir la saleté sous les ongles.

Inspiré des Lignes directrices de prévention des infections de Santé Canada : *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé, 1998*<sup>3</sup>.

#### B. Décontamination des mains avec un agent antiseptique à base d'alcool

Pour décontaminer les mains à l'aide d'un agent antiseptique à base d'alcool si elles ne sont pas visiblement souillées\* :

- appliquer le produit sur la paume d'une main, puis frotter les mains ensemble jusqu'à ce qu'elles soient sèches, en veillant à laver toutes les surfaces des mains et des doigts;
- suivre les recommandations du fabricant concernant la quantité de produit à utiliser.

**Remarque :** \* Laver les mains si elles sont visiblement souillées ou contaminées par des substances protéiques ou si elles sont visiblement souillées par du sang ou d'autres liquides organiques en les lavant soit avec un savon non antiseptique et de l'eau, soit avec un savon antiseptique et de l'eau, tel que mentionné à l'Appendice III A, *Lavage des mains*.

(Adapté de<sup>1</sup>).

### Outil d'évaluation du syndrome grippal (SG)

Un outil d'évaluation du SG doit être utilisé pour le triage immédiat des patients ou du personnel et des logements ou de la cohorte de patients avant d'aller de l'avant avec l'hygiène et la sécurité au travail et le traitement clinique. Cet outil n'est pas destiné à être utilisé comme outil de gestion clinique. Un outil d'évaluation de la gestion clinique peut être trouvé dans l'Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

#### Outil d'évaluation du SG

Veuillez vérifier les choses suivantes.

**Le SG dans l'ensemble de la population est déterminé par la présence de 1 et 2 et 3 et de l'un ou l'autre des éléments de 4., a – c, qui pourraient être dus au virus d'influenza :**

\_\_\_\_\_ ( ) 1. Apparition soudaine d'une maladie respiratoire

\_\_\_\_\_ ( ) 2. Fièvre (> 38 °C)\*

\_\_\_\_\_ ( ) 3. Toux

4. Un ou plusieurs des symptômes suivants :

\_\_\_\_\_ ( ) a. Mal de gorge

\_\_\_\_\_ ( ) b. Arthralgie

\_\_\_\_\_ ( ) c. Myalgie ou prostration

\* Peut ne pas être présent chez les personnes âgées.

Adapté de la définition sur la surveillance du SG présentement utilisé par FluWatch pour la saison 2002-2003<sup>8</sup>.

## Tableaux

<b>Tableau A : Procédures pour nettoyer les objets communs</b>		
Surface ou objet	Procédure	Considérations particulières
Les surfaces horizontales telles que les tables sur les lits, les plans de travail, les balances pour bébés, les lits, les lits à barreaux, les matelas, les côtés de lits et les sonnettes d'appel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nettoyage à fond et régulier</li> <li>2. Nettoyage lorsque souillées</li> <li>3. Nettoyage entre les patients ou les clients et après le renvoi</li> </ol>	Les procédures particulières, parfois appelées traitement au phénol, ne sont pas nécessaires. Certaines surfaces de l'environnement peuvent exiger un niveau de désinfection peu élevé (p. ex., dans les pouponnières, les installations de pédiatrie, les unités de soins intensifs et les centres de brûlés, les salles d'urgence, les salles d'opération et les installations de greffe de moelle osseuse).
Murs, stores, rideaux	Devraient être nettoyés régulièrement avec un détergent lorsque des éclaboussures ou des saletés surviennent	
Planchers	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nettoyage à fond et régulier</li> <li>2. Nettoyage lorsque souillés</li> <li>3. Nettoyage entre le renvoi des patients ou des clients. De préférence, essuyer avec un linge humide</li> </ol>	Le détergent est adéquat dans la plupart des endroits. Les éclaboussures de sang ou de liquide organique devraient être nettoyés avec des linges jetables, puis désinfectés avec un désinfectant de niveau peu élevé.
Tapis ou revêtements	Devraient être aspirés régulièrement et shampooinés au besoin	
Jouets	Devraient être nettoyés régulièrement, désinfectés avec un désinfectant de niveau peu élevé, rincés à fond et séchés (entre les utilisations des patients dans des installations de soins actifs)	Pour les installations de pédiatrie, les jouets devraient être fabriqués de matériaux lisses, non poreux (c.-à-d., pas de la peluche) afin de faciliter le nettoyage et la décontamination  Ne pas utiliser des produits phénoliques.
Toilettes et chaises d'aisance	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nettoyage à fond et régulier</li> <li>2. Nettoyage lorsque souillées</li> <li>3. Nettoyage entre les patients ou les clients et après le renvoi. Utiliser un désinfectant de niveau peu élevé</li> </ol>	Elles peuvent être la source de maladies entéro-pathogènes telles que <i>C. difficile</i> et <i>Shigella</i> .

**Tableau B : Consignes pour la préparation et l'utilisation de désinfectants à base de chlore<sup>3</sup>**

Produit	Utilisation prévue	Dilution recommandée	Niveau de chlore accessible
Javellisant (solution de 5 % d'hypochlorite de sodium avec 50 000 ppm* chlore accessible)	Nettoyage d'éclaboussures de sang	Utiliser des concentrations allant d'une partie de javellisant mélangée à 99 parties d'eau du robinet (1:100) ou une partie de javellisant mélangée à 9 parties d'eau du robinet (1:10), selon la quantité de matériel organique (p. ex., sang ou mucus) présent sur la surface devant être nettoyée et désinfectée.	0,05 % ou 500 ppm 0,5 % ou 5 000 ppm
	À ajouter à l'eau de la lessive	Une partie (un contenant de 8 onces ou 235 mL) de javellisant mélangé à environ 500 parties (28 gallons† ou 127 L) d'eau du robinet	0,01 % ou 100 ppm
	Nettoyage de surfaces Tremper les objets de verre ou de plastique	Une partie (un contenant de 8 onces ou 235 mL) de javellisant mélangé à environ 50 parties (2,8 gallons† ou 127 L) d'eau du robinet	0,1 % ou 1 000 ppm
Poudre de NaDCC (sodium dichloroisocyanurate) avec 60 % de chlore disponible	Nettoyage d'éclaboussures de sang	Dissoudre 8,5 g dans un litre d'eau du robinet	0,85 % ou 5 000 ppm
Poudre de chloramine-T avec 25 % de chlore disponible	Nettoyage d'éclaboussures de sang	Dissoudre 20 g dans un litre d'eau du robinet	2,0 % ou 5 000 ppm
* Parties par gallon			
† Gallon impérial (4,5 litres)			

1. BOYCE, JM, et D. PITTET. *Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force*. MMWR 2002; 51(RR-16):1-47.
2. SCHEIFELE, DW, J. OCHIO. *Hepatitis A vaccine : is it being used to best advantage?*. CMAJ 2002; 167(1):44-45.
3. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines for hand washing, cleaning, disinfection and sterilization in health care*. Part of the Infection Control Guidelines Series. Canada Communicable Disease Report 24S8, 1-54. 1998. Type de réf. : Rapport
4. VALENTI, WM, MA MENEGUS. *Nosocomial viral infections: IV. Guidelines for cohort isolation, the communicable disease survey, collection and transport of specimens for virus isolation, and considerations for the future*. Infect Control 1981; 2(3):236-245.
5. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines: Routine practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in health care*. Canada Communicable Disease Report 25S4, 1-142. 1999. Type de réf. : Rapport
6. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines for the prevention and control of occupational infections in health care*. CCDR 2002; 28S1:1-264.
7. SANTÉ CANADA. *Clinical care guideline, annex G of the preparedness section of the Canadian pandemic influenza plan: July 2002 draft*. 1-166. 2003. Type de réf. : Générique
8. SANTÉ CANADA. *Fluwatch: definitions for the 2002-2003 season*. Fluwatch 2002-2003, 1-2. 9-13-2002. Type de réf. : Communication Internet
9. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines for preventing the transmission of bloodborne pathogens in health care and public services settings*. Part of the Infection Control Guidelines Series. Canada Communicable Disease Report 23S3, 1-42. 1997. Type de réf. : Rapport
10. GUST, ID, AW HAMPSON, D. LAVANCHY. *Planning for the next pandemic of influenza*. Rev Med Virol 2001; 11(1) : 59-70.
11. PATTERSON, KD. *The virus and the disease*. In : Patterson KD, éd. *Pandemic Influenza 1700-1900 : A Study in Historical Epidemiology*. Totowa, NJ: Rowman & Littlefield, 1986: 1-10.
12. GLEZEN, WP. *Emerging infections: pandemic influenza*. Epidemiol Rev 1996; 18(1):64-76.
13. COUCH, RB., TR CATE, RG DOUGLAS, PJ GERONE. V. KNIGHT. *Effect of route of inoculation on experimental respiratory viral disease in volunteers and evidence for airborne transmission*. Bacteriol Rev 1966; 30:517-529.
14. BEAN, B, BM MOORE, B. STERNER, LR PETERSON, DN GERDING, HH BALFOUR. *Survival of influenza viruses on environmental surfaces*. J Infect Dis 1982; 146:47-51.
15. MORENS, DM, VM RASH. *Lessons from a nursing home outbreak of influenza A*. Infect Control Hosp Epidemiol 1995; 16(5):275-280.
16. GARNER, JS, HICPAC. *Guideline for isolation precautions in hospitals – Special report*. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17(1):54-80.
17. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for prevention of nosocomial pneumonia*. IN : Friede A, O'Carroll PW, Nicola RM, Oberle MW, Teutsch SM, editors. *CDC Prevention Guidelines: a guide to action*. Atlanta, Georgia: Williams & Wilkins, 1997: 1277-1354.

18. MOSER, MR, TR BENDER, HS MARGOLIS, GR NOBLE, AP KENDAL, DG RITTER. *An outbreak of influenza aboard a commercial airliner*. Am J Epidemiol 1979; 110(1):1-6.
19. LOOSLI, CG, HM LEMON, OH ROBERTSON, E APPEL. *Experimental air-borne influenza infection. I. Influence of humidity on survival of virus in air*. Proc Soc Exp Biol Med 1943; 53:205-214.
20. Control of communicable diseases manual. 17th ed. ed. Washington, DC: American Public Health Association, 2000.
21. KNIGHT, V. *Airborne transmission and pulmonary deposition of respiratory viruses*. In : Mulder J, Hers JFP, editor, Influenza. Groningen, Netherlands: Wolters-Noordhoff, 1972: 1-9.
22. DOUGLAS, RG. *Influenza in Man*. In : Kilbourne ED, editor The Influenza Virus and Influenza. New York : American Press, 1975: 395-447.
23. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics, Pickering LK, Peter G, Baker CJ, Gerber MA et al. 2000 *Red Book: report of the committee on infectious diseases*. 25 ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000.
24. BRADLEY, SF. *Long-Term-Care Committee of the Society for Healthcare Epidemiology of America. Prevention of influenza in long-term-care facilities*. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20(9):629-637.
25. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for prevention and control of pandemic influenza in healthcare institutions – draft – 03/23/00*. 1-11. 3-23-2000. Type de réf.: Rapport
26. SQUIRE, SG, JF MACEY, T. TAM. *Progress towards Canadian target coverage rates for influenza and pneumococcal immunizations*. CCDR 2001; 27(10):90-91.
27. SANTÉ CANADA. *Influenza and pneumococcal immunization 'blitz' in an inner city area: downtown eastside of Vancouver, British Columbia*. CCDR 2000; 26(14):1-5.
28. DE WALSH, P, M. CARBONNEAU, H PAYETTE, T. NIYONSENGA. *Influenza and pneumococcal vaccination in long term care facilities in two regions of Quebec*. Can J Infect Dis 1996; 7(5):296-300.
29. MUNOZ, FM, JR CABELL, RL ATMAR, J. GARCIA-PRATZ, BD BAXTER, LE JOHSON et al. *Influenza A virus outbreak in a neonatal intensive care unit*. Pediatr Infect Dis J 1999; 18(9):811-815.
30. MEIBALANE, R, GV SEDMAK, P. SASIDHARAN, P. GARG, JP GRAUSZ. *Outbreak of influenza in a neonatal intensive care unit*. J Pediatr 1977; 91(6):974-976.
31. CUNNEY, RJ, A. BIALACHOWSKI, D. THORNLEY, F. SMAIL, RA PENNIE RA. *An outbreak of influenza A in a neonatal intensive care unit*. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21(7):449-454.
32. DUCHINI, A., RM HENDRY, DC REDFIELD, PJ POCKROS. *Influenza infection in patients before and after liver transplantation*. Liver Transplantation 2000; 6(5):531-542.
33. YOUSUF, HM, J. ENGLUND, R. COUCH, K. ROLSTON, M. LUNA, J. GOODRICH et al. *Influenza among hospitalized adults with leukemia*. Clin Infect Dis 1997; 24(6):1095-1099.
34. WHIMBEY, E, GP BODEY. *Viral pneumonia in the immunocompromised adult with neoplastic disease: the role of common community respiratory viruses*. Semin Respir Infect 1992; 7(2):122-131.
35. RAAD, I, J. ABBAS, E. WHIMBEY. *Infection control of nosocomial respiratory viral disease in the immunocompromised host*. Am J Med 1997; 102(3A):48-54.

36. KEEN-PAYNE, R. *We must have nurses. Spanish influenza in America 1918-1919.* Nurs Hist Rev 2000; 8:143-156.
37. COX, NJ. *Global epidemiology of influenza : past and present.* Annu Rev Med 2000; 51:407-421.
38. FROST, WH. *The epidemiology of influenza.* J AmMed Assoc 1919; 73(5):313-318.
39. REICHERT, TA, N. SUGAYA, DS FEDSON, WP GLEZEN, L. SIMONSEN, M. TASHIRO. *The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza.* N Eng J Med 2001; 344(12):889-896.
40. JORDAN, WS. *The mechanisms of spread of Asian influenza.* Am Rev Respir Dis 1961; 83(2S):29-40.
41. GLEZEN, WP, FA LODA, FW DENNY. *A field evaluation of inactivated, zonal-centrifuged influenza vaccines in children in Chapel Hill, North Carolina, 1968-69.* Bull World Health Org 1969; 41:566-569.
42. GLEZEN, WP. *Serious morbidity and mortality associated with influenza epidemics.* Epidemiol Rev 1982; 4:25-44.
43. MUNOZ, FM, GJ GALASSO, JM GWALTNEY, FG HAYDEN, R. WEBSTER et al. *Current research on influenza and other respiratory viruses: II International Symposium.* Antiviral Res 2000; 46(2):91-124.
44. RICKETTS, M, L. DESCHAMPS. *Reported seroconversions to human immunodeficiency virus among workers worldwide – a review.* Can J Infect Control 1992; 7(3):85-90.
45. Centers for Disease Control and Prevention. *Update: human immunodeficiency virus infections in health care workers exposed to blood of infected patients.* MMWR 1987; 36(19):285-289.
46. OLSEN, RJ, P. LYNCH, MB COYLE, J. CUMMINGS, T. BOKETE, WE STAMM. *Examination gloves as barriers to hand contamination in clinical practice* J AmMed Assoc 1993; 270(3):350-353.
47. DOEBBELING, BN, MA PFALLER, AK HOUSTON, RP WENZEL. *Removal of nosocomial pathogens from the contaminated glove: implications for glove reuse and handwashing.* Ann Intern Med 1988; 109(5):394-398.
48. ARDEN, NH. *Control of influenza in the long-term-care facility: a review of established approaches and newer options.* Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21(1):59-64.
49. MC GREER, A, DS SILTAR, SE TAMBLYN, F. KOLBE, P. ORR, FY AOKI. *Use of antiviral prophylaxis in influenza outbreaks in long term care facilities.* Can J Infect Dis 2000; 11(4):187-192.
50. SMITH, PW, PG RUSNAK. *Infection prevention and control in the long-term care facility.* Infect Control Hosp Epidemiol 1997; 18(12):831-849.
51. GOLDRICK, BA. *Infection control programs in long-term-care facilities: structure and process.* Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20(22):764-769.
52. GOODMAN, RA, SL SOLOMON. *Transmission of infectious diseases in outpatient health care setting.* J Am Med Assoc 1991; 265(18):2377-2381.
53. FRIEDMAN, C, M. BARNETTE, AS. BUCK, R. HAM, J. HARRIS, P. HOFFMAN, et al. *Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in out-of-hospital settings: a consensus panel report.* American Journal of Infection Control 27[5], 418-430. 10-1-1999. Ref Type: Abstract
54. DRUMMOND, DC, AG SKIDMORE. *Sterilization and disinfection in the physician's office.* Can Med Assoc J 1991; 145(8):937-943.

55. Committee on Infectious Diseases, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. *Infection control in physician's offices*. *Pediatr* 2000; 105(6):1361-1369.
56. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Infection control in the physician's office*. Ontario College of Physicians and Surgeons, editor, 1999. Ontario. Type de réf. : Report
57. L'Association dentaire canadienne. *Recommendations for implementation of infection control procedure*. Canadian Dental Association, editor, 1-12. 2001. Ottawa, ON. Type de réf. : Rapport
58. HERWALDT, LA, SD SMITH, CD CARTER. *Infection control in the outpatient setting*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19(1):41-74.
59. Victorian Order of Nurses for Canada. *Infection control*. In : Victorian Order of Nurses for Canada, editor. *Health Care Manual*. Ottawa, ON: Victorian Order of Nurses for Canada, 1993: XIV-C-XIV-D.
60. POPOVICH, ML. *The joint commission's home care standards for infection control*. *Home Care Provid* 1999; 4(1):40-41.
61. ST PIERRE, M. . *Caring* 1996; 15(7):50-59.
62. SIMMONS, B, M. TRUSLER, J. ROCCAFORTE, P. SMITH, R, SCOTT. *Infection control for home health*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1990; 11(7):362-370.
63. WEAVER, VM, SD ARNDT. *Communicable disease and firefighters*. *Occup Med* 1995; 10(4):747-762.
64. United States Fire Administration. *Guide to developing and managing an emergency service infection control program*. FA-112. 1992. Emmitsburg, MD, United States Fire Administration. Type de réf. : Rapport
65. VANDERBROUCKE-GRAUDS, CMJE, ACM BAARS, MR VISSER, PF HULSTEART. *An outbreak of Serratia marcescens traced to a contaminated bronchoscope*. *J Hosp Infect* 1993; 23:263-270.
66. KJOLEN, H. et BM ANDERSEN. *Handwashing and disinfection of heavily contaminated hands—effective or ineffective?* *J Hosp Infect* 1992; 21:61-71.
67. WADE, JJ, N. DESAI, MW CASEWELL. *Hygienic hand disinfection for the removal of epidemic vancomycin-resistant Enterococcus faecium and gentamicin-resistant Enterobacter cloacae*. *J Hosp Infect* 1991; 18:211-218.
68. LARSON, EL, PI ELK, BE LAUGHON. *Efficacy of alcohol-based hand rinses under frequent-use conditions*. *Antimicrob Agents Chemother* 1986; 30(4):542-544.
69. Board of Funeral Services, Ontario Funeral Service Association. *Recommended guidelines for the implementation of universal precautions in the funeral service profession*. Toronto, ON: Board of Funeral Services, 1994.
70. Committee on Early Childhood AaDCAAoP. « The health professional as a health consultant to day care programs ». Dans : Deitch SA, éd. *Health in Day Care: A Manual for Health Professionals*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1987: 104-115.
71. *Child Well-Being: A Guide for Parents and Children*. 2001.
72. HENDLEY, JO. *How germs are spread*. In : Donowitz LG, editor *Infection Control in the Child Care Center and Preschool*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 3-6.
73. YAMAUCHI, T. *Guidelines for attendees and personnel*. In : Donowitz LG, editor, *Infection Control in the Child Care Center and Preschool*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 9-20.

74. LANDRY, SM. *Control of isolated and epidemic infection*. In : Donowitz LG, editor. *Infection Control in the Child Care Center and Preschool*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 67-75.
75. HALPERIN, SA. *Influenza (flu)*. In : Donowitz LG, editor. *Infection Control in the Child Care Center and Preschool*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 188-191.
76. Committee on Early Childhood AaDCAAoP. *Keeping the child healthy in the day care setting*. In : Deitch SA, éeditor, *Health in Day Care: A Manual for Health Professionals*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1987: 11-31.
77. Committee on Early Childhood AaDCAAoP. *Prevention, control, and management of infections in day care*. In : Deitch SA, editor *Health in Day Care: A Manual for Health Professionals*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1987: 58-73.
78. *Immunizations and the vaccine-preventable diseases*. In : O'Connell JJ, Groth J, éditteur *The Manual of Common Communicable Diseases in Shelters*. Boston, MA: The Boston Foundation, 1991: 202-218.
79. Fact Sheets: *Influenza*. In : O'Connell JJ, Groth J, editor. *The Manual of Common Communicable Diseases in Shelters*. Boston, MA: The Boston Foundation, 1991: 240.
80. «Airborne». In: O'Connell JJ, Groth J, editors. *The Manual of Common Communicable Diseases in Shelters*. Boston (MA), The Boston Foundation, 1991, 50-105.
- 81.
82. BRUNDAGE, J.F., R.M. SCOTT, W.M. LEDNAR, D.W. SMITH et R.N. MILLER. *Building-associated risk of febrile acute respiratory diseases in Army trainees*, J Am Med Assoc, 1998, 259(14):2108-2112.
83. DRINKA, PJ, P. KRAUSE, M. SCHILLING, B.A. MILLER, P. SHULT et S. GRAVENSTEIN S. *Report of an outbreak: nursing home architecture and influenza-A attack rates*. J Am Geriatr Soc, 1996, 44(8):910-913.
84. SANTÉ CANADA. *Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in Canadian health care facilities and other institutional settings*, Canada Communicable Disease Report 22S1, 1-50. 4-1-1996. Ref Type: Report
85. KABARA, J.J. et M.B. BRADY. *Contamination of bar soaps under «in-use» conditions*, Journal Environ Pathol Toxicol Oncol, 1984, 5(4/5):1-14.
86. LARSON, E. et .E.K. KRETZER. *Compliance with handwashing and barrier precautions*, J Hosp Infect 1995, 30(Supplement):88-106.
87. LARSON, E.L., J.L. BRYAN, L.M. ADLER et C. BLANE. *A multifaceted approach to changing handwashing behavior*, Am J Infect Control, 1997, 25:3-10.
88. KUNIN. C.M. *The responsibility of the infectious disease community for the optimal use of antimicrobial agents*, J Infect Dis, 1985, 151(3):388-398.
89. BETTIN, K., C. CLABOTS, P. MATHIE, K. WILLARD et D.N GERDING. *Effectiveness of liquid soap vs chlorhexidine gluconate for the removal of Clostridium difficile from bare hands and gloved hands*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1994, 15(11):697-702.
90. RICHARDS, N.M. et S. LEVITSKY. *Outbreak of Serratia marcescens infections in a cardiothoracic surgical intensive care unit*, Ann Thorac Surg, 1975, 19(5):503-513.

91. EHRENKRANZ, N.J. et B.C. ALFONSO. *Failure of bland soap handwash to prevent hand transfer of patient bacteria to urethral catheters*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1991, 12:654-662.
92. LARSON, E.L., APIC GUIDELINES COMMITTEE. *APIC guideline for hand washing and hand antisepsis in health care settings*, Am J Infect Control, 1995, 23(4):251-269.
93. LARSON, E. *A casual link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1988, 9:28-36.
94. DOEBBELING, B.N., G.L. STANLEY, C.T. SHEETZ, M.A. PFALLER, A.K. HOUSTON, L. ANNIS et al. *Comparative efficacy of alternative hand-washing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units*. N Eng J Med, 1992, 327(2):88-93.
95. PATTERSON, J.E., J. VECCHIO, E.L. PANTELICK, P. FARREL, D. MAZON, M.J. ZERVOS et al. *Association of contaminated gloves with transmission of Acinetobacter calcoaceticus var. anitratus in an intensive care unit*, Am J Med, 1991, 91(November):479-483.
96. ROTTER, M.L., W. KOLLER et R. NEUMANN. *The influence of cosmetic additives on the acceptability of alcohol-based hand disinfectants*, J Hosp Infect, 1991, 18 (Supp. B)(June):57-63.
97. FRANCE, D.R. *Survival of Candida albicans in hand creams*, N Z Med J, 1968; 67:552-554.
98. MORSE, L.J., H.L. WILLIAMS, F.P. GRENN, E.E. ELDRIDGE et J.R. ROTTA. *Septicemia due to Klebsiella pneumoniae originating from a hand cream dispenser*, N Eng J Med, 1967, 277:472-473.
99. MORSE, L.J. et L.E. SCHONBECK. *Hand lotions – a potential nosocomial hazard*, N Eng J Med, 1968, 278(7):376-378.
100. ORTH, B., R. FREI, P.H. ITIN, M.G. RINALDI, B. SPECK, A. GRATWOHL et al. *Outbreak of invasive mycoses caused by Paecilomyces lilacinus from a contaminated skin lotion*, Ann Intern Med, 1996, 125(10):799-806.
101. BECKS, V.E. et N.M. LORENZONI. *Pseudomonas aeruginosa outbreak in a neonatal intensive care unit: a possible link to contaminated hand lotion*, Am J Infect Control, 1995, 23(6):396-398.
102. SOULIER, A., F. BARBUT, J.M. OLLIVIER, J.C. PETIT et A. LIENHART. *Decreased transmission of enterobacteriaceae with extended-spectrum beta-lactamases in an intensive care unit by nursing reorganization*, J Hosp Infect, 1995, 31(2):89-97.
103. MALONE, N. et E. LARSON. *Factors associated with a significant reduction in hospital-wide infection rates*, Am J Infect Control, 1996, 24(3):180-185.
104. BELL, D.M. *Human immunodeficiency virus transmission in health care settings: risk and risk reduction*, Am J Med, 1991, 91(suppl 3B):S294-S300.
105. MAST, S.T., J.D. WOOLVINE et J.L. GERBERDING. *Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury*, J Infect Dis, 1993, 168:1589-1592.
106. MANIAN, F.A., L. MEYER et J. JENNE. *Clostridium difficile contamination of blood pressure cuffs: a call for a closer look at gloving practices in the era of universal precautions*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1996, 17(3):180-182.
107. MAKI, D.G., R.D. MCCORMICK et M.A. ZILZ. *An MRSA outbreak in an SICU during universal precautions: a new epidemiology for nosocomial MRSA: downside for universal precautions*, Proceedings of the 3rd decennial international conference on nosocomial infections, Atlanta, 1990. Ref Type: Abstract

108. SATTAR, S.A., H. JACOBSEN, H. RAHMAN, T.M. CUSACK et J.R. RUBINO. *Interruption of rotavirus spread through chemical disinfection*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1994, 15(12):751-756.
109. SPACH, D.H., F.E. SILVERSTEIN et W.E. STAMM. *Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy*, Ann Intern Med, 1993, 118(2):117-128.
110. CRYAN, E.M.J., F.R. FALKINER, T.E. MULVIHILL, C.T. KEANE, et P.W.N. KEELING. *Pseudomonas aeruginosa cross-infection following endoscopic retrograde cholangiopancreatography*, J Hosp Infect, 1984, 5:371-376.
111. O'CONNOR, B.H., J.R. BENNETT, D.R. SUTTON, J.G. ALEXANDER, I. LEIGHTON, S.L. MAWER et al. *Salmonellosis infection transmitted by fiberoptic endoscopes*, Lancet, 1982, 864-866.
112. KACZMAREK, R.G., R.M. MOORE, JR., J. MCCROHAN, D.A. GOLDMANN, C. REYNOLDS, C. CAQUELIN et al. *Multi-state investigation of the actual disinfection/sterilization of endoscopes in health care facilities*, Am J Med, 1992, 92(3):257-261.
113. CRAIG, D.B., S.A. COWAN, W. FORSYTH et S.E. PARKER. *Disinfection of anesthesia equipment by a mechanical pasteurization method*, Can Anaesth Soc J, 1975, 22:219-223.
114. CHATBURN, R.L. *Decontamination of respiratory care equipment: what can be done, what should be done*, Respir Care, 1989, 34(2):98-110.
115. NELSON, E.J. et K.J. RYAN. *A new use for pasteurization: disinfection of inhalation therapy equipment*, Respir Care, 1971, 16:97-103.
116. REICHERT, M. et J.H. YOUNG. *Sterilization technology for the health care facility*, Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers, Inc., 1997.
117. ALFA, M.J., N. OLSON, P. DEGAGNE et R. HIZON. « New low temperature sterilization technologies: microbicidal activity and clinical efficacy». In: Rutala WA, editor. *Disinfection, sterilization and antisepsis in health care*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. and Polyscience Publications, Inc., 1998: 67-78.
118. RUTALA, W.A. et K.M. SHAFER. « General information on cleaning, disinfection, and sterilization». In: Olmsted RN, editor. *APIC infection control and applied epidemiology: principles and practice*, St. Louis, Mosby, 1996, 1-16.
119. MAKI, D.G., J.T. BOTTICELLI, M.L. LEROY et T.S. THIELKE. *Prospective study of replacing administration sets for intravenous therapy at 48- vs 72-hour intervals: 72 hours is safe and cost-effective*, J Am Med Assoc, 1987, 258:1777-1781.
120. GORDON, S.M., M. TIPPLE, L.A. BLAND et W.R. JARVIS. *Pyrogen reactions associated with the reuse of disposable hollow fibre hemodialyzers*, J Am Med Assoc, 1988, 260:2077-2081.
121. RHAME, F.S. «The inanimate environment». In: Bennett JV, editor. *Hospital infections*, Philadelphia, Lippincott -Raven, 1998, 299-324.
122. COLLINS, B.J. *The hospital environment: how clean should a hospital be?*, J Hosp Infect, 1988, 11 (Supp. A):53-56.
123. LIOR, L., M. LITT, J. HOCKIN, C. KENNEDY, B.A. JOLLEY, M. GARCIA et al. *Vancomycin-resistant Enterococci on a renal ward in an Ontario hospital*, CDR, 1996, 22:125-128.
124. CDC. *Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994*, MMWR, 1995, 44(50):929-933.

125. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings*, MMWR, 1987, 36(2S):1S-18S.
126. MARTIN, M.A.. «Nosocomial infections related to patient care support services: dietetic services, central services department, laundry, respiratory care, dialysis, and endoscopy». In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, 647-688.
127. PUGLIESE, G. et C.A. HUNTSTIGER. «Central services, linens and laundry». In: Bennett JV, editor. *Hospital infections*, Toronto, Little Brown and Co., 1992, 335-344.
128. MULHAUSEN, P. «Infection and control of nosocomial infection in extended care facilities». In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, 283-306.
129. DEGELAU, J. *Scabies in long-term care facilities*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1992, 13(7):421-425.
130. HAAG, M.L. et S.J. BROZENA. *Attack of the scabies: what to do when an outbreak occurs*, Geriatrics, 1993, 48:45-53.
131. SARGENT, S.J. «Ectoparasites». In: Mayhall CG, editor. *Hospital epidemiology and infection control*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, 465-472.
132. STEERE, A.C. et G.F. MALLISON. Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections, Ann Intern Med, 1975, 83:683-690.
133. KORNIWICZ, D.M. *Barrier protection of latex*, Immunology and Allergy Clinics of North America, 1995, 15(1 (February)):123-137.
134. MORENS, D.M., D.J. BREGMAN, C.M. WEST, M.H. GREENE, M.H. MAZUR, R. DOLIN et al. *An outbreak of varicella-zoster virus infection among cancer patients*, Ann Intern Med, 1980, 93(3):414-419.
135. RUTALA, W.A. «Selection and use of disinfectants in health care». In: Mayhall CG, editor. *Hospital Epidemiology and Infection Control*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, 913-936.
136. JACOBS, P.T., J.H. WANG, R.A. GORHAN et C.G. ROBERTS. «Cleaning: principles, methods and benefits» In: Rutala WA, editor. *Disinfection, sterilization and antisepsis in health care*, Washington, D.C., Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. and Polyscience Publications, Inc., 1998, 165-181.
137. CANADIAN STANDARDS ASSOCIATION. *Effective sterilization in health care facilities by the steam process (Z314.3-01)*, Kraegel J, Burford G, editors, Z314.3-01, 1-50. 2001, Toronto, On, CSA International. Ref Type: Report
138. PERKINS, J.J. *Principles and methods of sterilization in health sciences*. 4th ed. ed. Springfield, Charles C Thomas, 1969.
139. ROSENBERG, J. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in the community: who's watching?*, Lancet, 1995, 346:132-133.
140. RUTALA, W.A. *APIC guidelines for selection and use of disinfectants*, Am J Infect Control, 1990, 18(2):99-117.
141. FAVERO, M.S. et W.W. BOND. «Chemical disinfection of medical and surgical materials». In: Block SS, editor. *Disinfection, sterilization and preservation*, Philadelphia, Lea and Febiger, 1991, 617-641.

142. PRINCE, D.L., H.N. PRINCE, O. THRAENHART, E. MUCHMORE, E. BONDER et J. PUGH. *Methodological approaches to disinfection of human hepatitis B virus*, J Clin Microbiol, 1993, 31(12):3296-3304.
143. JOINT COMMITTEE ON HEALTHCARE LAUNDRY GUIDELINES. *Guidelines for healthcare linen service – 1994*, Hallandale, Florida, Joint Committee on Healthcare Laundry Guidelines, 1994.
144. SANTÉ CANADA. *Laundry/linen services for health-related facilities*. Minister of Supply and Services, 1994, Cat. No. H39-304/1994E, Inconnu 1994.
145. WEINSTEIN, S.A., N.M. GANTZ, C. PELLETIER et D. HIBERT. *Bacterial surface contamination of patients' linen: isolation precautions versus standard care*, Am J Infect Control, 1989, 17(5):264-267.
146. MAKI, D.G., C. ALVARADO et C. HASSEMER. *Double-bagging of items from isolation rooms is unnecessary as an infection control measure: a comparative study of surface contamination with single- and double-bagging*, Infect Control, 1986, 7(11):535-537.
147. RUTALA, W.A. «Disinfection, sterilization, and waste disposal». In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, 539-593.
148. REINHARDT, P.A., J.G. GORDON et C.J. ALVARADO. «Medical waste management». In: Mayhall CG, editor. *Hospital epidemiology and infection control*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, 1099-1108.
149. SCHMIDT, E.A. «Medical waste management». In: Olmsted RN, editor. *APIC infection control and applied epidemiology: principles and practice*, St. Louis, Mosby, 1996, 112-1.
150. TRANSPORTS CANADA. *Transportation of dangerous goods act, 1992. Amendment, schedule no. 16, 24 March 1994*, Can Gazette 1994, 128:1526-1535.
151. SANTÉ CANADA. *Laboratory biosafety guidelines*, 2 ed, Ottawa, Santé Canada, 1996.
152. LARSON E. *Handwashing: it's essential – even when you use gloves*. Am J Nurs, 1989, 89:934-939.
153. SALISBURY, D.M., P. HUTFILZ, L.M. TREEN, G.E. BOLLIN et S. GAUTAM. *The effect of rings on microbial load of health care workers' hands*, Am J Infect Control, 1997, 25(1):24-27.
154. NOSKIN, G.A., V. STOSOR, I. COOPER et L.R. PETERSON. *Recovery of vancomycin-resistant enterococci on fingertips and environmental surfaces*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1995, 16(10):577-581.
155. GOULD, D. *The significance of hand-drying in the prevention of infection*, Nurs Times, 1994, 90(47):33-35.
156. HANNA, .P.J, B.J. RICHARDSON et M. MARSHALL. *A comparison of the cleaning efficiency of three common hand drying methods*, Applied Occupational and Environmental Hygiene, 1996, 11(1):37-43.
157. LOUIE, M., D.E LOW, S.V. FEINMAN, B. MCLAUGHLIN et A.E. SIMOR. *Prevalence of bloodborne infective agents among people admitted to a Canadian hospital*, Can Med Assoc J, 1992, 146(8):1331-1334.
158. BAUMGARDNER, C.A., C.S. MARAGOS, J. WALZ et E. LARSON. *Effects of nail polish on microbial growth of fingernails: dispelling sacred cows*, AORN J, 1993, 58(1):84-88.
159. POTTINGER, J., S. BURNS et C. MANSKE. *Bacterial carriage by artificial versus natural nails*, Am J Infect Control, 1989, 17(6):340-344.

160. FOCA, M., K. JAKOB, S. WHITTIER, P. DELLA-LATTA, S. FACTOR, D. RUBENSTEIN et al. *Endemic Pseudomonas aeruginosa infection in a neonatal intensive care unit*, N Eng J Med, 2000, 343(10):695-700.
161. MCNEIL, S.A., C.L. FOSTER, S.A HEDDERWICK et C.A. KAUFFMAN. *Effect of hand cleansing with antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers*, Clin Infect Dis, 2001; 32(3):367-372.

# Mesures et lignes directrices relatives aux soins cliniques

**Date de la version la plus récente : Septembre 2008**

Remarque :

- Plusieurs sections ont été ajoutées assorties de conseils sur la préparation clinique, la communication « en temps réel », le besoin d'un plan de continuité des activités et la préparation personnelle.
- En tant qu'appendice à la présente annexe, le *Guide élémentaire sur la pandémie de grippe à l'intention des professionnels de la santé de première ligne* a été élaboré pour orienter les cliniciens à travers les sept aspects clés de la préparation pandémique



## Section 1 : Introduction

- 1.1 But et portée . . . . . 3
- 1.2 Éthique relative aux soins cliniques lors de situations d'urgence en santé publique. . . . . 4

## Section 2 : Préparation clinique

- 2.1 Comprendre le risque . . . . . 6
- 2.2 Comprendre la pathogénèse de l'influenza . . . . . 6
- 2.3 Comprendre l'intervention du système de santé . . . . . 7
  - 2.3.1 Surveillance et dépistage précoce . . . . . 7
  - 2.3.2 Communications en temps réel. . . . . 8
  - 2.3.3 Médicaments antiviraux . . . . . 9
  - 2.3.4 Services de santé d'urgence . . . . . 9
  - 2.3.5 Mesures de santé publique . . . . . 9
  - 2.3.6 Vaccin pandémique . . . . . 10
- 2.4 Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle de l'infection . . . . . 10
- 2.5 Planification de la continuité des activités . . . . . 10
- 2.6 Préparation personnelle et familiale . . . . . 11
- 2.7 Instaurer des pratiques exemplaires lors de la grippe saisonnière . . . . . 12
  - 2.7.1 Dépistage . . . . . 12
  - 2.7.2 Vaccins et antiviraux . . . . . 12

## Section 3 : Intervention clinique

- 3.1 Auto-évaluation et triage initial . . . . . 14
- 3.2 Évaluation des patients atteints d'une affection pseudo-grippale . . . . . 15
  - 3.2.1 Évaluation primaire . . . . . 15
  - 3.2.2 Évaluation secondaire . . . . . 15
- 3.3 Indications relatives aux tests de laboratoire nécessaires au cours d'une pandémie . . . . . 16
- 3.4 Options thérapeutiques, y compris l'utilisation de médicaments antiviraux. . . . . 17
- 3.5 Complications liées à l'influenza. . . . . 17
- 3.6 Traitement des infections secondaires . . . . . 18
- 3.7 Populations particulières . . . . . 20
  - 3.7.1 Enfants . . . . . 20
  - 3.7.2 Femmes enceintes . . . . . 21

3.7.3	Personnes âgées . . . . .	21
3.7.4	Patients immunodéprimés . . . . .	22
3.8	Directives médicales et autres questions juridiques . . . . .	23
3.9	Information des patients et des familles . . . . .	23
	Bibliographie . . . . .	25
	Appendice 1 : Guide élémentaire sur la pandémie de grippe à l'intention des professionnels de la santé de première ligne . . . . .	28

# Section 1 : Introduction

Dans le cadre de la présente annexe, « cliniciens » s'entend des fournisseurs de soins de santé qui prodiguent des soins primaires. L'expression « planificateurs de soins de santé » désigne les personnes chargées de l'état de préparation du système de santé en cas de pandémie d'influenza au nom du ministre de la Santé provincial ou territorial.

Les cliniciens se trouvent sur la ligne de front lors d'une intervention liée à une pandémie d'influenza. Advenant un tel incident toutefois, l'intervention en santé s'étendrait bien au-delà du chevet des malades pour englober un système de santé complexe : les services communautaires, les établissements hospitaliers et la santé publique de tous les ordres de gouvernement, ainsi que les laboratoires. Une intervention efficace du système de santé à l'occasion d'une pandémie d'influenza exige des données en temps réel sur la maladie et des mesures efficaces. Cela comprend l'établissement de rapports par les cliniciens et les travailleurs de la santé qui œuvrent aux niveaux local, provincial, territorial, national et international. La présente annexe contient ce que les cliniciens doivent savoir dans le contexte d'une telle intervention plus vaste du système de santé.

## 1.1 But et portée

La présente annexe a pour but d'aider les planificateurs de soins de santé et les cliniciens locaux et provinciaux/territoriaux lors d'une préparation et d'une intervention en cas de pandémie. Elle a été élaborée par des cliniciens de première ligne, y compris les suivants : médecins de famille et infirmières praticiennes, experts en maladies infectieuses, en médecine de laboratoire, en médecine respiratoire et soins intensifs et professionnels de la santé publique. Elle a pour but de sensibiliser davantage aux rôles complémentaires des fournisseurs de soins cliniques, des laboratoires et de la santé publique lors d'une intervention en cas d'écllosion d'une maladie infectieuse d'envergure comme une pandémie d'influenza. Grâce à l'information, aux conseils et aux outils pratiques mentionnés dans la présente annexe, les planificateurs des soins de santé pourront améliorer l'état de préparation clinique dans leurs sphères de compétence respectives (provinces et territoires), et les cliniciens se renseigneront davantage sur les aspects cliniques d'une intervention en cas de pandémie d'influenza.

La *Section 1 : Introduction* donne un aperçu de cette annexe et cerne certains principes de déontologie clés qui guident l'intervention d'un système de santé en cas de pandémie. La *Section 2 : Préparation clinique* présente les domaines d'information que devraient faire connaître les planificateurs de soins de santé provinciaux ou territoriaux aux cliniciens afin qu'ils se préparent à une pandémie. La *Section 3 : Intervention clinique* s'adresse aux planificateurs des soins de santé et aux cliniciens; elle aborde de nombreux domaines traités dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI) dans le secteur de la santé et ses autres annexes. Cette section permettra aux cliniciens de se renseigner sur une pandémie d'influenza au moyen d'un document sommaire.

**Le présent document comprend une suite d'encadrés « Recommandation ». Ils ont pour but de souligner l'information clé que les planificateurs des soins de santé souhaitent que les cliniciens connaissent.**

## 1.2 Déontologie relative aux soins cliniques lors de situations d'urgence en santé publique

Les principes de déontologie relatifs à la santé publique ont guidé l'élaboration de la présente annexe et l'ensemble du PCLPI. Il importe de signaler que les responsabilités des planificateurs des soins de santé, en ce qui a trait à l'organisation des services de santé, diffèrent de celles des cliniciens qui s'intéressent aux besoins des malades à titre particulier. Par conséquent, les principes de déontologie de chaque groupe peuvent en quelque sorte avoir des répercussions différentes. Ces principes sont fournis à titre de valeurs phares; il est reconnu qu'ils peuvent parfois susciter des tensions les uns par rapport aux autres.

Compte tenu des six principes de déontologie (ou d'éthique) esquissés dans le PCLPI, les planificateurs des soins de santé et les cliniciens doivent tenir compte des impératifs suivants :\*

- **Protéger et promouvoir la santé publique.** Il s'agit du principe organisateur de l'intervention en santé publique, lequel comprend le devoir de protéger ceux qui sont en première ligne et qui aident à lutter contre la maladie. Pour les cliniciens, cela comprend le « devoir de diligence »<sup>1</sup> par lequel tous les professionnels de la santé sont tenus d'aller au-delà de l'appel du devoir lors d'une urgence sanitaire.
- **Assurer l'équité et la justice distributive.** Les décisions prises au cours d'une pandémie d'influenza doivent être justes, particulièrement dans la mesure où elles concernent l'allocation de ressources limitées lors d'une situation d'urgence. Ce principe vise l'élaboration de politiques par les planificateurs des soins de santé et la mise en application des politiques par les cliniciens.
- **Respecter la dignité inhérente de toutes les personnes.** Comme il a été signalé, les ressources sont limitées. Ce principe concerne la façon dont l'allocation des ressources doit être menée à bien. Bien que certaines personnes puissent ne pas être admissibles à toutes les interventions, elles doivent être informées et soignées de façon respectueuse et conserver leur dignité.
- **Avoir recours aux mesures les moins restrictives.** Les mesures de santé nécessaires pour réduire le plus possible le risque de maladie infectieuse dans une population doivent être raisonnables et faire appel aux mesures les moins restrictives possible. Cela vise les mesures qui pourraient limiter l'autonomie personnelle dans le but de freiner la propagation de la maladie.
- **Optimiser le rapport entre les risques et les avantages** des interventions en santé publique afin de favoriser le bien public. Cela comprend non seulement une évaluation de la preuve de sécurité et d'efficacité, mais également de tous les risques possibles, comme des coûts de renonciation et des défis logistiques ainsi que des avantages possibles.
- **Travailler de façon responsable et transparente.** En particulier, les planificateurs des soins de santé sont tenus d'informer les cliniciens et le public relativement aux décisions prises et au processus utilisé pour parvenir à ces décisions. Quant aux cliniciens, ils sont tenus d'informer leurs patients relativement aux décisions prises et au processus utilisé pour parvenir à ces décisions.
- Ces principes directeurs font l'objet d'autres études approfondies. Le document *Stand on Guard for Thee*, réalisé par le Centre mixte de bioéthique de l'Université de Toronto,<sup>1</sup> a cerné nombre d'enjeux de déontologie susceptibles de survenir au cours d'une pandémie d'influenza. En ce qui a trait à l'allocation des ressources, comme la mise à la disposition d'un nombre limité de respirateurs, des lignes directrices particulières ont été proposées, et de nouveaux travaux continuent de les orienter.<sup>2</sup>

\* Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, Section 2 : Contexte. (6.0 : Éthique et planification en cas de pandémie)

**Recommandation :**

Des principes de déontologie courants guident la prise de décisions au cours d'une pandémie d'influenza, bien que leurs répercussions puissent différer dans le cas des planificateurs des soins de santé et des cliniciens. Les planificateurs des soins de santé doivent informer les cliniciens des principes de déontologie sous-jacents utilisés lors de l'élaboration du PCLPI dans le secteur de la santé et déterminer certaines des conséquences à prendre en compte en pratique clinique.

## Section 2 : Préparation clinique

La présente section définit les domaines que les cliniciens doivent connaître au Canada afin d'être préparés en cas de pandémie d'influenza. En outre, l'Appendice 1, *Guide élémentaire sur la pandémie de grippe à l'intention des professionnels de la santé de première ligne*, est un outil éducatif qui aborde de nombreux domaines de la présente section et qui pourrait être utilisé pour répondre à ces besoins en matière de préparation clinique dans les provinces et territoires.

### 2.1 Comprendre le risque

Bien que les éclosions d'influenza aviaire et les cas d'infection humaine par l'influenza aviaire du type H5N1 soient souvent décrits dans les médias, les cliniciens ont besoin d'un document sommaire définissant le risque courant et la manière dont la situation actuelle est liée au risque d'une pandémie. En outre, les hypothèses relatives à la planification en cas de pandémie, comme le taux d'attaque prévu et le fardeau de la maladie prévu, les hospitalisations et les décès, doivent être communiquées pour que les cliniciens aient de l'information précise sur la manière dont une pandémie peut influencer leur collectivité. Les cliniciens ont également besoin d'un document de référence qui explique les phases d'une pandémie définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les phases correspondantes d'une pandémie définies par le Canada.

#### Recommandation :

Les planificateurs des soins de santé doivent informer les cliniciens des hypothèses sous-jacentes utilisées dans le PCLPI, y compris les taux d'attaque clinique, les hospitalisations et les taux de mortalité. Les cliniciens doivent également comprendre les phases de la pandémie définies par le Canada par rapport aux phases de l'OMS.

### 2.2 Comprendre la pathogénèse de l'influenza

Les cliniciens ont un intérêt inhérent à l'égard de la pathogénèse des maladies. Il est important qu'ils comprennent la manière dont les virus de l'influenza se propagent et infectent l'hôte humain, la période d'incubation, la période d'infectiosité associée à ces virus et la façon dont cela évolue vers les symptômes de la maladie, vers des complications et vers la mort. Cela doit être décrit en prenant en compte plusieurs contextes : celui de la grippe saisonnière, celui des virus pandémiques du passé et celui des nouveaux virus qui pourraient causer une pandémie d'influenza plus tard. On doit également définir la variation qui existe entre les virus de l'influenza, ce qui explique pourquoi l'information en temps réel concernant les caractéristiques cliniques du virus de la pandémie est importante.

#### Recommandation :

Les planificateurs des soins de santé doivent informer les cliniciens sur : les modes de propagation des virus de l'influenza, la manière dont ils infectent l'hôte humain, la période d'incubation, la période d'infectiosité et leur mode d'évolution vers les symptômes de la maladie, vers des complications et vers la mort. Ils doivent également indiquer que ces caractéristiques peuvent différer dans le cas d'un virus de l'influenza nouveau et que, lorsqu'un nouveau virus se manifeste, une des premières tâches est d'évaluer ces paramètres et d'adapter les plans d'intervention, s'il y a lieu. (Pour un exemple, voir l'Appendice 1.)

## 2.3 Comprendre l'intervention du système de santé

Pour contrer l'éclosion d'une maladie infectieuse, les cliniciens doivent comprendre la manière dont fonctionne leur système de soins de santé. Cela exige que soit expliqué le plan d'intervention du système de santé de leur sphère de compétence respective. Le plan d'une sphère de compétence comprend généralement une brève explication de la loi habilitante dans la province ou territoire en question à l'égard de l'intervention en santé publique et la gestion des situations d'urgence. Le plan d'une sphère de compétence doit insister sur la nécessité de coordonner les efforts localement, entre les cliniciens, la santé publique et le système des laboratoires de la santé publique afin de faciliter le dépistage précoce, l'établissement de rapports et l'intervention pour contrer les nouvelles menaces de maladies infectieuses. Il pourrait également être utile d'inclure une brève description de la manière dont la santé publique est organisée au Canada et de ses liens avec l'OMS, particulièrement dans la mesure où le plan se rapporte au nouveau *Règlement sanitaire international (RSI)* dont le Canada est signataire<sup>3</sup>. Le *RSI* prévoit qu'une capacité nationale d'intervention doit détecter et signaler à l'OMS toute maladie infectieuse au Canada susceptible d'avoir une portée internationale. L'ensemble des provinces et territoires ont souscrit à l'engagement du Canada à l'égard du *RSI*.

De l'information conçue spécifiquement à l'intention des cliniciens et portant sur le dépistage précoce et l'intervention visant la manifestation d'une maladie infectieuse sera bientôt disponible au moyen d'un cours en ligne assorti de crédits dans le cadre d'études de médecine. Surveillez l'information sur ce cours sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) au cours de l'hiver 2008-2009 (<http://www.phac-aspc.gc.ca>).

### Recommandation :

Les planificateurs des soins de santé doivent transmettre aux cliniciens de l'information sur les rôles et responsabilités de ces derniers, et de ceux des professionnels de la santé publique et des laboratoires aux niveaux local, provincial ou territorial, fédéral et international, en prévision d'une intervention en cas de pandémie d'influenza.

### 2.3.1 Surveillance et dépistage précoce

Puisqu'une affection pseudo-grippale peut être causée par de multiples agents, le dépistage précoce d'une activité pandémique au Canada dépend de la vigilance des cliniciens et de leur collaboration avec les responsables locaux de la santé publique afin de procéder rapidement à un test virologique et au signalement aux autorités provinciales ou territoriales. Au Canada, plus le dépistage du virus pandémique est précoce au cours de la vague pandémique, plus il est probable que la santé publique et d'autres mesures pourront être mises en œuvre suffisamment tôt pour réaliser une efficacité optimale. Les cliniciens de première ligne sont les « yeux » du système de santé et ils ont besoin d'une orientation claire concernant ce à quoi ils doivent être attentifs et quand tester.

Les lignes directrices provisoires comprennent le document fédéral-provincial-territorial sur l'influenza aviaire (de souche H5N1) chez les humains : dépistage à la suite d'un voyage ou d'une exposition par des patients atteints d'une maladie respiratoire grave et d'une affection pseudo-grippale grave [*Avian Influenza (H5N1) in Humans : Travel/Exposure Screening for Patients Presenting with Severe Respiratory Illness (SRI) and Severe Influenza-Like Illness (severe ILI)*], qui peut être adapté au contexte provincial ou territorial<sup>4</sup>. Comme pour toute éclosion d'une nouvelle maladie infectieuse, une information plus précise sera communiquée aux gouvernements provinciaux ou territoriaux en cas d'éclosion.

**Les lignes directrices doivent insister sur la nécessité d’inclure de l’information clinique sur les demandes présentées aux laboratoires.** Cette mesure a pour but de permettre aux laboratoires de procéder correctement au triage des échantillons afin de tester les cas les plus suspects en premier; elle facilitera également la collecte des données de la surveillance, ce qui aidera en dernier ressort à déterminer l’épidémiologie de la pandémie et l’intervention correspondante. L’information nécessaire comprend l’âge, le sexe, les symptômes, les contacts et les voyages précédents pertinents et tout autre renseignement épidémiologique qui met le patient en danger. Certaines autorités ont élaboré des formulaires de demande particuliers à l’appui de ce processus. Il faut passer en revue la version la plus à jour des annexes du PCLPI sur la surveillance et les services de laboratoires ainsi que la documentation figurant sur le site Web « Infections respiratoires émergentes de l’ASPC<sup>5</sup> » afin d’assurer une approche efficace, uniforme et durable en matière de dépistage précoce et d’établissement de rapports portant sur les cas suspects de pandémie d’influenza.

**Recommandation :**

Les planificateurs des soins de santé doivent transmettre aux cliniciens des renseignements clairs sur les rôles qui incombent à ces derniers dans le dépistage précoce de l’activité d’une pandémie d’influenza au Canada, notamment de l’information quant au moment approprié d’aviser les responsables locaux de la santé publique et d’effectuer des prélèvements d’échantillons à expédier en vue de tests virologiques, ainsi que les renseignements devant accompagner l’échantillon du virus.

### 2.3.2 Communications en temps réel

Les gouvernements provinciaux-territoriaux et le gouvernement fédéral se sont engagés à entretenir des communications transparentes et rapides relativement à la menace ou à l’arrivée d’une activité pandémique au Canada et à instituer des mécanismes pour faciliter la communication au sein du système de santé et avec la population.

Compte tenu que la gestion des patients atteints par la pandémie peut varier au cours de la pandémie à mesure que de nouveaux renseignements sont disponibles, il est de la plus grande importance que des stratégies soient mises en place pour assurer des communications en temps réel avec les cliniciens au cours d’une pandémie. Bien que tous les efforts seront déployés pour que les communications aux niveaux national, provincial ou territorial et local soient uniformes, il importe de reconnaître que le pays réagira à une situation en évolution et que la communication de messages pourrait parfois être erratique.

**Recommandation :**

Les planificateurs des soins de santé doivent veiller à ce que des mécanismes soient en place pour assurer des communications en temps réel avec les cliniciens au cours d’une pandémie, à mesure que seront disponibles de nouveaux renseignements susceptibles de déterminer leur pratique. Quant aux cliniciens, ils doivent savoir à l’avance de quelle manière se dérouleront les communications en temps réel avec les responsables locaux de la santé publique et le ministère de la Santé.

### 2.3.3 Médicaments antiviraux

Les cliniciens ne savent peut-être pas qu'une Réserve nationale d'antiviraux (RNA) a été créée pour que des médicaments antiviraux soient mis à la disposition en vue de traiter rapidement tous ceux qui, selon les prévisions, pourraient en avoir besoin au cours d'une pandémie modérément grave. La taille et la composition de cette réserve seront réévaluées régulièrement. En avril 2008, il y avait 53 millions de doses (soit pour 5,3 millions de cures) d'inhibiteurs de la neuraminidase, les stocks se composant d'environ 90 % d'oseltamivir (Tamiflu®) et de 10 % de zanamivir (Relenza®). On prévoit ajouter dans un proche avenir d'autres gélules pédiatriques. Ces réserves sont distribuées aux provinces et territoires compte tenu du nombre d'habitants. En outre, certaines autorités ont augmenté leur réserve de leur propre initiative.

La question de l'utilisation d'antiviraux à des fins de prophylaxie fait l'objet d'un examen, mais à l'heure actuelle, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux n'ont pris aucune décision stratégique relativement à l'utilisation ou à l'amélioration de la RNA actuelle à de telles fins. (Voir la *Section 3.4 : Options thérapeutiques, y compris l'utilisation de médicaments antiviraux*).

#### **Recommandation :**

Les planificateurs des soins de santé doivent transmettre aux cliniciens de l'information sur la Réserve nationale d'antiviraux et l'utilisation qui en est prévue pour le **traitement précoce (au cours des 48 heures suivant l'apparition des symptômes)**. Les cliniciens ont besoin d'information posologique sur les deux principaux médicaments antiviraux, oseltamivir<sup>6</sup> et zanamivir<sup>6</sup>. Une fois ces médicaments officiellement approuvés, les cliniciens auront besoin d'information sur la politique canadienne de prophylaxie.

### 2.3.4 Service de santé d'urgence

Chaque province et territoire est à planifier sa façon d'organiser les services de santé d'urgence pour répondre aux demandes croissantes de soins de santé pendant une pandémie d'influenza. Nombre d'entre eux planifient la création de centres d'évaluation (en partie pour faciliter la distribution des médicaments antiviraux), mais de nombreux cliniciens ne connaissent pas bien le rôle qu'ils auront à jouer dans de tels centres.

#### **Recommandation :**

Les planificateurs des soins de santé doivent transmettre de l'information aux cliniciens sur l'organisation des services de santé pendant une pandémie et sur le rôle que les cliniciens devraient y jouer.

### 2.3.5 Mesures de santé publique

Actuellement, les mesures de santé publique axées sur la personne, comme une enquête sur des cas particuliers (y compris pour permettre de retrouver des contacts et la mise en quarantaine des contacts), seront uniquement envisagées au cours des phases d'alerte pandémiques (c.-à-d., avant une pandémie) lorsque le confinement d'un nouveau virus d'influenza est encore possible et qu'il demeure possible de gérer la demande de ressources. Au cours de la Phase 6 (lorsqu'il y a une transmission soutenue au sein de la population), il ne sera plus possible ou efficace de retrouver et de mettre en quarantaine les contacts pour plusieurs raisons : la brève période d'incubation du virus de l'influenza, le fait que des personnes puissent être infectieuses

avant l'apparition des symptômes ainsi que le temps et les ressources nécessaires pour ce type d'intervention, compte tenu du nombre de cas alors prévu. Les cliniciens doivent savoir que les mesures de santé publique communautaires seront utilisées au cours d'une pandémie, par exemple, des conseils au public sur l'isolement personnel volontaire en cas de maladie, des avis aux voyageurs et, peut-être, la fermeture d'écoles et l'annulation de rassemblements publics.

**Recommandation :**

Les planificateurs de soins de santé doivent transmettre aux cliniciens de l'information pour leur faire savoir qui prendra les décisions concernant les mesures de santé publique dans leur collectivité pendant une pandémie, la façon dont ces décisions leur seront communiquées et les incidences possibles sur leur pratique.

### 2.3.6 Vaccin pandémique

Le gouvernement fédéral a passé un marché avec un fabricant canadien du vaccin contre l'influenza pour s'assurer qu'un nombre suffisant de vaccins sont produits pour l'ensemble des Canadiens. Les cliniciens devront savoir quel est leur rôle, le cas échéant, relativement à la dispensation du vaccin pandémique lorsqu'il sera disponible.

**Recommandation :**

Les planificateurs de soins de santé doivent transmettre aux cliniciens de l'information sur la stratégie nationale de vaccination contre la pandémie, préciser les plans de distribution à l'échelle locale, provinciale ou territoriale permettant de l'offrir à la totalité de la population et décrire le rôle que les cliniciens seront appelés à jouer.

## 2.4 Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle de l'infection

Les cliniciens sont intéressés à améliorer leurs pratiques de prévention et de contrôle de l'infection, et un certain nombre de lignes directrices ont été élaborées pour répondre à ce souhait dans le milieu des soins primaires. L'Annexe F (*Lignes directrices pour la lutte contre l'infection et la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les milieux de soins de santé traditionnels et non traditionnels*) du PCLPI devrait être diffusée au cours de l'hiver 2008-2009.

**Recommandation :**

Les cliniciens doivent obtenir des lignes directrices claires sur la prévention et le contrôle de l'infection en vue de la pratique en milieu de soins primaires et en cabinet, lesquelles doivent être conformes à la version mise à jour de l'Annexe F du PCLPI qui traite de ces deux formes de pratique.

## 2.5 Planification de la continuité des activités

Les cliniciens ont besoin d'une orientation dans le domaine de la planification de la continuité des activités. On peut consulter les tâches essentielles de la planification de la continuité des activités sur le site Web de Sécurité publique Canada<sup>7</sup>, lesquelles s'énoncent comme suit :

- effectuer une analyse des répercussions sur les activités (déterminer les services essentiels, les répercussions d'une perturbation et les dépendances importantes);
- élaborer un plan de continuité des activités qui permettrait d'atténuer les risques attribuables à des perturbations;
- élaborer un ensemble complet de procédures de préparation et d'état de préparation lors d'une intervention (comme la constitution d'une réserve des fournitures essentielles et la formation des employés);
- exécuter des procédures relatives à l'assurance de la qualité, comme des exercices, l'entretien et la vérification;
- dans le cas des grands organismes de soins de santé, déterminer la structure de gouvernance (c.-à-d., qui approuve le plan de continuité des activités).

Les cliniciens doivent tenir compte de certains aspects particuliers lorsqu'ils se préparent à une pandémie, comme la prévention et le contrôle de l'infection, des fournitures et des procédures. En outre, les plans de continuité des activités des cliniciens doivent prévoir la création d'autres

**Recommandation :**

Les planificateurs des soins de santé doivent transmettre aux cliniciens de l'information sur les stratégies de continuité des activités, notamment les lignes directrices sur le contrôle de l'infection ainsi que les politiques et procédures visant les ressources humaines.

options pour les patients dont les besoins médicaux sont moins urgents, par exemple, la mise en place d'un système téléphonique de renouvellements d'ordonnances<sup>8-11</sup>.

## 2.6 Préparation personnelle et familiale

Le sentiment de préparation des cliniciens tient sans doute à la perception qu'ils ont que leur propre famille est également préparée et qu'elle jouit de toute la sûreté possible. De toute évidence, il existe certains impératifs moraux conflictuels avec lesquels tous les intervenants de première ligne sont aux prises lorsqu'ils ont à concilier leurs obligations familiales et leurs obligations professionnelles. Toutefois, cette dynamique de l'équilibre entre le travail et la vie familiale est toujours en jeu et, bien que les tensions soient plus fortes au cours d'une pandémie, la capacité de maîtriser les deux demeure possible et réalisable.

Pour optimiser leur état de préparation, les cliniciens devront disposer de plans de préparation familiaux. Une telle mesure vise principalement l'élaboration d'ententes avec la famille et les amis relativement à l'aide mutuelle et la mise en place d'une réserve de base d'articles nécessaires pour traverser une période de maladie à domicile. En règle générale, l'état de préparation comporte l'élaboration d'un plan de contingence relatif aux soins des membres de la famille (p. ex., les jeunes enfants, les parents vieillissants) au cas où un clinicien est indisposé ou de service pendant des périodes prolongées.

**Recommandation :**

Les planificateurs des soins de santé doivent transmettre aux cliniciens de l'information et une orientation concernant la préparation personnelle et familiale dans une situation d'urgence mettant en cause la santé.

Un guide de planification de la préparation personnelle et familiale sera accessible sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada à l'automne 2008 (visiter : [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca)).

## 2.7 Instaurer des pratiques exemplaires lors de la grippe saisonnière

Les cliniciens peuvent se préparer activement à une pandémie dès maintenant en instaurant des pratiques exemplaires de contrôle lors de la grippe saisonnière. L'influenza survient chaque année; la mise en pratique des connaissances sur la prévention et le contrôle de l'infection et sur le dépistage et la gestion de l'influenza se révélera utile lors d'une pandémie.

Des pratiques exemplaires ont été établies pour traiter les personnes atteintes de maladies respiratoires fébriles en milieu ambulatoire. En voici quelques-unes : procédures de prévention et de contrôle de l'infection de base, dépistage courant, promotion du vaccin antigrippal et prise en compte de l'utilisation de médicaments antiviraux, particulièrement pendant les saisons où la concordance est moins qu'optimale entre les virus de la grippe et la souche du vaccin<sup>12,13</sup>.

### 2.7.1 Dépistage

Il faut inciter les cliniciens à pratiquer le dépistage auprès de tous les patients qui toussent ou qui font de la fièvre et qui se présentent à leur cabinet pour quelque raison que ce soit. En théorie, cette tâche incombe à la première personne normalement en contact avec le patient (par exemple, une réceptionniste). En cas de toux et de fièvre, demander au patient de se nettoyer les mains à l'aide d'un gel désinfectant ayant une bonne teneur d'alcool (60 – 90 %) ou avec du savon et de l'eau, de porter un masque chirurgical et de s'asseoir à au moins un mètre des autres. S'il lui est impossible de maintenir cette distance dans la salle d'attente, il faut immédiatement installer cette personne dans une salle d'examen. (Pour plus de précisions, voir l'Annexe F.)

### 2.7.2 Vaccins et antiviraux

L'influenza, une maladie qu'il est possible de prévenir au moyen d'un vaccin, cause environ 4 000 décès par an au Canada. Il faut inciter les cliniciens à se faire eux-mêmes vacciner contre l'influenza chaque année et à promouvoir la vaccination auprès de leurs pairs et de leurs patients. Quiconque est âgé de plus de 6 mois peut bénéficier du vaccin contre l'influenza. Les personnes considérées comme étant le plus à risque relativement à l'effet néfaste de la grippe sont désignées dans la déclaration annuelle sur l'influenza du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) (disponible sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada : [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca)).

Les cliniciens doivent faire intervenir les antiviraux au cours du traitement précoce (dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes) ou durant la prophylaxie subséquente à l'exposition à la grippe **saisonnière**, particulièrement au cours des saisons où la correspondance entre le vaccin et les souches de la grippe laisse à désirer. On a déjà utilisé l'amantadine pour contrôler les éclosions de cas à long terme, mais cet usage n'est plus recommandé en raison des niveaux élevés de résistance au virus de souche H3N2. L'oseltamivir (Tamiflu®) est actuellement le médicament antiviral le plus prescrit, bien qu'on commence à constater des niveaux de résistance à l'égard du virus de souche H1N1. Le zanamivir (Relenza®) est un autre médicament antiviral offert sous forme d'inhalateur. Les

monographies des produits comportent plus d'information sur tous ces médicaments. Actuellement, les médecins prescrivent rarement ces médicaments, car peu nombreux sont les patients qui se présentent suffisamment tôt et le diagnostic est souvent incertain.

**Recommandation :**

Les planificateurs de soins de santé doivent transmettre aux cliniciens de l'information pour les inciter à adopter les pratiques exemplaires courantes associées à la grippe saisonnière, notamment la mise en application du dépistage de la maladie respiratoire fébrile, le contrôle de l'infection, la promotion du vaccin contre la grippe et une utilisation appropriée des médicaments antiviraux.

## Section 3 : Intervention clinique

Au cours d'une pandémie d'influenza, de nombreuses personnes tenteront d'obtenir une évaluation par suite d'une affection pseudo-grippale. Des lignes directrices sur une telle évaluation ont été élaborées afin d'évaluer les besoins de chaque personne et d'assurer un triage efficace des patients en situation de crise (voir l'Appendice 1).

### 3.1 Auto-évaluation et triage initial

L'éducation du public peut aider les personnes à s'auto-évaluer, ce qui permettra d'éviter d'imposer des contraintes inutiles au système de santé. Nombre de provinces et territoires projettent d'établir des lignes téléphoniques afin de procéder à des évaluations téléphoniques initiales. Ces évaluations permettront de déterminer si un patient n'a pas l'influenza et peut demeurer chez lui, si une personne constitue un faible risque (et satisfait aux critères du traitement antiviral) ou si elle doit être examinée par un clinicien en vue d'une évaluation plus approfondie. À cette fin, il faudra élaborer des algorithmes, et le personnel devra apprendre à les utiliser.

Même lorsque de tels mécanismes sont en place, certaines personnes devront faire l'objet d'une évaluation clinique. La plupart des provinces et territoires projettent de disposer d'établissements d'évaluation centralisés pour évaluer et traiter les patients atteints. Dans de tels établissements, le personnel chargé du triage devra également être informé sur la façon d'utiliser les algorithmes particuliers prévus par leurs autorités sanitaires pour déterminer quand les patients peuvent rentrer chez eux avec des instructions et un suivi de prévu, s'ils doivent être pris en charge dans un milieu ambulatoire ou être admis dans un établissement hospitalier de soins de courte durée.

L'algorithme présenté à l'Appendice 1 permet de comprendre l'approche clinique générale préconisée à l'égard des patients atteints d'une affection pseudo-grippale.

Avant qu'une pandémie d'influenza sévisse et que des données soient recueillies pour la caractériser, nous ne savons pas de quelle manière elle se manifesterait ou qui en serait atteint le plus gravement. À l'heure actuelle, on conseille d'utiliser la grippe saisonnière comme point de repère, tout en sachant clairement que cela devra être mis à jour au moment d'une pandémie lorsque l'information épidémiologique sur le virus pandémique sera disponible.

#### **Tableau clinique :**

Lorsque l'influenza se propage dans une collectivité, l'apparition brutale de la fièvre et de la toux sont de bons prédicteurs. La valeur prédictive concluante augmente lorsque la fièvre est supérieure à 38 °C et que la maladie clinique est aiguë dès le début. On peut également constater la présence d'autres symptômes, comme la pharyngite, la rhinorrhée, un malaise, des frissons, de la myalgie et une céphalée, bien que ces symptômes soient indéterminés.

Cette définition clinique constitue une orientation générale et n'a pas pour but de réunir tous les signes cliniques. Chez les personnes âgées, il se peut qu'on ne constate pas de fièvre et, chez les enfants, les symptômes gastro-intestinaux peuvent prédominer. D'autres signes atypiques peuvent également se manifester.

## 3.2 Évaluation des patients atteints d'une affection pseudo-grippale

Les protocoles des première et deuxième évaluations des patients qui se présentent chez un clinicien parce qu'ils sont atteints d'une affection pseudo-grippale offrent une approche systématique relative au triage d'un nombre élevé de patients. L'évaluation primaire comprend les antécédents et un examen physique ainsi que la mesure de la saturation en oxygène, si elle est disponible. Pour consulter les lignes directrices relatives à l'évaluation détaillée, voir l'Appendice 1.

### 3.2.1 Évaluation primaire

Définir les facteurs de risque relatifs aux complications de l'influenza au moment de consigner les antécédents constitue une partie importante de l'évaluation primaire. Les facteurs de risque définis par le CCNI comme étant associés à un risque plus élevé de morbidité et de mortalité relativement à la grippe saisonnière comprennent notamment l'âge (moins de deux ans et plus de 65 ans), la grossesse et des états chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires<sup>14</sup>. La liste des facteurs de risque est provisoire en situation de pandémie et on pourrait devoir la réviser à mesure que de l'information sur le nouveau virus de l'influenza se fera disponible.

L'évaluation primaire comprend la vérification des principaux signes vitaux et un examen physique portant sur l'état mental, le système cardio-respiratoire et l'état fonctionnel. L'évaluation primaire doit également porter sur la surveillance de la saturation en oxygène, dans la mesure du possible, tant lorsque le patient se présente qu'au cours des soins subséquents (p. ex., l'oxymétrie pulsée, les gaz sanguins artériels)<sup>15</sup> (voir le Tableau A2 : Caractéristiques de l'évaluation primaire assortie de valeurs anormales chez les adultes et les enfants à l'Appendice 1.) Si on constate des anomalies (des paramètres cliniques à l'extérieur de l'intervalle normal) avec ou sans la présence de facteurs de risque, alors une évaluation secondaire est indiquée.

### 3.2.2 Évaluation secondaire

L'évaluation secondaire, le cas échéant, comprend des études complémentaires en laboratoire afin d'évaluer les patients de manière plus approfondie. Les tests désignés pour l'évaluation secondaire ne seront pas tous nécessaires pour tous les patients. L'évaluation clinique doit permettre de déterminer les procédures à exécuter, particulièrement lorsque les ressources sont rares. En règle générale, il faut obtenir un examen hématologique et une radiographie thoracique de tous les patients qui exigent une évaluation secondaire (voir le Tableau A3 : Enquêtes relatives à l'évaluation secondaire et aux valeurs anormales chez les adultes et les enfants, à l'Appendice 1).

Si on ne constate aucune anomalie, le patient peut obtenir son congé et rentrer chez lui muni de médicaments antiviraux et d'instructions pour se soigner. Si de légères anomalies sont détectées et des facteurs de risque sont présents, il faut faire preuve de jugement clinique concernant la gestion. Dans certains cas, il est possible de stabiliser les anomalies moyennant quelques heures de soins, après quoi le patient peut rentrer chez lui muni d'instructions relatives aux soins, pourvu que le soutien approprié à domicile ait été évalué et prévu, s'il y a lieu. Le patient doit faire l'objet d'une autre évaluation après un délai de 24 à 48 heures. Par exemple, en ce qui concerne la fièvre accompagnée de déshydratation, la première dose de médicament antiviral et la réhydratation seraient amorcées et, si le patient réagit à quelques heures d'une thérapie par

injection intraveineuse, il peut rentrer chez lui pour le reste de son traitement antiviral. Dans d'autres situations, différentes options de gestion pourraient être nécessaires, comme l'admission dans un établissement de soins de remplacement (voir l'Annexe J, *Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels*) ou dans un hôpital.

La discrétion du médecin est toujours de mise.

### **3.3 Indications relatives aux tests de laboratoire nécessaires au cours d'une pandémie**

Les tests de laboratoire relatifs au virus pandémique se pratiquent probablement le plus fréquemment juste avant le dépistage d'une activité pandémique dans la collectivité. Lorsque la présence d'une pandémie d'influenza est établie, les tests de laboratoire dans les milieux de soins ambulatoires diminuent de beaucoup pour conserver les ressources de laboratoire à des fins de surveillance et de suivi de la résistance et de l'efficacité des antiviraux. Cela tient en partie à l'hypothèse selon laquelle lorsqu'un tel virus se propage au sein de la collectivité, il évince les autres virus et prédomine. Toutefois, cela doit alors être évalué à l'aide de méthodes de surveillance. Nous savons que lors d'une grippe saisonnière, de nombreux virus respiratoires peuvent également se propager dans la collectivité.

Dans des circonstances particulières, les tests de laboratoire demeureront indiqués afin de définir les soins cliniques, mais ils peuvent être limités. En milieu hospitalier, les analyses virologiques pourraient devoir faire l'objet d'une approbation préalable par une autorité comme le directeur de la médecine de laboratoire (ou son mandataire). Les analyses au sein de la collectivité seront vraisemblablement encore plus limitées et pourraient devoir être approuvées par un médecin conseil en santé publique local (ou par son mandataire). Les hôpitaux et les collectivités doivent élaborer des politiques régissant l'utilisation des laboratoires compte tenu de l'orientation actuelle prévue à l'annexe C : *Plan de préparation à la pandémie d'influenza des laboratoires*.

Parmi les indications provisoires d'analyses de laboratoire visant à déterminer les soins cliniques au cours d'une pandémie, mentionnons les suivantes :

- la confirmation de signes atypiques d'une pandémie d'influenza lorsqu'elle influera sur la décision d'un traitement;
- la confirmation de l'étiologie d'une éclosion dans un établissement;
- l'absence de réponse au traitement en milieu hospitalier (lors du dépistage précoce d'une souche résistante dans un hôpital);
- lors d'une admission à l'unité des soins intensifs pour permettre le regroupement des patients.

Les analyses de laboratoire à des fins de surveillance se poursuivront. Il peut être possible d'obtenir l'information locale du bureau local ou régional de la santé publique; l'information provinciale ou territoriale sera disponible par l'intermédiaire du ministère de la Santé, et l'information nationale sera communiquée par l'ASPC.

### 3.4 Options thérapeutiques, y compris l'utilisation de médicaments antiviraux

Tous les patients qui satisfont aux critères relatifs aux antiviraux doivent entreprendre le traitement le plus tôt possible<sup>16</sup>. Cela viserait alors tous patients qui présentent de la toux et de la fièvre depuis moins de 48 heures, *lorsqu'on sait que le virus pandémique se propage dans la collectivité* ou dont le diagnostic d'influenza a été positif. Si le patient présente peu ou pas de facteurs de risque relativement à des complications d'influenza et si tous les paramètres cliniques, y compris la saturation en oxygène, se situent dans l'intervalle normal, en règle générale, le patient peut être autorisé à rentrer chez lui avec des médicaments antiviraux et des instructions sur la manière de se soigner, pourvu que le soutien approprié à domicile ait été évalué et prévu, s'il y a lieu. En théorie, les patients doivent être réévalués après 48 heures (peut-être par téléphone).

En ce qui concerne le traitement, l'oseltamivir est approuvé pour les personnes âgées d'un an et plus. La dose orale d'oseltamivir recommandée pour un adulte est de 75 mg deux fois par jour pendant cinq jours. La dose est réduite à 75 mg par jour dans le cas des personnes dont la clairance de la créatinine se situe entre 10 et 30 mL/min. Quant aux personnes en dialyse rénale, les recommandations suivantes s'appliquent :

- faible flux d'hémodialyse – oseltamivir 30 mg par voie orale, une séance d'hémodialyse sur deux;
- dialyse péritonéale ambulatoire continue – oseltamivir 30 mg par voie orale une fois par semaine<sup>17</sup>.

Les doses pour enfants figurent à la Section 3.7.1.

Le zanamivir est recommandé pour le traitement de l'influenza chez les adultes et les enfants âgés de sept ans et plus<sup>6</sup>. La dose recommandée est de 10 mg par inhalation deux fois par jour pendant cinq jours.

Le traitement avec l'un ou l'autre médicament doit débiter dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes de l'influenza.

Pour obtenir plus d'information sur les indications et l'utilisation clinique d'oseltamivir<sup>6</sup> et de zanamivir<sup>6</sup>, il faut consulter les monographies.

### 3.5 Complications liées à l'influenza

Le Tableau 1<sup>18</sup> présente les complications des infections de l'influenza. Parfois, ces complications, comme l'exacerbation de la maladie chronique des voies respiratoires, peut être le symptôme énoncé. Les complications respiratoires sont les plus répandues (particulièrement les infections secondaires). Les incidents cardiaques à la suite de l'influenza ne sont pas rares<sup>19</sup>.

Complications liées à l'influenza	Principale catégorie clinique
Respiratoires	Pneumonie : primaire virale, secondaire bactérienne, combinées Voies respiratoires supérieures : otite moyenne, sinusite, conjonctivite Laryngotrachéo-bronchite aiguë (croup) Bronchiolite Complication des suites de maladies préexistantes
Cardiovasculaires	Péricardite Myocardite Complication des suites de maladies préexistantes
Musculaires	Rhabdomyosite Rhabdomyolyse avec myoglobinurie et insuffisance rénale
Neurologiques	Encéphalite Syndrome de Reye Syndrome de Guillain-Barré Myélite transverse
Systémiques	Syndrome du choc toxique Mort subite

Il est souvent difficile de différencier l'influenza d'une pneumonie bactérienne secondaire. En règle générale, lors d'une infection bactérienne secondaire, il existe des antécédents d'une amélioration suivie d'une aggravation. Aux rayons X, les pneumonies virales ont souvent des infiltrats diffus; les pneumonies bactériennes présentent une consolidation. Il faudra peut-être du sang et des cultures d'expectoration pour s'assurer de ne pas passer outre à une pneumonie bactérienne.

### 3.6 Traitement des infections secondaires

Les pneumonies bactériennes secondaires peuvent être des causes majeures de morbidité et de mortalité au cours d'une pandémie; on a estimé en effet que jusqu'au tiers des décès survenus au cours de la pandémie de 1918 étaient attribuables à la pneumonie pneumococcique<sup>20</sup>. Les micro-organismes les plus répandus dans les pneumonies bactériennes secondaires sont *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* et *Haemophilus influenzae*.

Les planificateurs en santé doivent penser à constituer une réserve de médicaments et de fournitures pour effectuer le traitement. Cela comprend à la fois les antibiotiques et les fournitures pour les cultures d'expectoration et de sang et les colorants de Gram. La constitution de réserves d'antibiotiques doit s'appuyer sur la plus récente des lignes directrices sur la gestion de la pneumonie contractée dans la collectivité chez les adultes (voir le Tableau 2, qui résume les recommandations élaborées récemment par consensus).

**Tableau 2. Traitement antibiotique empirique recommandé pour une pneumonie contractée dans la collectivité<sup>21</sup>**

**Patients assez bien portants pour se faire traiter en clinique externe**

1. Préalablement en santé et sans avoir utilisé d'antimicrobiens au cours des trois mois précédents :  
Un macrolide (fortement recommandé; preuve de niveau I) OU  
La doxycycline (faiblement recommandée; preuve de niveau III)
2. Présence de comorbidités comme une cardiopathie, une pneumopathie, une maladie du foie ou une maladie rénale chronique, le diabète sucré, l'alcoolisme, les malignités, l'asplénie, les états immunosuppresseurs, l'utilisation de médicaments immunosuppresseurs ou l'utilisation d'agents antimicrobiens au cours des trois mois précédents (auquel cas il faudrait en choisir un autre d'une autre catégorie)
  - Une fluoroquinolone respiratoire : moxifloxacine, gémifloxacine ou lévofloxacine
  - 750 mg (fortement recommandé; preuve de niveau I) OU
  - Une  $\beta$ -lactamine **plus** un macrolide (fortement recommandé; preuve de niveau I)
3. Dans les régions où le taux d'infection est élevé (>25 %) et comporte un niveau élevé (MIC  $\geq$  16  $\mu$ g/mL) de *Streptococcus pneumoniae* résistant au macrolide, penser à utiliser d'autres agents énumérés ci-dessus en (2) pour patients sans comorbidité (moyennement recommandé; niveau de preuve III)

**Malades hospitalisés, traitement autre que les soins intensifs**

- Une fluoroquinolone respiratoire (fortement recommandé; niveau de preuve I) OU
- Une  $\beta$ -lactamine **plus** un macrolide (fortement recommandé; niveau de preuve I)

**Malades hospitalisés, traitement à l'unité des soins intensifs**

- Une  $\beta$ -lactamine (céfotaxime, ceftriaxone ou ampicilline-sulbactame)

**Plus**

- soit azithromycine (niveau de preuve II), soit une fluoroquinolone respiratoire (niveau de preuve I) (fortement recommandé). (Pour les patients allergiques à la pénicilline, une fluoroquinolone respiratoire et un aztréonam sont recommandés.)

**Préoccupations particulières**

Si les *Pseudomonas* constituent un facteur,

- une  $\beta$ -lactamine antipneumococcique, antipseudomonale (piperacilline-tazobactame, céfépime, impenem ou méropenem) plus la ciprofloxacine ou la lévofloxacine (750 mg); OU
- La  $\beta$ -lactamine ci-haut plus un aminoglycoside et une azithromycine; OU
- La  $\beta$ -lactamine ci-haut plus un aminoglycoside et une fluoroquinolone antipneumococcique (pour les patients allergiques à la pénicilline, substituer l'aztréoname à la  $\beta$ -lactamine ci-haut (moyennement recommandé; niveau de preuve III)

Si le staphylocoque doré constitue un facteur, ajouter de la vancomycine ou de la linézolide (moyennement recommandé; niveau de preuve III)

MIC, Concentration minimale inhibitrice; dans le cas du staphylocoque doré = *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et contracté dans la collectivité.

## 3.7 Populations particulières

### 3.7.1 Enfants

Les infections par le virus de l'influenza constituent la cause la plus importante des maladies respiratoires aiguës qui exigent une attention médicale au-delà de l'enfance. Dans le cadre d'une étude sur huit ans, il a été démontré que la moitié des écoliers âgés de moins de 17 ans étaient infectés chaque année par le virus de l'influenza. Chez les enfants d'âge préscolaire, le taux d'infection était d'environ 30 % chaque année<sup>22</sup>.

Chez les enfants, une influenza sans complication peut ressembler à celle que connaissent les adultes, mais il y a un certain nombre de différences cliniques. La température des jeunes enfants est généralement plus élevée (souvent supérieure à 39,5 °C) et ils peuvent subir des poussées fébriles. Les jeunes enfants (âgés de moins de deux mois) peuvent rapidement devenir gravement malades. Une fièvre inexplicée peut souvent être la seule manifestation de la maladie chez les nouveau-nés et les nourrissons. On constate des manifestations gastro-intestinales, comme la nausée, le vomissement, la diarrhée et des douleurs abdominales, chez de 40 à 50 % des patients, la relation étant inversement proportionnelle à l'âge (principalement trois ans ou moins). L'otite moyenne et la conjonctivite non purulente sont plus fréquentes chez les jeunes enfants. Diverses observations relatives au système nerveux central, notamment l'apnée et les crises épileptiques, peuvent se manifester chez 20 % des nourrissons. Les enfants peuvent également présenter des symptômes qui semblent révéler une méningite ou une encéphalite; p. ex., la céphalée, le vomissement, l'irritabilité et la photophobie.

Chez les nourrissons et les jeunes enfants (dont l'âge se situe entre deux mois et cinq ans), les signes de danger sont notamment : l'inspiration pulmonaire, la respiration sifflante, la tachypnée, le grognement ou le stridor, la cyanose, l'incapacité de boire, le vomissement continu, la léthargie, les crises épileptiques, une fontanelle complète ou une dépression de la fontanelle.

Tous les enfants âgés de moins de sept ans éprouvant des complications ou des conditions de risque doivent être évalués par un travailleur de la santé<sup>23</sup>.

Chez les enfants âgés de plus de cinq ans, y compris les adolescents, les symptômes les plus fréquents sont la fièvre, la toux, les maux de tête intermittents non localisés, les frissons, la myalgie et l'éternuement. L'intervalle de température se situe généralement entre 38 et 40 °C et une seconde poussée de fièvre, sans surinfection bactérienne, peut se produire environ le quatrième jour de la maladie. Dorso-lombalgie, pharyngite, irritation conjonctivale accompagnée de larmoiements et épistaxis peuvent être présentes, mais les symptômes gastro-intestinaux sont peu fréquents. L'auscultation thoracique est généralement normale, mais on peut parfois entendre des bruits et des crépitations pulmonaires sourds.

Quant au traitement, l'administration de l'oseltamivir aux enfants âgés d'un an et plus est approuvée; la dose varie en fonction du poids, comme suit :

- 15 kg ou moins      30 mg deux fois par jour
- > 15-23 kg,          45 mg deux fois par jour
- > 23-40 kg          60 mg deux fois par jour
- > 40 kg              75 mg deux fois par jour (la dose adulte)

Le zanamivir est approuvé pour les enfants âgés de sept ans et plus, et la dose est identique à celle des adultes, soit deux inhalations deux fois par jour.

Pour obtenir plus d'information sur les indications et l'utilisation clinique de l'oseltamivir<sup>6</sup> et du zanamivir<sup>6</sup>, il faut consulter les monographies des produits.

### 3.7.2 Femmes enceintes

Le CCNI recommande que toutes les femmes enceintes éprouvant des affections chroniques (comme des troubles cardio-pulmonaires, le diabète, le cancer ou l'anémie) et que les femmes enceintes en santé qui en sont à leur deuxième ou troisième trimestre reçoivent le vaccin contre l'influenza<sup>14</sup>. Les rapports à la suite des pandémies de 1918-1919 et de 1957-1958 révèlent qu'un surcroît de décès a été documenté chez les femmes enceintes. La pneumonie a été signalée dans 50 % des cas de femmes enceintes et elle a été associée à un taux de mortalité de 50 % et à un taux élevé de fausses couches<sup>24,25</sup>. En outre, des données récentes indiquent que les femmes enceintes en santé accusent des taux plus élevés d'hospitalisations et de visites médicales attribuables à des problèmes respiratoires associés à la grippe que les autres femmes<sup>26</sup>, et que le risque d'infection par l'influenza et des complications qui s'ensuivent est plus élevé chez les femmes enceintes<sup>25,27</sup>.

Des études rétrospectives ont permis de constater qu'aucun risque grave d'effets indésirables ou d'anomalies congénitales n'a été signalé chez les nourrissons des femmes qui avaient été vaccinées contre l'influenza pendant leur grossesse<sup>28</sup>. Dans le cadre de ces études, un groupe de femmes enceintes en santé qui avaient été vaccinées contre l'influenza a été comparé, relativement au taux d'hospitalisations et de visites en cabinet, à un groupe témoin de femmes non vaccinées correspondant en fonction de l'âge, du mois de l'accouchement, de la semaine de gestation et de l'assurance maladie. Les résultats révèlent qu'il n'y avait pas de différence entre les groupes relativement à l'issue de la grossesse, au risque de maladie courante et aux taux d'hospitalisation chez les mères, ou à l'état de santé des nourrissons âgés d'au plus six mois.

Non seulement la vaccination de la mère contre l'influenza représente-t-elle peu de risque pour le fœtus, mais des études prospectives ont également démontré l'existence d'effets protecteurs. La preuve comprend un niveau plus élevé d'anticorps dans le cordon ombilical contre l'influenza chez les bébés nés de mères immunisées au cours de la grossesse et un retard dans l'apparition des premiers symptômes de l'influenza et une diminution de la gravité de l'infection chez les bébés nés avec des niveaux d'anticorps plus élevés<sup>29</sup>. L'augmentation de l'utilisation de la vaccination au cours de la grossesse peut profiter tant aux femmes et qu'à leur nourrisson grâce à l'immunité acquise par le passage des anticorps à travers le placenta et le lait maternel<sup>26, 28</sup>.

### 3.7.3 Personnes âgées

Un surcroît d'hospitalisations et de décès ainsi que le déclin fonctionnel survient chez les personnes âgées après des épidémies d'influenza. Les adultes vivant dans la collectivité et âgées de 65 ans et plus, et particulièrement les aînés fragiles dans des établissements de soins de longue durée, présentent plus de risques de subir les complications de l'influenza<sup>30</sup>.

Bien que la pneumonie virale (*influenza*) et la pneumonie bactérienne subséquente à l'influenza soient considérées comme les causes principales de l'hospitalisation liée à l'influenza chez les personnes âgées, nombre de ces hospitalisations sont attribuées à l'exacerbation de la maladie

pulmonaire obstructive chronique ou à l'insuffisance cardiaque congestive subséquente à une infection virale. Les symptômes et les signes observés chez les adultes plus âgés sont semblables à ceux constatés chez les personnes plus jeunes, mais la plupart des cas présentent de la dyspnée, une respiration sifflante, de l'expectoration et de la fièvre. Chez certaines personnes, particulièrement chez les plus âgées et les plus fragiles, la réaction fébrile peut être inexistante ou faible, et ces personnes peuvent tout simplement devenir confuses ou perdre toute capacité fonctionnelle. Ainsi, toute détérioration marquée et inexplicée de l'état de santé, qu'elle soit associée ou non à de la fièvre, peut être une manifestation d'une infection par le virus de la grippe chez les personnes âgées. L'affection pseudo-grippale chez les adultes plus âgés peut également être causée par d'autres virus, comme le virus respiratoire syncytial (RS), le virus métapneumonique humain ou le virus parainfluenza. Les infections par le RS constituent une cause importante d'hospitalisation et de décès chez les personnes âgées. Il est impossible de faire la distinction entre le RS et l'influenza en tenant compte des seules manifestations cliniques.

### 3.7.4 Patients immunodéprimés

Les personnes qui présentent un déficit immunitaire attribuable à une maladie chronique ou à des médicaments sont plus susceptibles de subir les complications de l'influenza et d'excréter le virus de la grippe pendant des périodes plus longues que celles qui ne sont pas immunodéprimées<sup>30-33</sup>.

**Personnes infectées par le VIH :** Chez les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), la grippe se prolonge et s'accompagne plus souvent de complications<sup>32-34</sup>.

Dans un groupe de jeunes femmes et de femmes d'âge moyen infectées par le VIH, le risque d'hospitalisation cardiopulmonaire était plus élevé au cours des saisons de la grippe que pendant les périodes péri-grippales. Ce risque était encore plus élevé que chez les femmes atteintes d'une autre affection à risque élevé, comme une cardiopathie et une pneumopathie chronique.

Au cours de trois saisons de grippe, on a constaté une mortalité excessive associée à l'influenza au sein de la population adulte et adolescente des États-Unis atteinte du sida. Chez les personnes dont l'âge se situait entre 25 et 54 ans, on a estimé que le risque de décès lié à l'influenza variait entre 9,4 et 14,6/10 000 sidéens, comparativement à 0,09 et 0,10/10 000 dans l'ensemble de la population, et entre 6,4 et 7,0/10 000 chez les personnes de plus de 65 ans<sup>33</sup>. Dans cette étude, les décès de patients sidéens attribuables à la pneumonie et à l'influenza adoptaient un profil saisonnier (et un profil par isolement du virus) avec une poussée en décembre-janvier, comme au sein de la population adulte. Plus de 90 % des décès de sidéens sont survenus au sein du groupe d'âge des 25-54 ans. Le taux de mortalité excédentaire dans ce groupe d'âge était de 81 à 155 fois plus élevé chez les patients sidéens que dans la population générale de cette plage d'âge, comparativement à l'été. Ces taux de mortalité sont comparables à ceux constatés dans la population générale des personnes âgées de 65 ans et plus, voire plus élevés. D'autres études ont révélé que les patients sidéens avaient des symptômes respiratoires plus graves et qu'ils étaient malades plus longtemps tout en présentant un risque de complications plus élevé<sup>32,34,35</sup>.

Aucune étude sur la grippe chez les enfants immunodéprimés ou chez des enfants sidéens n'a été publiée. Nous savons, toutefois, que les enfants porteurs du VIH ont généralement des infections respiratoires virales graves et persistantes, notamment l'influenza. Une forte proportion des infections virales respiratoires chez les enfants cancéreux ou infectés au VIH sont contractées en milieu hospitalier, ce qui souligne l'importance de mesures proactives<sup>36</sup>. Les enfants cancéreux qui subissent un traitement immunosuppresseur présentaient des manifestations cliniques semblables à celles des populations témoins, mais la durée de la maladie était plus longue<sup>37,38,39</sup>.

**Autres maladies chroniques, diabète, maladies néoplastiques, néphropathies :** Tout patient atteint d'une maladie chronique qui compromet le système immunitaire et/ou l'homéostasie métabolique peut développer des complications liées à l'influenza. Ces complications comprennent notamment les maladies néoplastiques, la dysfonction rénale, les hémoglobinopathies, certaines maladies congénitales et des maladies attribuables à l'auto-immunisation.

En cas de pandémie, au moins au cours des premières phases, il n'y aura probablement pas de vaccin anti-pandémique de disponible, et même lorsqu'il deviendra disponible, certains patients gravement immunodéprimés, par suite de leur maladie ou de leur pharmacothérapie, seront moins susceptibles de bénéficier d'une telle protection immunitaire.

### **3.8 Directives médicales et autres questions juridiques**

L'utilisation d'algorithmes cliniques et de directives médicales est recommandée comme stratégie pour alléger la tension que subissent les cliniciens au cours d'une pandémie. En règle générale, une directive médicale précise le traitement particulier à administrer dans un ensemble spécifique de circonstances cliniques, ainsi que les contre-indications claires, la documentation et le consentement éclairé. On doit savoir clairement qui a autorisé la directive, qui en assume la responsabilité légale et qui est autorisé à exécuter la directive.

L'utilisation de directives médicales est régie par les lois provinciales et territoriales et par la pratique professionnelle; planificateurs et cliniciens doivent donc respecter la législation appropriée lorsqu'ils songent y avoir recours.

Les fabricants ont la responsabilité de surveiller les produits de santé qu'ils commercialisent et d'en évaluer régulièrement les avantages et les risques. En outre, Santé Canada dispose d'un programme de déclaration volontaire, MedEffet, pour surveiller les effets indésirables des médicaments. On conseille aux cliniciens de déclarer les effets indésirables d'un médicament à Santé Canada à l'égard de l'usage approuvé ou l'emploi non conforme. (Voir <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index-fra.php> pour obtenir plus d'information.)

### **3.9 Information des patients et des familles**

Les cliniciens exercent une grande influence lorsqu'il s'agit de donner le ton lors d'une intervention en cas de pandémie, car ils traitent avec les gens de première ligne en tout temps. Si les cliniciens demeurent optimistes et se montrent confiants que les plans relatifs à la pandémie fonctionneront aux niveaux local, provincial et national, cela contribuera beaucoup à rassurer les patients et à contenir les craintes de la population.

Les cliniciens peuvent également transmettre le message selon lequel chaque personne a un rôle à jouer à titre de participant à une intervention réussie lors d'une pandémie. Ils doivent être conscients des ressources et des outils, comme une trousse de préparation personnelle et familiale, et les distribuer pour que les membres de la population soient prêts à composer efficacement avec une pandémie de grippe à domicile et au sein de la collectivité ([www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca)). Les cliniciens doivent informer leurs patients des changements, attentes et pratiques concernant leur cabinet au cours de la pandémie.

Auteurs : Membres du groupe de travail sur les soins cliniques	Remerciements	Gestion de projet
Pat Huston (coprésidente) Grant Stiver (coprésident) Jim Dickinson Kevin Forward Charles Frenette Debra Cleary Todd Hatchette Althea House Bruce Light Raphael Saginur Samina Aziz	Erin Henry Jeanette Macey Jill Sciberras Jim Kellner	Susan Vent Pamela Clarke

1. Pandemic Influenza Working Group, Joint Centre for Bioethics, University of Toronto. *Stand on guard for thee: ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*. Toronto: Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, 2005.
2. Christian M., Hawryluk L., Wax R., Cook T., Lazar N. et coll. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006; 175(11):1377-81.
3. Organisation mondiale de la santé. *Règlement sanitaire international*. Extrait de <http://www.who.int/csr/ihr/en/index.html>, le 9 janvier 2007.
4. Agence de la santé publique du Canada. *Avian influenza (H5N1) in humans: travel/exposure screening for patients presenting with severe respiratory illness (SRI) and severe influenza-like illness (severe ILI)*. 2006. Extrait de [http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/pdf/04-Human-H5N1-Travel-Exposure-Screening-Guideline\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/pdf/04-Human-H5N1-Travel-Exposure-Screening-Guideline_e.pdf).
5. Agence de la santé publique du Canada. 2006. *Infections respiratoires émergentes*. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/index-fra.php>, le 9 janvier 2008.
6. Santé Canada. *Monographie de produit*. Extrait de [http://205.193.93.51/dpdonline/startup.do?applanguage=en\\_CA](http://205.193.93.51/dpdonline/startup.do?applanguage=en_CA), le 9 janvier 2008.
7. Sécurité publique du Canada. *Guide de la planification de la continuité des activités*, accessible à <http://www.ps-sp.gc.ca/prg/em/gds/bcp-en.asp?lang=en&url=%2Fprg%2Fem%2Fgds%2Fbc-p-en.asp>.
8. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). 2008. *Medical offices and clinics pandemic influenza planning checklist*. Extrait de <http://www.pandemicflu.gov/plan/pdf/medofficesclinics.pdf>, le 10 janvier 2008.
9. Daly P. 2007. Pandemic influenza and physician offices. *BC Med J*; 49(5):263-9.
10. Tink W., Nijssen-Jordan C. et Bockmuehl C. Making it relevant. Pandemic-preparedness tools for the community office. *Can Fam Phys*; 52:1270-2.
11. Fischhoff B. Preparedness: pandemic planning checklist for businesses. *Harvard Bus Rev* 2006; mai:1-14.
12. Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI). *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2008-2009* (sous presse).
13. Allen UD, Aoki FY et Stiver HG pour la Société canadienne de pédiatrie et l'Association canadienne pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada. (2006). The use of antiviral drugs for influenza: recommended guidelines for practitioners. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 17:273-84.
14. Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI). *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2007-2008*. *RMTC* 2007; 33:1-38.
15. Organisation mondiale de la santé. 2007. *Clinical management of human infection with avian influenza A (H5N1) virus*. Avis mis à jour le 15 août 2007; extrait de [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/ClinicalManagement07.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/ClinicalManagement07.pdf), le 11 janvier 2008.

16. Association canadienne pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada, 2006. *Le recours aux antiviraux contre l'influenza : Les lignes directrices recommandées aux praticiens*; extrait de <http://www.cps.ca/francais/enonces/ID/ID06-04.htm>, le 23 janvier 2008.
17. Gin A. et Aoki F. *Recommendations for the use of neuraminidase inhibitors in patients on renal dialysis*. Non publié (Soumis au CMAJ pour examen, janvier 2008).
18. Agence de la santé publique du Canada. *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé : Annexe G Mesures et lignes directrices des soins cliniques*. 2004;228.
19. Smeeth L., Thomas SL., Hall AJ., Hubbard R., Farrington P. et coll. 2004. Risk of myocardial infarction and stroke after acute infection or vaccination. *N Engl J Med*; 351:2611-8.
20. Stiver G. Use of vaccines and antiviral drugs in the next influenza pandemic. *BC Med J* 2007;49(5):249-53.
21. Mandell L., Wunderink R. et Anzueto A. 2007. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis*. 44:S27-S72.
22. Bjornson G., Scheifele D., Metzger D., Ferguson A., Wensley D. et coll. 2000. Promoting the use of influenza vaccine for children at risk of complications. *BC Med J*; 42(2):89-90.
23. Agence de la santé publique du Canada. 2007. Résumé du *Canadian Forum on the Implementation of the Antiviral Strategy for Pandemic Influenza*. Montréal, QC. 25-26 octobre (disponible sur demande).
24. Dodds L., McNeil S., Deshayne B., Allen V., Coombs A. et coll. 2007. Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women. *CMAJ*; 176 (4):463-8.
25. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). 2005. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*; 54(RR-8).
26. Englund J. 2003. Maternal immunization with inactivated influenza vaccine: rationale and experience. *Vaccine*; 21(24):3460-4.
27. Roberts S., Hollier L., Sheffield J., Laibl V. et Wendel G. 2006. Cost effectiveness of universal influenza vaccination in a pregnant population. *Obstet Gynecol*; 107(6):1323-9.
28. Munoz F., Greisinger A., Wehmanen O., Mouzoon M., Hoyle J. et coll. 2005. Safety of influenza vaccination during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*; 192:1098-106.
29. Healy CM. et Baker CJ. 2007. Maternal immunization. *Paediatr Infect Dis J*; 26(1):945-8.
30. Whitley RJ. et Monto AS. 2006. Prevention and treatment of influenza in high-risk groups: children, pregnant women, immunocompromised hosts and nursing home residents. *J Infect Dis*; 194:S133-8.
31. Radwan HM., Cheeseman SH., Lai KK. et Ellison RT. 2000. Influenza in human immunodeficiency virus-infected patients during the 1997-1998 influenza season. *Clin Infect Dis*; 31:604-606.
32. Safrin S., Rush JD. et Mills J. 1990. Influenza in patients with human immunodeficiency virus infection. *Chest*; 98:33-7.

33. Lin JC. et Nichol KL. 2001. Excess mortality due to pneumonia or influenza during influenza seasons among persons with acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med*; 161:441-6.
34. Barker WH. et Mullooly JP. 1981. Underestimations of the role of pneumonia and influenza in causing excess mortality. *Am J Public Health*; 71:643-45.
35. Markson LE., Turner BT. et Fanning TR. 1992. Duration of Medicaid AIDS hospitalizations: variations by season, stage and year. *Am J Public Health*; 82:578-580.
36. Mendoza Sánchez MC., Ruiz-Contreras J., Vivanco JL., Fernández-Carrión F., Baro Fernández M. et coll. 2006. Respiratory virus infections in children with cancer or HIV infection. *J Pediatr Hematol Oncol*; 28(3):154-9.
37. Ljungman P., Anderson J., Aschan J., Barkholt L., Johansson M. et coll. 1993. Influenza A in immunocompromised patients. *Clin Infect Dis*; 17:244-7.
38. Rocha E., Cox NJ., Black RA., Harmon MW., Harrison CJ. et coll. 1991. Antigenic and genetic variation in influenza A (H1N1) virus isolates recovered from a persistently infected immunodeficient child. *J Virol*; 65:2340-50.
39. Feldman S., Webster RG. et Sugg M. 1977. Influenza in children and young adults with cancer. *Cancer*; 39:350-3.

# Guide élémentaire sur la pandémie de grippe à l'intention des professionnels de la santé de première ligne

**« Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la façon de se préparer à une pandémie, sans jamais avoir eu le temps de le demander »**

Le professionnel de la santé dévoué et bien informé est au cœur de l'intervention en cas de pandémie de grippe. En effet, le grand défi dans une telle situation consiste à offrir des soins aux nombreuses personnes qui tombent malades. Pourtant, bon nombre de professionnels de la santé au Canada ne se sentent pas prêts.\*\*

Le présent appendice est conçu pour aider le clinicien à faire face à une pandémie de grippe; il passe en revue les sept aspects clés des mesures en cas de pandémie de grippe :

- *Un principe organisationnel* relatif aux pratiques de prévention des infections applicables à tout cas de grippe.
- *Deux lignes directrices provisoires en matière de soins cliniques* pour l'évaluation et la prise en charge des patients atteints de grippe.
- *Trois principales ressources* qui vous aideront à vous tenir au courant des éléments nouveaux en ce qui concerne les mesures locales, provinciales, territoriales et nationales en cas de pandémie.
- *Quatre grandes hypothèses* associées au scénario de pandémie au Canada.
- *Cinq pratiques exemplaires que les professionnels de la santé devraient adopter* pendant une pandémie.
- *Six grandes stratégies nationales* mises en place pour que le système de santé au Canada puisse faire face à une pandémie de grippe.
- *Sept étapes* pour s'assurer que des pratiques exemplaires sont en place pour la saison de la grippe.

\*\* Association canadienne de la santé publique, enquête non publiée (disponible sur demande).

## 1. **Le principe relatif aux pratiques de prévention des infections applicables à tout cas de grippe**

### ***Le virus de la grippe se transmet principalement par des gouttelettes***

Pour soigner sans crainte les patients atteints de grippe en situation de pandémie, les cliniciens doivent savoir comment se protéger et protéger les autres. Comme vous le savez, qu'il soit question de la grippe saisonnière ou d'une pandémie de grippe, tous les virus grippaux se transmettent de la même façon. C'est pourquoi toutes les mesures de prévention des infections à prendre sont fondées sur le principe organisationnel suivant : **le virus de la grippe se transmet principalement par des gouttelettes.**

Les virus qui causent les affections respiratoires se transmettent par des gouttelettes ou par voie aérienne. La principale différence entre ces deux modes de transmission est la suivante : les gouttelettes retombent tandis que les particules aéropartées flottent dans l'air. Les gouttelettes sont plus grosses que les particules aéropartées, aussi est-il en général plus facile de s'en protéger. La plupart des virus du rhume sont transmis par des gouttelettes.

Voici ce que nous savons au sujet de la transmission du virus de la grippe par des gouttelettes :

- Habituellement, les gouttelettes parcourent environ 1 mètre avant de retomber.
- Le virus peut survivre jusqu'à 48 heures sur les surfaces dures; sur les mains, sa survie est de 5 à 10 minutes.
- On peut contracter le virus de la grippe :
  - **Par contact direct** (une personne tousse et les gouttelettes contaminées se déposent sur les yeux, le nez ou la bouche d'un voisin à proximité);
  - **Par les mains** (ou autre voie), lorsque celles-ci ont touché une surface contaminée par des gouttelettes ou que des gouttelettes provenant de la toux sont tombées sur les mains puis sont entrées en contact avec les yeux, le nez ou la gorge de la personne.
- Le lavage minutieux des mains avec de l'eau et du savon pendant **20 secondes** est un moyen efficace de décontaminer les mains. Une bonne friction des mains avec une lotion à base d'alcool à 60-90 % (jusqu'à séchage complet) est tout aussi efficace, et constitue maintenant la méthode privilégiée pour l'hygiène des mains dans les établissements de santé.\*

Ce principe stipule que la transmission se produit « principalement » par les gouttelettes. En effet, les gouttelettes peuvent dans certaines circonstances se transformer en particules aérosol, notamment lors d'interventions telles que l'intubation. De nombreuses recherches fondamentales sont menées actuellement afin de déterminer la quantité de particules du virus grippal susceptibles d'être aérosolisées, et les circonstances où cela se produit. On remet même en question la mesure estimative de 1 mètre qui s'appliquait à la propagation des gouttelettes. C'est le manque actuel de données à ce chapitre qui est à l'origine du débat entourant l'usage des masques chirurgicaux (qui protègent contre les gouttelettes contaminées) et des masques N95 (qui protègent contre les particules aéropartées). Le Canada et l'Organisation mondiale de la santé<sup>1</sup> recommandent actuellement **le lavage minutieux ou la friction à l'alcool des mains et le port d'un masque chirurgical et de lunettes de protection en guise de mesures de protection systématiques, ainsi que le port d'un masque N95 (ou l'équivalent), de lunettes de protection, d'une blouse et de gants pour la pratique d'interventions pouvant entraîner la libération d'aérosols, soit par exemple l'intubation endotrachéale ou la bronchoscopie.**

\* Il n'existe pas de données sur l'efficacité des désinfectants à mains contenant d'autres agents ou des lotions à frictionner ayant une teneur d'alcool de moins de 60 %.

## 2. Les deux lignes directrices provisoires en matière de soins cliniques

Pendant une pandémie de grippe, l'organisation des services de santé variera au Canada, selon le système de santé en place dans la province ou le territoire, voire dans la région. On estime que moins de 1 % des personnes qui seront cliniquement malades (suffisamment malades pour manquer au moins une demi-journée de travail) devront être hospitalisées. Aussi, le principal défi sera-t-il de mettre en place un processus d'évaluation permettant de déterminer quels sont les patients qui se portent assez bien pour rentrer à la maison et ceux qui doivent être hospitalisés. Les deux lignes directrices provisoires en matière de soins cliniques sont fondées sur les meilleures connaissances dont on dispose actuellement et sur l'expérience clinique acquise avec la grippe saisonnière. Elles seront mises à jour pendant une pandémie de grippe, à mesure que l'on obtiendra de l'information au sujet du virus.

L'évaluation primaire consiste à recueillir les antécédents, à effectuer un examen physique et à mesurer la saturation en oxygène pour déterminer si le patient peut rentrer à la maison ou si une évaluation plus approfondie s'impose. À l'évaluation secondaire, on déterminera les investigations qui pourraient être nécessaires pour déterminer pleinement l'état du patient et décider s'il doit être admis à l'hôpital ou s'il peut rentrer chez lui.

### Évaluation primaire

L'évaluation primaire comprend les antécédents, un examen physique et une mesure de la saturation en oxygène. Pendant l'observation des antécédents, il sera important de noter le type de symptômes et leur date d'apparition, de même que les facteurs susceptibles d'entraîner des complications. Le Tableau A1 indique quels sont les patients qui présentent un risque accru de complications liées à la grippe saisonnière.

**Tableau A1. Évaluation primaire : facteurs associés à un risque accru de complications liées à la grippe saisonnière**

1.	≤ 2 ans ou 65 ans
2.	Grossesse (deuxième ou troisième trimestre)
3.	Maladies cardiovasculaires : congénitales, rhumatismales, cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaque
4.	Maladies broncho-pulmonaires : asthme, bronchite chronique, bronchectasie, emphysème, fibrose kystique
5.	Diabète
6.	Néphropathies
7.	Tumeurs malignes
8.	Immunodéficience : sida, immunosuppression, transplantation
9.	Troubles hématologiques : anémie, hémoglobinopathies
10.	Maladies hépatiques, cirrhose
11.	Traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique chez les patients de moins 18 ans : maladie de Kawasaki, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme articulaire aigu, etc.

Le tableau A2 indique les éléments clés à observer lors de l'examen physique des patients atteints de grippe.

<b>Tableau A2. Caractéristiques de l'évaluation primaire assortie de valeurs anormales pour les adultes et les enfants</b>		
Manifestation clinique	Adultes ≥ 18 ans ou plus	Enfants < 18 ans
Température orale	< 35 °C ou > 38 °C	< 35 °C ou > 38 °C
Fréquence cardiaque	Arythmie nouvelle ou pouls > 100 batt./min	Fréquence cardiaque hors des valeurs normales N.-nés - 3 mois : 85-205 3 mois - 2 ans : 60-140 2 ans - 18 ans : 60-100
Tension artérielle	Systolique < 100 ou étourdissements en position debout	Systolique < 80 + 2x âge (en années)
Fréquence respiratoire	> 24/min	< 2 mois : ≥ 60/min 2 mois - 12 ans : ≥ 50/min >12 mois - 5 ans : ≥ 40/min >5 ans - 18 ans : ≥ 30/min
Couleur de la peau (lèvres, mains)	Cyanose	Cyanose, pâleur soudaine ou jambes froides en dessous des genoux
Douleurs thoraciques/signes thoraciques	Douleurs thoraciques ou toute anomalie à l'auscultation	Douleurs thoraciques, rétraction inspiratoire ou toute anomalie à l'examen
État mental	Apparition récente d'une confusion	Léthargie, diminution du niveau de conscience ou confusion
Fonction	Vomissements > 2/jour ou apparition récente d'une perte de capacité fonctionnelle	Vomissements > 2/jour, perte d'appétit, déshydratation ou incapacité de boire au sein
Signes/symptômes neurologiques	Convulsions ou diminution du niveau de conscience	Raideur du cou, photophobie, convulsions, fontanelle bombée
Saturation en oxygène	< 90 % à l'air ambiant	< 90 % à l'air ambiant

Il faut consigner systématiquement chaque rencontre avec un patient; l'usage de listes de vérification normalisées rendra sans doute cette tâche plus facile.

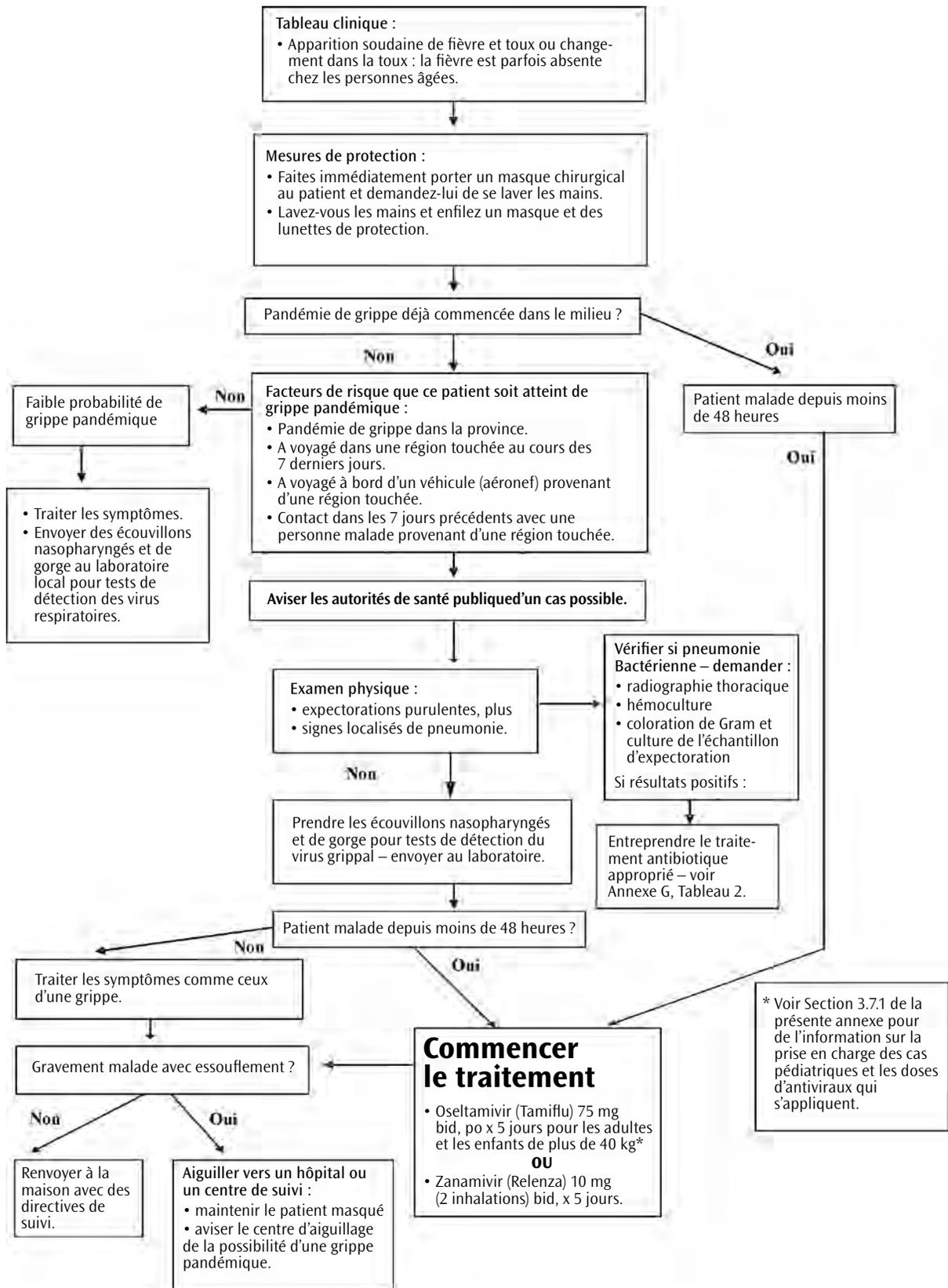
## Évaluation secondaire

Des manifestations cliniques et des indicateurs anormaux, de même qu'une comorbidité importante, signifient habituellement qu'il faut procéder à une évaluation secondaire. Les éléments d'une telle évaluation sont indiqués au Tableau A3. Mentionnons que les diagnostics viraux seront importants au début de la pandémie de grippe, peu importe la communauté touchée, pour documenter l'apparition de la grippe dans la communauté. Par la suite, toutefois, les diagnostics de grippe seront posés d'après les antécédents et le tableau clinique. Les tests viraux ne seront pas offerts systématiquement au plus fort de l'épidémie car on devra maintenir les services essentiels de laboratoire. Lorsque la pandémie se sera déclarée dans une communauté, les tests viraux probablement se limiteront à des indications spécifiques (p. ex., pour exclure la possibilité de l'apparition d'une souche résistante). Il sera important à ce moment-là de consulter les lignes directrices de laboratoire pour connaître les situations où des tests sont indiqués.

<b>Tableau A3. Enquêtes relatives à l'évaluation secondaire, et aux valeurs anormales chez les adultes et les enfants</b>		
	Adultes ≥ 18 ans ou plus	Enfants < 18 ans
Saturation en oxygène	< 90 % à l'air ambiant	< 90 % à l'air ambiant
Radiographie thoracique	Anormale, concordant avec une pneumonie ou une insuffisance cardiaque	Anormale, concordant avec une pneumonie ou une insuffisance cardiaque
Hémoglobine	Hb ≤ 8,0 g/dL	Nouveau-nés : <14,5 ou > 22,5 Tout-petits : < 9,0 ou > 14 6-12 ans : < 11,5 ou > 15,5 12-18 ans (garçons) : < 13 ou > 16 12-18 ans (filles) : < 12 ou > 16
Nombre de globules blancs	< 2 000 ou > 12 000	Nouveau-nés : < 9 000 ou > 34 000 Nourrissons : < 5 000 ou > 19 500 Tout-petits : < 6 000 ou > 17 500 4-7 ans : < 5 500 ou > 15 500 8-13 ans : < 4 500 ou > 13 500 13-18 ans : < 4 500 ou > 11 000
Sodium	Na ≤ 125 ou ≥ 145 mmol/L	Nourrissons : < 139 ou > 146 Enfants : < 138 ou > 145 Adolescents : < 136 ou > 146
Potassium	K ≤ 3 ou ≥ 5,5 mmol/L	< 2 mois : < 3,0 ou > 7,0 2-12 mois : < 3,5 ou > 6,0 > 12 mois : < 3,5 ou > 5,0
Azote uréique du sang	BUN ≥ 10,7 mmol/L	< 13 ans : < 1,8 ou > 6,4 Adolescents : < 2,5 ou > 6,4
Créatinine	≥ 150 µmol/L	Nourrissons : < 18 ou > 35 Enfants : < 27 ou > 62 Adolescents : < 44 ou > 88
Glucose	≤ 3 ou ≥ 13,9 mmol/L	Enfants : < 3 ou > 5,5
Diagnostiques viraux	Suivre les lignes directrices de laboratoire	Suivre les lignes directrices de laboratoire
Électrocardiogramme	Signes d'ischémie ou d'une arythmie nouvelle	Signes d'ischémie ou d'une arythmie nouvelle

Pour offrir un aperçu général de la façon dont les évaluations des patients se dérouleraient, un algorithme clinique a été mis au point.

## Algorithme de prise en charge clinique de la grippe pandémique



### **3. Les trois principales ressources pour se tenir au courant des éléments nouveaux en ce qui concerne la pandémie**

Vous connaissez maintenant les mesures de prévention des infections et les lignes directrices cliniques de base qui vous permettront d'évaluer les patients atteints de grippe ou du syndrome pseudo-grippal. Toutefois, vous savez pertinemment que les recherches se poursuivent afin de fournir une meilleure compréhension des mécanismes de transmission de la grippe, et que les lignes directrices cliniques pourraient être modifiées au fil des nouvelles données obtenues. La question qui vient donc naturellement en tête est la suivante : Quelle est la meilleure façon de se tenir informé des nouveautés ? Voici les trois sources d'information les plus fiables :

#### **Ressource n° 1 – L'établissement de soins de santé pour lequel vous travaillez**

Dans les hôpitaux, le personnel infirmier et les médecins seront informés par la direction de l'établissement. De son côté, le personnel de direction est en liaison avec le service de santé publique local et avec le ministère de la Santé de la province ou du territoire.

#### **Ressource n° 2 – Autorités de santé publique régionales ou provinciales**

Tous les professionnels de la santé au Canada devraient savoir comment communiquer avec le médecin hygiéniste de leur localité. Pourquoi ? Voici deux très bonnes raisons :

1. En définitive, c'est à l'échelle locale que les pandémies se manifestent. Chaque province/territoire ou région devrait avoir son propre plan en cas de pandémie, et le médecin hygiéniste devrait normalement faciliter la planification à son niveau. Des plans concernant l'organisation des services de santé devraient être « en cours d'élaboration » ou affichés sur le site Web du service de santé publique local.
2. Au Canada, la première personne à contracter un nouveau virus ou le virus pandémique sera sans doute vue par un praticien de première ligne. Ce cas marquera le début d'une intervention sanitaire d'urgence complexe, à l'échelle nationale. Et si vous étiez ce clinicien ? Si vous croyez qu'un patient est peut-être atteint d'une affection respiratoire grave (p. ex., il tousse, présente une fièvre et s'est rendu dans une région où le virus pandémique est en circulation), la première chose à faire est d'en discuter avec le médecin hygiéniste de votre localité. Il peut vous aider à obtenir la trousse d'analyse virologique par voie nasopharyngée, veiller à ce que les échantillons soient acheminés au laboratoire de santé publique le plus près et prendre les dispositions nécessaires pour que des infirmières hygiénistes procèdent à la recherche des contacts (identification de toutes les personnes qui peuvent avoir été en contact étroit avec ce patient).

C'est d'abord aux ministères provinciaux et territoriaux de la Santé qu'incombe la responsabilité des soins de santé. Bien que des efforts aient été faits et continueront d'être faits pour promouvoir une intervention uniforme d'un bout à l'autre du pays, le principal centre décisionnel concernant les soins de santé pendant une pandémie se situera au niveau provincial/territorial. Les provinces et territoires songent déjà à la façon dont ils s'y prendront pour entretenir une « communication en temps réel » avec les professionnels de la santé pendant une pandémie, et certains collaborent avec les organismes de délivrance des permis d'exercice à cet égard. Pour vous préparer, il serait peut-être bon de vous familiariser avec le site Web du ministère de la Santé de votre province/territoire et de connaître les numéros de téléphone et de télécopieur utiles. (Le moyen le plus efficace de communiquer avec le ministère de la Santé varie selon la province ou le territoire.)

### **Ressource n° 3 – L'Agence de la santé publique du Canada**

Au Canada, l'épidémie du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) a entraîné un cortège de changements, notamment la création de l'ASPC. L'Agence est le pendant canadien des Centres for Disease Control (CDC) des États-Unis et, tout comme ceux-ci, elle comprend une direction générale consacrée aux maladies infectieuses et aux mesures d'urgence. Cette direction générale offre du soutien au Comité national de l'influenza pandémique, qui est chargé de maintenir et de mettre à jour le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. L'Agence offre aussi du soutien au Conseil du Réseau de santé publique réunissant l'administrateur en chef de la santé publique et les sous-ministres adjoints de la Santé de l'ensemble des provinces et territoires, en plus d'être le relais permettant de déclarer toute maladie infectieuse émergente en activité à l'OMS.

Le site Web de l'ASPC (qu'on peut consulter à l'adresse [www.influenza.gc.ca](http://www.influenza.gc.ca)) contient beaucoup d'information sur la pandémie de grippe. Une autre section de ce site ([www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca)), utile pour les professionnels de la santé, est la section « Infections respiratoires émergentes », qui renseigne sur les mesures cliniques à prendre en présence d'un cas possible d'infection respiratoire grave d'origine inconnue, d'infection à virus H5N1 ou d'un virus pandémique émergent.

## **4. Les quatre grandes hypothèses associées au scénario de pandémie au Canada**

Maintenant que vous avez un aperçu de l'approche clinique à adopter en situation de pandémie de grippe, il est important de prendre un moment pour observer l'ensemble du portrait, afin de placer ces lignes directrices dans leur contexte. À quoi devons-nous nous attendre au juste ? Personne ne sait avec certitude à quoi ressemblera la prochaine pandémie, ni même quand elle aura lieu. Toutefois, les modélisateurs ont passé en revue les pandémies passées et ont imaginé de leur mieux ce qui pourrait se produire dans le meilleur et dans le pire des scénarios, ainsi que dans un scénario modéré. Dans le cadre des exercices de planification nationale, le Canada s'est fondé sur un scénario modéré, tout en sachant que la pandémie pourrait en fait être plus ou moins grave que celle imaginée dans le scénario. Les hypothèses suivantes offrent un aperçu de ce qui pourrait nous attendre :

### **Hypothèse n° 1 – Nous courons actuellement un risque accru de pandémie.**

L'OMS a déterminé que nous courons un risque accru de pandémie grippale en raison de l'apparition de nombreux cas humains sporadiques d'infection à virus H5N1 associés à des éclosions de grippe H5N1 chez des oiseaux. Il est possible qu'une autre souche du virus de la grippe aviaire soit à l'origine de la prochaine pandémie, mais nous ignorons à ce moment-ci quand ou comment elle se produira.

### **Hypothèse n° 2 – Plus de 70 % de la population pourrait être infectée pendant une pandémie, mais seulement de 15 à 35 % de la population sera cliniquement malade (c.-à-d., il y aura un taux élevé d'infections asymptomatiques).**

Ces chiffres sont fondés sur les pandémies de grippe passées. Mentionnons que les personnes infectées mais asymptomatiques devraient acquérir une immunité contre le virus. On ne connaîtra pas l'impact de la pandémie (gravité, distribution des cas selon l'âge et ampleur de la propagation) tant que le nouveau virus n'aura pas commencé à se propager efficacement chez l'humain.

**Hypothèse n° 3 – Parmi les personnes cliniquement malades, environ 50 % consulteront en clinique externe, 1 % seront suffisamment malades pour être hospitalisées et 0,4 % mourront.**

Ces estimations sont fondées sur un scénario « modéré », ne tenant pas compte de l'impact des médicaments antiviraux et de la vaccination. Une pandémie légère serait similaire à celle de 1968. Une pandémie grave serait similaire à celle de 1918, et le taux de mortalité pourrait alors atteindre 2 % en l'absence d'intervention. Par conséquent, pendant une pandémie modérée sans recours à des mesures d'atténuation, un médecin de famille ayant une clientèle de 2 000 patients pourrait s'attendre à ce qu'environ 700 patients tombent malades (au cours d'une ou deux vagues épidémiques, de 6 à 8 semaines chacune), à ce que 350 patients consultent pour des soins et à ce que 2 ou 3 patients meurent. L'usage de médicaments antiviraux et d'un vaccin (lorsque disponible) devrait faire diminuer ces chiffres.

**Hypothèse n° 4 – Dans toute communauté donnée, le virus de la grippe pandémique devrait circuler pendant 6 à 8 semaines, puis se manifesterait probablement de nouveau lors d'une deuxième vague.**

La grippe suit généralement la courbe typique en forme de cloche : les cas sont peu nombreux au départ, se font beaucoup plus fréquents, culminent, puis diminuent. Le phénomène peut se produire de nouveau quelques semaines ou mois plus tard.

## **5. Les cinq pratiques exemplaires que les professionnels de la santé devraient prendre en considération au moment de se préparer à une pandémie de grippe**

### **Pratique exemplaire n° 1 – Préparation psychologique**

Il est important que les praticiens de première ligne se sentent prêts à faire face à une pandémie et acquièrent la résilience nécessaire pour traverser ce qui sera inévitablement une période éprouvante. Des études auprès d'anciens combattants de la guerre du Vietnam ont révélé que la probabilité de souffrir de syndrome de stress post-traumatique à la suite de la guerre n'était pas liée au degré de stress ou de traumatisme subi. Le principal facteur prédictif de ce syndrome était le sentiment d'impuissance éprouvé pendant l'expérience. Les militaires qui avaient le sentiment de maîtriser la situation, y compris d'avoir la maîtrise d'eux-mêmes, étaient beaucoup plus nombreux à se remettre complètement de leur expérience.

En outre, les témoignages sur place des travailleurs de la santé à la suite de l'ouragan Katrina font ressortir l'importance d'avoir sous la main de petites choses qui contribuent au confort (comme des chaussures additionnelles afin de se changer toutes les huit heures) et qui aident à procurer un sentiment de contrôle et de soulagement pendant les longues heures de travail<sup>2</sup>.

### **Pratique exemplaire n° 2 – Préparation familiale**

Rien n'aide davantage les gens à faire face aux urgences que des plans bien établis, grâce auxquels les familles sentent qu'elles peuvent tenir le coup. Vous devez dès à présent passer en revue les pratiques de base concernant l'hygiène des mains et la toux avec votre famille. Prenez le temps de discuter avec votre conjoint, vos parents, vos enfants et autres proches de la façon dont vous pourriez vous arranger en cas d'épidémie de maladie infectieuse d'envergure. La conclusion d'ententes d'aide mutuelle constitue souvent un moyen efficace. Si votre conjoint tombe malade, vous voudrez peut-être prendre un ou deux jours de congé pour demeurer à ses côtés et prendre soin de votre famille. Une fois qu'il/elle sera sur la voie de la guérison, un ami ou un voisin

pourrait peut-être donner un coup de main. Advenant la fermeture d'écoles, certaines personnes ont fait des plans provisoires d'enseignement à domicile pour leurs enfants et quelques amis.

### **Pratique exemplaire n° 3 – Préparation liée à la pratique en cabinet**

La stratégie générale de base à mettre en place dans la pratique de votre cabinet ressemblera à ceci : veiller à ce que des procédures de prévention des infections soient en place, savoir de quelle façon vous serez tenu au courant pendant une pandémie, déterminer à l'avance comment vous allez trier les patients afin d'alléger les soins courants et discuter d'entraide possible avec vos collègues. Étant donné que nous avons déjà traité de la prévention des infections et de la communication en temps réel pendant une pandémie, nous allons maintenant nous concentrer sur les deux autres aspects de la stratégie.

Le triage consistera principalement à déterminer quels sont les patients qui pourraient se passer de soins courants pendant une pandémie. Dans le cas de la pratique en cabinet, on pourrait, par exemple, retarder les vérifications courantes de la tension artérielle et de la glycémie et renouveler les ordonnances par téléphone. Les interventions chirurgicales non urgentes seront sans doute remises à plus tard ou annulées.

Tout comme pour les discussions que vous aurez avec votre famille et vos amis, il serait sage de former un petit groupe de collègues et de planifier comment vous passerez à travers six à huit semaines de très forte demande de services de santé, en vous entraïdant et en vous remplaçant mutuellement, alors que vous pourriez tomber malade vous-même.

### **Pratique exemplaire n° 4 – Prise de décisions fondées sur l'éthique**

Un certain nombre de considérations éthiques entrent en jeu pendant une pandémie. Voici quelques principes importants :

En premier lieu, il y a le **devoir de diligence**. Tous les professionnels de la santé seront appelés à travailler fort pendant une pandémie. On peut comprendre que les cliniciens puissent d'abord ressentir de l'inquiétude en apprenant dans les nouvelles que la pandémie a atteint le Canada. On espère que vous répondrez néanmoins à l'appel du devoir. Bien sûr, il sera beaucoup plus facile de répondre à cet appel si les pratiques exemplaires susmentionnées ont déjà été mises en place.

Ensuite, il y a le **devoir de protection**. Les responsables de l'organisation des services de santé savent qu'il existe un devoir tant moral que légal de protéger les personnes qui se trouvent en première ligne pour combattre la maladie. À leur tour, ces personnes se doivent de protéger les patients dont elles prennent soin, en particulier les patients à risque.

Pour finir, on s'est penché, dans des études sur les valeurs des Canadiens, sur le contexte de la planification en cas de pandémie; ces études ont fait ressortir **l'importance de se montrer pratique, juste et équitable**. Le public est conscient que les choses ne se dérouleront pas comme à l'habitude pendant une pandémie, et qu'il y aura une pénurie de ressources. Le travail de rationnement des respirateurs est déjà commencé dans les services de soins intensifs, selon des principes tels que celui d'accorder la priorité aux personnes qui ont le plus de chances de se rétablir. On s'attendra à ce que les médecins fassent de leur mieux ces choix difficiles pendant une pandémie; les choix qu'ils exerceront devront être justes, humains et bénéfiques au plus grand nombre.

## **Pratique exemplaire n° 5 – Préparation des patients**

Aujourd'hui, la plupart des gens sont au courant de la menace de pandémie, et ils pourraient vous demander conseil. Servez-vous du guide d'information à l'intention des patients pour promouvoir les concepts de préparation et de résilience. Soulignez le fait que des services de santé et des traitements organisés seront offerts, mais que les gens devront également compter sur eux-mêmes autant que possible. **Faites valoir le concept du « compagnon de pandémie »** (entente d'aide mutuelle entre deux personnes) et mentionnez l'importance du bénévolat pour les bien-portants. Dirigez-les vers des sources d'information fiables, comme le ministère de la Santé de la province/du territoire (site Web, services de télésanté ou numéro de téléphone pour les demandes de renseignements généraux) et l'ASPC.

## **6. Les six grandes stratégies nationales**

Maintenant que vous avez une bonne idée des difficultés que pose une pandémie sur le plan clinique, et de la façon de les surmonter, nous allons conclure avec les bonnes nouvelles : le plan national du Canada en cas de pandémie est parmi les meilleurs au monde! Beaucoup de travail a été fait à l'échelle provinciale, territoriale et fédérale pour soutenir l'intervention en matière de soins cliniques. En tant que professionnel de la santé, vous avez un rôle essentiel à jouer dans vos interactions avec le système de santé dans son ensemble pour assurer une intervention bien coordonnée et uniforme.

### **Stratégie nationale n° 1 – Surveillance et détection rapide**

La détection rapide de la pandémie au Canada repose sur une déclaration hâtive des cas suspects aux services de santé publique et sur l'identification en laboratoire. La première étape est la surveillance courante de la grippe, c'est-à-dire l'application de notre système national « Surveillance de l'influenza » et de notre protocole de déclaration des cas d'infection respiratoire grave. Le système Surveillance de l'influenza renferme plusieurs sources de données, y compris les déclarations des syndromes pseudo-grippaux faites par les médecins sentinelles partout au Canada, les analyses de laboratoire permettant de détecter le virus de la grippe et d'autres virus respiratoires, le sous-typage des échantillons et l'évaluation de la résistance aux médicaments antiviraux, ainsi que les niveaux d'activité grippale mesurés par les provinces/territoires. Si le risque de pandémie devait augmenter, on encouragerait activement la diffusion d'alertes et la déclaration des cas d'infection respiratoire grave. Pendant une pandémie, une stratégie de surveillance permettra de faire le suivi de l'apparition de la maladie dans les diverses communautés au Canada, ainsi que de son ampleur et de sa disparition. Une fois la première vague pandémique passée, on retournerait au système courant Surveillance de l'influenza, en axant les activités d'évaluation sur le perfectionnement de la stratégie globale en vue de la deuxième vague.

La stratégie de laboratoire est en cours d'élaboration. Une fois la pandémie annoncée, il sera important que les praticiens veillent à ne pas submerger le laboratoire local d'échantillons à analyser. Les laboratoires disposent de personnel et de ressources limités, et tentent actuellement de déterminer le meilleur moyen de limiter le nombre d'analyses à effectuer pendant une pandémie, tout en maintenant la capacité de surveillance clinique et de surveillance en population.

### **Stratégie nationale n° 2 – Communications transparentes et en temps opportun**

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à communiquer en temps opportun et en toute transparence au sujet de la menace de pandémie ou de son apparition, et planifient actuellement des mécanismes pour faciliter la communication avec le système de santé

dans son ensemble et avec le public. On tiendra aussi des séances régulières d'information des médias au niveau local/régional, provincial/territorial et fédéral pour faire le point sur l'activité pandémique et les interventions.

### **Stratégie nationale n° 3 – Services de santé d'urgence**

L'organisation des services de santé pendant une pandémie variera selon la province et le territoire, et pourrait aussi varier selon la région. Une enquête nationale récente a permis de déterminer que la plupart des provinces ont actuellement des plans en ce qui concerne les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les services de conseils au téléphone. Certaines provinces ont décidé d'établir des centres spéciaux où l'on évaluera les patients présentant des symptômes pseudo-grippaux; d'autres sont sur le point d'en faire autant. Des listes de vérification sont offertes dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza en ce qui concerne l'établissement de centres de soins de remplacement et les mesures à prendre pour faire face à un grand nombre de victimes. Le service de santé publique local communiquera avec les médecins pour les informer des plans établis et de la place qui leur est réservée, ainsi qu'aux patients, dans ces plans.

### **Stratégie nationale n° 4 – Médicaments antiviraux**

En avril 2008, le Canada disposait d'une réserve de 53 millions de doses de médicaments antiviraux, composée à environ 90 % d'oseltamivir (Tamiflu) et à 10 % de zanamivir (Relenza). Ces médicaments ont été distribués aux provinces et aux territoires en fonction du nombre d'habitants. La taille, la composition et l'usage indiqué de la Réserve nationale de médicaments antiviraux sont continuellement revus. Actuellement, l'utilisation de la réserve se limite à une stratégie de traitement précoce. On tente actuellement de déterminer si la réserve nationale devrait être accrue pour servir à des fins prophylactiques. Une réserve nationale d'urgence comptant un supplément de 12 millions de doses de médicaments antiviraux a été prévue pour répondre à la demande en période de pointe.

### **Stratégie nationale n° 5 – Mesures de santé publique**

Les mesures de santé publique classiques, comme l'isolement des cas et la mise en quarantaine des contacts, ne seront appliquées qu'aux phases pré-pandémiques, lorsque le confinement pourrait encore être possible. Une fois que la pandémie sera en cours, ces mesures ne seront plus efficaces en raison de la courte période d'incubation du virus, de sa propension à se répandre dans la communauté et de la présence d'infections asymptomatiques. Pendant une pandémie, des mesures de santé publique communautaires seront prises, comme la recommandation (sur une base volontaire) de s'auto-isoler en cas de maladie, la diffusion d'avis aux voyageurs et, au besoin, la fermeture d'écoles et l'annulation de rassemblements publics.

### **Stratégie nationale n° 6 – Vaccin contre le virus pandémique**

En définitive, la vaccination est la stratégie la plus efficace contre un virus pandémique. Le Canada a la chance de compter sur son territoire un fabricant de vaccins antigrippaux, avec lequel il a signé un contrat l'engageant à produire une quantité de vaccins suffisante pour tous les Canadiens. Toutefois, il faudra environ six mois à compter de l'annonce de la pandémie avant que le vaccin ne soit disponible. Au Canada, on planifie actuellement des essais cliniques qui amélioreront l'état de préparation du fabricant et des autorités de réglementation, ce qui pourrait raccourcir ce délai. Aussi, on prévoit que les médicaments antiviraux seront le principal mode

de traitement pendant la première vague, puis que le vaccin sera disponible pour prévenir la deuxième vague ou les vagues subséquentes.

## **7. Les sept étapes pour se préparer à l'heure actuelle à la grippe saisonnière**

Chaque année, la grippe saisonnière frappe le Canada, et nous fournit une occasion de mettre à l'essai nos préparatifs en cas de pandémie. Veuillez passer en revue les sept étapes suivantes pour une lutte optimale contre la grippe saisonnière.

1. La prise en charge des patients qui présentent une fièvre et une toux :
  - Vérifiez si vos patients présentent une fièvre et une toux à leur arrivée ou au téléphone dans le cas des rendez-vous d'urgence. Dans l'affirmative, demandez-leur de porter un masque et de se frictionner les mains avec une lotion à base d'alcool, et dirigez-les vers une section distincte (située à au moins 1 mètre de distance des autres patients) ou directement vers la salle d'examen.
  - Ayez des réserves de masques, de mouchoirs et de lotion pour les mains à base d'alcool facilement accessibles.
  - Lorsque vous soupçonnez une grippe, songez à utiliser des antiviraux si le patient n'a pas reçu le vaccin antigrippal ou s'il s'agit d'une saison où on dénote une certaine disparité entre le vaccin et le virus en circulation<sup>3</sup>.
  - Veillez à ce que les surfaces soient désinfectées après la visite du patient.
2. Faites-vous vacciner chaque année contre la grippe et demandez à votre personnel de faire de même.
3. Administrez le vaccin contre la grippe saisonnière et le vaccin antipneumococcique à vos patients, en particulier ceux qui sont à risque.
4. Songez à demander des trousseaux d'échantillonnage viral auprès du service de santé publique de votre localité.
5. Si vous en avez l'occasion, appuyez le programme local « Surveillance de l'influenza » et allez sur le site Web de l'ASPC pour vous informer au sujet de l'activité grippale dans votre région.
6. Avant la saison grippale, renseignez vos patients sur les sujets suivants :
  - Les symptômes de la grippe
  - Le mode de transmission de la grippe
  - Les moyens de prévenir la grippe
  - L'inutilité des antibiotiques contre la grippe
7. Renseignez vos patients sur la façon de se soigner eux-mêmes :
  - Facteurs de risque et complications

## Conclusion

Nous sommes aujourd'hui mieux préparés que jamais à affronter une pandémie. Nous disposons en effet de systèmes de surveillance et de laboratoires perfectionnés permettant l'identification rapide du virus, nous avons des réserves de médicaments antiviraux, et des fabricants se tiennent prêts à produire nos vaccins. Malgré tout, des efforts restent à faire. En effet, nous devons renforcer les liens entre les soins cliniques, la santé publique et les laboratoires. Nous devons également rendre immédiatement opérationnels les plans de soins de santé en cas de pandémie, et les cliniciens doivent veiller à avoir l'information et les fournitures dont ils ont besoin pour se sentir protégés et préparés.

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. *Clarification: use of Masks by Health Care workers in Pandemic Settings* (2005) [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/Mask%20Clarification10\\_11.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/Mask%20Clarification10_11.pdf) (en anglais seulement).
2. Berggren R. Unexpected necessities – inside charity hospital. 2005. *N Eng J. Med*; 353: 15550-3.
3. Allen UD., Aoki FY. et Stiver HG. pour le compte de la Société canadienne de pédiatrie et de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada. The use of antiviral drugs for influenza: Recommended guidelines for practitioners. 2006. *Can J Infect Dis Med Microbiol*; 17:273-284 (*Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*. Article en anglais avec sommaire en français).



# Lignes directrices sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé durant une pandémie d'influenza

**Date de la version la plus récente : février 2004**

Remarque :

- Cette annexe ne contient pas d'information mise à jour sur la stratégie antivirale. Vous référer à la section « Préparation » du Plan et à l'Annexe E ou cette information.
- Voir la section « Contexte » du Plan pour la terminologie la plus récente sur les phases de pandémie.
- Cette annexe peut ne pas être à jour en ce qui concerne d'autres activités de planification et les décisions des politiques.
- Cette annexe sera mise à jour en 2009.



# Table des matières

Introduction .....	3
1.0 Contexte .....	3
1.1 Suppositions à la base de la planification .....	3
1.2 Projection de l'impact .....	5
2.0 Gestion des ressources dans les établissements de soins de santé .....	6
2.1 Gestion des ressources durant la période interpandémique .....	6
2.1.1 Examen de la législation sur la protection civile .....	6
2.1.2 Identification des déclencheurs de la mise en œuvre .....	6
2.1.3 Planification de l'augmentation de la capacité en lits .....	7
2.1.4 Planification de la fixation des priorités au niveau des patients .....	8
2.1.5 Planification de l'équipement et des approvisionnements critiques .....	9
2.2 Gestion des ressources durant la période pandémique .....	10
2.2.1 Mise en œuvre des plans d'urgence .....	10
2.2.2 Augmentation de la capacité en lits .....	11
2.2.3 Révision de l'équipement et des approvisionnements critiques .....	11
2.3 Gestion des ressources durant la période postpandémique .....	11
3.0 Lignes directrices relatives à la gestion des ressources humaines dans les établissements de soins pour malades aigus .....	12
3.1 Introduction .....	12
3.2 Gestion des ressources humaines durant la période interpandémique .....	12
3.2.1 Planification de l'utilisation optimale des travailleurs de la santé .....	13
3.2.2 Révision des mesures législatives d'urgence relatives aux travailleurs de la santé .....	15
3.2.3 Faire de la formation .....	16
3.2.4 Examen des questions relatives aux assurances et aux autorisations d'exercer ..	17
3.2.5 Immunisation des travailleurs de la santé .....	18
3.2.6 Soutien des travailleurs de la santé .....	19
3.3 Gestion des ressources humaines durant la période pandémique .....	20
3.3.1 Organisation du déploiement des travailleurs de la santé .....	20
3.3.2 Coordination de l'intervention avec le personnel de gestion d'urgence .....	20
3.3.3 Mise en œuvre des plans de formation et de communication .....	21
3.3.4 Gestion des questions afférentes aux assurances et aux autorisations d'exercer ..	21
3.3.5 Répondre aux besoins en matière d'immunisation .....	22
3.3.6 Soutien des travailleurs de la santé .....	22
3.4 Gestion des ressources humaines durant la période postpandémique .....	22
Appendice A : Évaluation de la capacité en lits .....	23
Appendice B : Exemple de liste de contrôle de gestion des approvisionnements .....	28



## Introduction

Pendant les épidémies et les pandémies d'influenza, alors que le taux d'atteinte global est relativement élevé, même une faible fréquence de complications entraînera des augmentations marquées des taux d'hospitalisation. L'influenza pandémique se produit habituellement par vagues d'une durée de six à huit semaines dans un lieu donné. On peut donc s'attendre à ce que la demande faite aux services de soins de santé fournis dans les établissements de soins de santé augmente, atteigne un sommet et diminue au cours des semaines pendant lesquelles un lieu donné est affecté.

Il est estimé qu'entre 34 000 et 138 000 personnes devront être hospitalisées au Canada durant la prochaine pandémie si le taux d'atteinte se situe entre 15 et 35 %. Cela exercera une pression énorme sur tous les aspects du réseau médical et les ressources médicales seront excédées au-delà de leurs capacités.

Le présent document se divise en une section portant sur le contexte et en deux sections principales de lignes directrices – les lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé et les lignes directrices portant sur le besoin de dotation en ressources humaines additionnelles et leur identification dans le cadre des activités de planification en cas de pandémie mettant à contribution les établissements de soins de santé. Ces lignes directrices identifient les activités ayant cours durant les périodes interpandémique, pandémique et postpandémique.

Bien que ces lignes directrices soient axées sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé, les services de santé sont prodigués dans plusieurs autres milieux, notamment : centres de triage; services auxiliaires de santé par téléphone; cliniques de médecins; services ambulanciers/paramédicaux; services de transport de patients; soins à domicile; établissements de soins de longue durée, et la santé publique. Par ailleurs, des lieux de soins de santé « non traditionnels » peuvent être mis sur pied pour l'intervention en cas de pandémie (p. ex., unités mobiles de soins de santé, établissements de soins pour malades aigus/subaigus). Les planificateurs régionaux et locaux devront aborder les questions de gestion des ressources pour tous les milieux de services de santé. Les lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les lieux non traditionnels font l'objet d'une autre annexe du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza – (Annexe J - *Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels*).

### 1.0 Contexte

#### 1.1 Suppositions à la base de la planification

Les plans de mesures d'urgence actuels visent essentiellement les situations d'urgence à court terme, localisées et comportant plusieurs victimes. Dans une pandémie, l'impact est pour ainsi dire à l'échelle mondiale et la durée de « l'urgence » sera plus longue. Étant donné que

plusieurs instances seront affectées simultanément, il pourrait s'avérer impossible de partager et d'échanger des ressources.

Les suppositions suivantes ont été faites en vue de planifier les ressources en cas de pandémie d'influenza.

a) **Il est peu probable qu'il y ait « déclaration de l'état d'urgence ».**

Les plans régionaux en cas de pandémie ne doivent pas présumer qu'un état d'urgence national ou provincial sera « déclaré », puisqu'il est improbable que cela se produise advenant une pandémie.

b) **Le réseau des soins de santé pourrait être débordé.**

Il y aura une augmentation des visites médicales, des hospitalisations et des décès, ce qui exercera une pression extrême sur le réseau des soins de santé.

- Les établissements canadiens fonctionnent présentement à capacité maximale ou quasi-maximale en lits et les compressions budgétaires, ainsi que les insuffisances de personnel font que de nombreuses instances ont déjà procédé à la réduction des admissions non urgentes.
- L'augmentation ou même le maintien de la capacité en lits existante nécessite des ressources humaines engagées. Lors d'une pandémie, on peut s'attendre à ce que les insuffisances en personnel, en approvisionnements et en équipement limitent la capacité des établissements à répondre à une augmentation importante du volume de patients.

c) **La meilleure utilisation des ressources se fera par la fixation des priorités à l'échelle du réseau.**

Une pandémie nécessitera une fixation des priorités régionales en ce qui a trait aux besoins et aux ressources dans tout le réseau de soins de santé, et non une simple révision des ressources dans un seul établissement. Par exemple, en terme de ressources humaines, les professionnels de la santé pourraient devoir être déplacés de cliniques de vaccination vers les hôpitaux ou d'un hôpital à l'autre. Les lits, les ventilateurs et autre équipement pourraient devoir être déplacés vers des lieux non traditionnels. Cela demandera une révision des questions logistiques, éthiques et pratiques dans toute la région.

d) **Il y aura un transfert limité des ressources.**

La nature globale de la crise fera que l'on ne pourra pas compter sur les ressources d'autres instances pour répondre aux besoins additionnels pendant une pandémie.

e) **Les modes de ravitaillement habituels seront perturbés.**

La demande en médicaments, en fournitures médicales/chirurgicales et autres augmentera de façon substantielle dans le monde entier et dans le pays. Les fournisseurs pourraient éprouver de la difficulté à répondre à la demande accrue, en raison du manque de personnel et de matières premières, ainsi des perturbations du transport. De plus, puisque la plupart des médicaments, de l'équipement et des fournitures sont produits à l'extérieur du Canada, il y aura des barrières à l'obtention des fournitures, qui comprennent : embargos de médicaments, problèmes outre frontières et de transport dus à l'insuffisance de personnel.

f) **Un vaccin dirigé contre la souche pandémique pourrait être indisponible.**

Le vaccin ne sera probablement pas disponible jusqu'à ce que la première vague d'une pandémie soit bien entamée ou plus tard, selon le temps qu'il faudra pour trouver une souche d'ensemencement de vaccin qui convienne à la mise au point, aux épreuves et à la production.

Lorsqu'un vaccin deviendra disponible, il pourrait falloir établir des cliniques d'immunisation desservant les travailleurs de la santé à l'intérieur des établissements de soins de santé.

**g) Il y aura pénurie de médicaments antigrippaux.**

Aucune matière première servant à la fabrication des médicaments antigrippaux n'est actuellement produite au Canada. Les fournitures existantes sont très limitées et elles sont insuffisantes pour constituer la base d'une stratégie d'intervention antivirale efficace. Il faut envisager de faire des réserves de ces médicaments.

Lorsque les médicaments antiviraux seront rendus disponibles, il faudra établir des priorités de traitement et de prophylaxie en fonction des recommandations nationales pour les personnes qui demandent des services de soins de santé dans les établissements de soins de santé.

**h) Le nombre de travailleurs des services essentiels sera réduit.**

La disponibilité des travailleurs de la santé et des dispensateurs de soins qui sont essentiels à la limitation de la perturbation sociale pendant une pandémie pourrait être réduite s'ils sont malades ou que des membres de leurs familles le sont.

**i) La pandémie se produira par vagues.**

La pandémie se produira vraisemblablement par vagues successives d'une durée d'environ six à huit semaines dans une communauté donnée, suivie par une période de récupération d'une durée inconnue. Entre les vagues, des ressources substantielles seront requises pour « rattraper » les interventions non urgentes, les traitements différés de cancer ou cardiaques, ainsi que d'autres traitements. L'entretien de l'équipement, la reconstitution des approvisionnements et autres activités nécessaires à la récupération et à la préparation à une autre vague pandémique devront se faire au cours de cette période.

## **1.2 Projection de l'impact**

Personne ne peut prévoir quelle sera la gravité de l'impact de la prochaine pandémie d'influenza. Les estimations canadiennes actuelles ont été calculées sur la base de taux d'atteinte pour la maladie symptomatique de 15 % et de 35 %, toutefois, des taux d'atteinte plus élevés sont possibles. Il est possible d'extrapoler des estimations locales de l'impact potentiel d'une pandémie (le nombre de personnes malades, le nombre d'hospitalisations, le nombre de décès, etc.) à l'aide de programmes d'ordinateur, p. ex., le logiciel « FluAid » élaboré par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains. (<http://www2.cfd.c.gov/od/fluid/default.htm>)

Ce logiciel présente un certain degré de difficulté et comporte certaines limites parce qu'il est conçu en fonction du réseau de soins de santé américain et des comportements de consultation américains, qui peuvent être très différents de la situation canadienne. Il n'existe présentement aucun outil fiable servant à estimer les taux d'intubation, qui aideraient à la planification de l'équipement tel que les ventilateurs. Un exemple de la façon dont une province, l'Alberta, a fait usage de FluAid est fourni à l'Annexe A dans la Section sur la préparation du Plan.

## 2.0 Gestion des ressources dans les établissements de soins de santé

### 2.1 Gestion des ressources durant la période interpandémique

Les activités suivantes doivent avoir lieu au cours de la période interpandémique. De plus amples détails sont fournis après la liste suivante :

- Examen de la législation sur la protection civile
- Identification des déclencheurs de la mise en œuvre
- Planification d'une augmentation de la capacité en lits
- Planification de la fixation des priorités au niveau des patients
- Planification de l'équipement et des approvisionnements critiques

#### 2.1.1 Examen de la législation sur la protection civile

La législation sur la protection civile prévoit des dispositions en matière de gestion d'une situation d'urgence, l'obtention et l'accession au matériel et autres ressources, la mise en œuvre des plans d'intervention et prévoit également une structure de gestion des crises. Cela comprend le recrutement de professionnels et autre personnel rémunéré, ainsi que de bénévoles, la gestion des ressources humaines et la protection des bénévoles. La planification en cas de pandémie doit être intégrée aux mesures législatives d'urgence ainsi qu'aux plans d'urgence des instances afin de faire la meilleure utilisation des ressources et des plans existants.

**Remarque importante : Les plans régionaux en cas de pandémie ne doivent pas présupposer qu'un état d'urgence national ou provincial sera « déclaré », puisqu'il est très improbable que cela se produise lors d'une pandémie. Les planificateurs des provinces et des territoires doivent évaluer des questions telles que l'indemnisation des travailleurs et l'assurance responsabilité, le maintien et le soutien des travailleurs, ainsi que d'autres aspects du plan qui pourraient survenir sans une telle déclaration.**

Le cadre de travail national de soutien ne dépend pas de la déclaration d'un état d'urgence national. Il est recommandé que tous les planificateurs des provinces et des territoires examinent les mesures législatives d'urgence tant du fédéral que des provinces et des territoires afin de déterminer la façon d'intégrer les plans dans le cadre de travail des mesures législatives d'urgence.

Par exemple, il est important d'identifier les dispositions législatives qui s'appliquent de façon particulière à l'obtention des biens et du matériel en cas de crise. Ces dispositions comprendraient sans probablement se limiter aux choses suivantes :

- la capacité et la responsabilité des autorités à réquisitionner les biens pour leur utilisation dans des lieux non traditionnels,
- l'accès au transport, au matériel, au personnel administratif et autres ressources,
- l'indemnisation versée aux propriétaires des biens réquisitionnés.

#### 2.1.2 Identification des déclencheurs de la mise en œuvre

La législation et les plans d'urgence existants aux niveaux gouvernemental et institutionnel identifient déjà les critères qui déclencheraient la mise en œuvre de plans précis. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza décrira aussi les points d'intervention généraux.

En prenant appui sur la législation et les plans existants, les autorités et les établissements des provinces, des territoires et locaux doivent définir les critères clés et les méthodologies qui déclencheraient la mise en œuvre des plans par phases successives en ce qui a trait aux activités

de gestion des ressources de leur instance. Le médecin hygiéniste local, de concert avec l'équipe locale d'intervention en cas de pandémie, décideront du moment d'instituer le plan de lutte contre la pandémie d'influenza dans leur instance.

Étant donné qu'il est peu probable que la pandémie débute au Canada, le premier facteur déclencheur pourrait être les rapports sur la gravité et les rapports épidémiologiques sur la pandémie dans d'autres pays. Cela sera vraisemblablement le premier indicateur de ce à quoi il faut s'attendre lorsque la pandémie atteindra le Canada en termes de demande faite aux services de soins de santé.

Les ressources locales en matière de soins de santé et l'épidémiologie locale de la maladie, par exemple, le nombre de cas confirmés d'influenza dans la communauté ou les données sur l'impact de la pandémie d'influenza dans d'autres instances canadiennes détermineront les déclencheurs des plans d'urgence des services de santé. Ces déclencheurs pourraient inclure :

- La proportion des consultations en salle d'urgence qui sont attribuables à l'influenza.
- La proportion des cas d'influenza nécessitant l'hospitalisation.
- La capacité de l'hôpital à prendre en charge les cas d'influenza.

D'autres déclencheurs pourraient inclure les rapports des médecins sentinelles ou des cliniques de consultation sans rendez-vous signalant qu'ils ne peuvent pas prendre en charge tous les patients demandant des rendez-vous à cause d'un syndrome grippal. Le déroutement des ambulances vers d'autres lieux de soins pour malades aigus en raison du débordement des salles d'urgence pourrait constituer un autre déclencheur de la réaffectation ou de l'acquisition de ressources. Il convient de définir les facteurs déclencheurs et les protocoles de surveillance au cours de la période interpandémique.

Les autorités et les établissements fédéraux, des provinces, des territoires, régionaux et locaux peuvent désigner des balises à partir desquelles il faut poser les gestes précis suivants :

- Modifier les ratios de dotation en personnel, les fonctions des postes
- Réduire les listes de chirurgie, les admissions
- Grouper les services
- Procurer des fournitures additionnelles
- Demander du personnel de remplacement
- Déroutement de l'itinéraire des ambulances

### **2.1.3 Planification de l'augmentation de la capacité en lits**

Dans tout établissement, un « lit » comprend le soutien de l'infrastructure, notamment, la dotation en personnel, qui est requis pour soigner le patient occupant ce « lit ». Par conséquent, les exigences d'un « lit » du service des soins intensifs, par exemple, inclut tout le soutien requis pour s'occuper d'un patient à ce niveau.

La planification de l'augmentation de la capacité en lits durant une crise comprend :

- l'identification préalable des stratégies,
- la planification des conséquences de ces stratégies,
- l'identification des facteurs déclencheurs à la suite desquels les options seront mises en œuvre.

Diverses options d'augmentation de la capacité en lits ont été identifiées, notamment :

- la réduction des admissions et des chirurgies non urgentes afin de maximiser la capacité en lits médicaux et de maximiser les lits des soins intensifs,
- la modification des protocoles ou des exigences en vue de donner un congé précoce de l'hôpital,

- l'augmentation du personnel de soins à domicile,
- l'augmentation du nombre de lits à domicile, de lits de soins à long terme et d'hospice, la réouverture de la capacité actuellement fermée,
- l'utilisation de la capacité réservée aux soins critiques,
- l'utilisation des installations de ventilation d'urgence dans les salles de réveil et les salles d'opération,
- l'évaluation des lieux connexes tels que les cliniques, les établissements de soins de longue durée et les établissements psychiatriques à être utilisés par des patients qui ne sont pas atteints d'influenza,
- la création de lits « flex » durant la saison d'influenza.

Les programmes qui suivent et qui gèrent la capacité en lits tels que les programmes de l'Ontario pour les malades en phase critique (Ontario Critical Program) et le registre des ressources de l'Ontario (Ontario Resource Registry), le « Bedline » de la Colombie-Britannique et le système de centre téléphonique de l'Alberta jouent un rôle clé dans le transfert/la mise en place des patients sous soins critiques dans la province, assurant ainsi que les lits dotés en personnel sont utilisés de la meilleure façon. Le Sous-groupe de gestion des ressources a recommandé la création par chaque province et territoire d'un registre centralisé des lits, un centre téléphonique et une centrale d'acheminement des ambulances.

L'Appendice A du présent document comprend des listes de contrôle destinées à faciliter l'évaluation de la capacité en lits dans les établissements de soins de santé.

## 2.1.4 Planification de la fixation des priorités au niveau des patients

Durant une pandémie, il sera difficile de gérer les dénombrements élevés dans les salles d'hôpital et l'unité des soins intensifs, ainsi que les volumes élevés des services d'urgence devant la disponibilité réduite des travailleurs de la santé et la limitation de l'équipement de soutien respiratoire.

La pandémie peut présenter une première vague d'une durée d'environ six à huit semaines et une autre vague ou plusieurs autres vagues subséquentes peuvent se produire. L'annulation des admissions et des chirurgies non urgentes, comme mesure de gestion des ressources limitées, pourrait avoir des conséquences importantes pour certains patients, notamment pour les patients cancéreux et les cardiaques. Étant donné que les chirurgies non urgentes ne sont pas toutes équivalentes en termes de nécessité et de risque qu'impose un délai, les autorités sanitaires doivent considérer la façon dont sera établie la liste d'attente par priorité des patients qui devaient être admis ou subir une admission ou une chirurgie non urgente, si le nombre de lits est limité dans leur province, territoire, région, municipalité ou établissement.

La fixation des priorités pour les ressources de la santé en période de pénurie critique devra aussi faire l'objet d'un examen. Les centres communautaires et les hôpitaux locaux doivent adopter une approche multidisciplinaire et inclure des considérations d'ordre éthique et juridique lorsqu'ils élaborent un processus de fixation des priorités, quel qu'il soit. Les *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* (Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza) présentent des recommandations sur l'évaluation et la gestion des patients atteints et non atteints d'influenza durant une pandémie, dont des algorithmes de triage des adultes et des enfants en fonction de leurs manifestations cliniques et des facteurs de risque ou des comorbidités. Cependant, si les fournitures, l'équipement et l'accès aux soins intensifs doivent être rationnés, il faudra établir un processus juste et équitable de fixation des priorités.

Une approche générale des considérations d'ordre éthique sera élaborée par les groupes de travail sur la planification nationale en cas de pandémie. Cela nécessitera de plus amples discussions, notamment des consultations éthiques et avec le public. Chaque communauté devra prendre ses propres décisions en matière de fixation des priorités, en gardant à l'esprit les considérations d'ordre éthique et les buts de l'intervention en cas de pandémie, selon la disponibilité des ressources, la phase de pandémie dans la communauté et la gestion des décisions qui auront été prises jusqu'au moment où le rationnement/la fixation des priorités deviendront nécessaires. En raison du très grand nombre de variables et d'imprévus, il est très peu probable que des lignes directrices élaborées à l'échelle nationale soient suffisamment détaillées pour répondre aux besoins des participants à ces types de décisions au niveau local.

## 2.1.5 Planification de l'équipement et des approvisionnements critiques

Une pandémie provoquera vraisemblablement des pénuries de médicaments, de fournitures médicales et potentiellement de fournitures opérationnelles. Étant donné que de multiples instances, y compris d'autres pays, pourraient être touchées par ces pénuries, le plan d'intervention ne doit pas se fier fortement à l'aide extérieure pour ce qui est de l'approvisionnement en fournitures et en équipement. Voici quelques questions qui toucheront directement les approvisionnements canadiens :

- **Interruption des chaînes de transport** — Les approvisionnements canadiens sont transportés sur de longues distances par voie routière, ferroviaire et aérienne. Les approvisionnements sont souvent obtenus des États-Unis et d'autres pays. Les difficultés aux passages frontaliers peuvent affecter de façon substantielle les modes de ravitaillement. De plus, une perte d'autant que 30 % des travailleurs, camionneurs et autre personnel de transport peut affecter la production et la livraison des approvisionnements.
- **Manque d'inventaire** — Dans un effort de réduction des coûts, la plupart des régions sont passées à des systèmes de stockage « juste à temps » par lesquels des approvisionnements minimaux sont gardés sous la main.
- **Embargos** — La majorité des approvisionnements médicaux ne sont pas produits au Canada. Santé Canada a déployé des efforts majeurs afin d'établir une infrastructure intérieure pour la fabrication de vaccin antigrippal et a encouragé la fabrication intra-canadienne de certains antibiotiques. Dans nombre de cas, les approvisionnements ne sont toutefois fournis que par un ou deux fabricants à travers le monde ou bien les ingrédients ou les composants essentiels ne proviennent que d'une seule source. Lors de pandémies et de crises sanitaires précédentes, d'autres pays ont interdit l'exportation de vaccins, de médicaments et de fournitures critiques.

D'autres annexes présentent les recommandations sur l'utilisation des vaccins et des antiviraux en cas de pénurie. D'autres ressources telles que les lignes directrices de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) dressent la liste des médicaments considérés comme critiques dans le traitement de l'influenza et de la pneumonie. Ces lignes directrices doivent être distribuées et examinées par les établissements de soins de santé durant la période interpandémique puisque ces questions affecteront la gestion des patients et des ressources, dont les médicaments, dans l'établissement.

### Accumulation de stocks

Les autorités sanitaires des provinces, des territoires et locales pourraient envisager la possibilité de faire une rotation des réserves d'approvisionnements critiques pour les établissements de soins de santé de leur propre instance. Les instances pourraient désirer garder spécifiquement certains équipements plus anciens, tels que des lits, qui nécessitent peu d'entretien et qui n'ont

pas de « durée de vie » particulière. Une évaluation adéquate de l'entretien et de la formation requise doit être faite afin d'assurer la sécurité et l'aspect utilitaire de l'équipement plus vétuste, la formation requise par le personnel pour se servir de l'équipement qu'il connaît mal, etc. (Voir la liste de contrôle de gestion des approvisionnements à l'Appendice B.)

Suite à une telle évaluation critique, les établissements et les autorités sanitaires pourraient envisager le maintien de certaines pièces d'équipement plus vétuste tels que les ventilateurs.

La possibilité de faire des réserves de médicaments antiviraux sera discutée à l'échelle nationale, cependant, la nécessité et la faisabilité de faire des réserves de médicaments critiques au profit de la gestion des patients atteints d'influenza et de pneumonie secondaire doit être abordée aux niveaux des provinces, des territoires et local. De plus, les provinces et les territoires devront discuter avec les planificateurs locaux en cas de pandémie de la nécessité de stocker de plus grandes quantités de médicaments et d'équipement pour prendre en charge les personnes présentant des comorbidités, p. ex., maladies cardiaques et respiratoires chroniques, diabète, insuffisance rénale, dont l'état pourrait être exacerbé par l'infection d'influenza. Les *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* (annexe G) proposent un guide des antibiotiques à utiliser dans le traitement de la pneumonie secondaire. Les antibiotiques qui sont actuellement en réserve au niveau national feront l'objet d'une révision qui déterminera s'ils peuvent être utilisés lors d'une pandémie, en plus des plus amples discussions sur la nécessité de disposer de réserves nationales additionnelles.

### **Production locale**

Certains articles qui sont habituellement commandés auprès de sources centralisées, pourraient être produits localement durant une crise. Les spécialistes des achats pourraient réviser les approvisionnements qui pourraient être obtenus ou produits localement moyennant la prise d'arrangements préalables. Des fournisseurs possibles et des fournisseurs de produits de substitution doivent être contactés afin d'explorer cette possibilité.

## **2.2 Gestion des ressources durant la période pandémique**

Avant le début de la pandémie, on ne connaît pas quelles populations seront le plus affectées par le nouveau virus, les symptômes dominants de la maladie ni les complications les plus courantes. Cette information deviendra graduellement disponible lorsque l'OMS aura identifié un « nouveau virus » et aura confirmé la « transmission d'humain à humain ». Les planificateurs doivent examiner l'épidémiologie de la maladie à la lumière des données démographiques de leur propre population, ainsi qu'en fonction des ressources existantes, en plus de mettre à jour les plans d'affectation des ressources à la lumière de cette information.

Les activités suivantes, à l'égard des établissements de soins de santé, doivent être effectuées durant cette phase de la pandémie lorsque les déclencheurs indiquent la nécessité d'agir :

- La mise en œuvre des plans d'urgence.
- L'augmentation de la capacité en lits.
- La révision de l'équipement et des approvisionnements critiques.

### **2.2.1 Mise en œuvre des plans d'urgence**

La mise en œuvre par étapes des plans d'intervention en cas de pandémie débutera à ce moment en fonction des déclencheurs préalablement identifiés pour agir et de la législation et des plans existants.

## 2.2.2 Augmentation de la capacité en lits

Les activités suivantes pourraient avoir lieu durant une pandémie, afin d'augmenter la capacité en lits en fonction des plans préparés durant la période interpandémique :

- réouverture de salles d'hôpital et d'hôpitaux fermés,
- annulation de chirurgies et d'admissions non urgentes selon le processus de fixation des priorités déterminées précédemment,
- suivi centralisé de la capacité en lits,
- utilisation de la capacité réservée aux soins critiques,
- préparation et utilisation des installations de ventilation d'urgence dans les salles de réveil et les salles d'opération,
- déplacement de cohortes de patients infectieux et non infectieux vers d'autres lieux tels que les cliniques et les établissements de soins prolongés,
- Congé accordé à autant de patients que possible en fonction des critères révisés de congé d'hôpital.

Les provinces et les territoires devraient réexaminer et reconsidérer toute législation existante qui pourrait imposer des restrictions au déplacement des patients et du personnel.

## 2.2.3 Révision de l'équipement et des approvisionnements critiques

Examiner et réviser les besoins en approvisionnements et les plans en fonction des extrapolations épidémiologiques de l'OMS et de Santé Canada :

- Commander des approvisionnements additionnels.
- Prendre d'autres arrangements de transport/distribution au besoin.
- Établir une production intérieure d'approvisionnements là où cela est possible.

Santé Canada ou d'autres autorités aviseront les instances du statut des réserves, des embargos et les informeront sur les établissements de production d'urgence. Les approvisionnements de vaccins et d'antiviraux et les recommandations sur leur utilisation en période de pénurie seront coordonnées au niveau national.

## 2.3 Gestion des ressources durant la période postpandémique

Les activités dans les établissements de soins de santé durant cette phase de la pandémie seront axées sur la mise en œuvre des plans de rétablissement afin de remettre l'établissement dans son état normal, interpandémique et opérationnel. Des lits peuvent être fermés et les approvisionnements additionnels qui ont été acquis durant la pandémie peuvent être retournés ou entreposés. L'intervention suite à la pandémie doit faire l'objet d'un examen et d'une évaluation de façon à ce que les plans puissent être révisés au besoin durant cette période ou la période interpandémique.

## 3.0 Lignes directrices relatives à la gestion des ressources humaines dans les établissements de soins pour malades aigus

### 3.1 Introduction

Lors d'une pandémie d'influenza, il y aura augmentation des besoins en personnes détenant une formation en soins de santé pour répondre à la demande accrue faite au sein du réseau des soins de santé. Devant cet impératif, il faudra peut-être réaffecter des travailleurs en soins de santé dans différents lieux à l'intérieur d'un établissement de soins pour malades aigus ou à l'expansion des services qui sont habituellement fournis dans ces établissements (p. ex., pour y inclure des cliniques d'immunisation pour les travailleurs de la santé). De plus, les travailleurs autres que de la santé ou les travailleurs de la santé retraités pourraient devoir être réembauchés/embauchés sous contrat pour procurer les services essentiels supplémentaires afin de répondre à la demande en services dans les établissements de soins de santé. Les bénévoles constitueront également une source vitale potentielle de ressources humaines qui faciliteront la gestion des services de soins de santé durant une pandémie.

Lors d'une pandémie d'influenza, le manque de personnel médical qualifié sera l'une des nombreuses barrières à la prestation de soins adéquats. Une proportion importante de la main-d'œuvre pourrait être incapable de se présenter au travail pendant une période de temps parce qu'elle est malade ou que des membres de leur famille le sont. Les communautés et les organismes de soins de santé devront avoir en place des lignes directrices précises pour savoir ce qu'il faut faire lorsque le réseau des soins de santé est débordé et que des lieux non traditionnels doivent être établis ou que les points de service actuels doivent être élargis. La gestion des ressources humaines des lieux non traditionnels durant une pandémie fait l'objet des *Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels* (Annexe J du Plan). Cette section du document traitera donc des questions liées aux ressources humaines dans les lieux de soins pour les malades aigus.

### 3.2 Gestion des ressources humaines durant la période interpandémique

Les autorités sanitaires sont en mesure de faire des estimations préliminaires des besoins de dotation de personnel selon les estimations de l'impact d'une pandémie et des données démographiques de la région (voir la section 2.1).

La liste d'activités suivante vise à appuyer la planification quant à l'utilisation optimale des ressources, incluant les travailleurs de la santé, les stagiaires, les retraités et les bénévoles, dans les établissements de soins de santé. De plus amples détails sont fournis dans les sections subséquentes.

- Planification de l'utilisation optimale des travailleurs en soins de santé et des bénévoles
- Révision des mesures législatives d'urgence relatives aux travailleurs en soins de santé et aux bénévoles
- Faire de la formation
- Examen des questions relatives à l'assurance et aux autorisations d'exercer
- Immunisation des travailleurs de la santé, incluant les bénévoles
- Planification du soutien des travailleurs de la santé, incluant les bénévoles

### 3.2.1 Planification de l'utilisation optimale des travailleurs de la santé

Le travail d'identification des travailleurs actuels de la santé qui pourraient être relocalisés à l'intérieur d'un établissement et de recrutement de professionnels de la santé additionnels, d'autres travailleurs de la santé et des bénévoles qui pourraient compenser une partie des demandes accrues envers les travailleurs de la santé qui se produisent lors d'une pandémie, doit être amorcé au cours de la période interpandémique.

#### a) Nommer une équipe de gestion des ressources humaines

L'identification des travailleurs de la santé actuels, le recrutement de professionnels additionnels, de non-professionnels et de bénévoles, la gestion de la formation, l'affectation et le soutien des travailleurs de la santé à divers lieux et fonctions seront parmi les tâches de préparation les plus importantes en période de pandémie. Une première étape importante est l'établissement dans chaque instance d'une équipe ou d'un sous-comité qui soit en mesure d'assumer ces responsabilités. Une combinaison de professionnels possédant de l'expertise en matière de ressources humaines, de planification en cas de pandémie, d'administration des soins de santé, de prévention des infections, de santé et sécurité au travail et d'organismes de bénévolat serait souhaitable pour cette équipe/ce sous-comité de planification.

#### b) Placement du personnel

Lors d'une pandémie, il est possible que les travailleurs en soins de santé aient à être réaffectés de leurs rôles et milieux habituels. Par exemple, il pourrait être nécessaire que des professionnels de la santé qualifiés étendent leur rôle pour y inclure la supervision de bénévoles et autre personnel dans des lieux de soins pour malades aigus, des cliniques affiliées et des lieux non traditionnels.

Bien qu'il soit probable que les établissements de soins pour malades aigus aient besoin de tous leurs travailleurs de la santé respectifs, il convient de les considérer en tant que source de personnel dans d'autres lieux, notamment :

- Les lieux de triage – lieux communautaires de triage : dans des cliniques, des lieux non traditionnels, rattachés à un hôpital existant.
- Les lieux non traditionnels – dont les centres de soins d'urgence, les hôpitaux d'urgence, les hôtels de soutien, les postes de soins infirmiers, etc.
- Les cliniques de vaccination – les cliniques des lieux de soins pour malades aigus, etc.

Les *Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels* (Annexe J) traitent de plusieurs questions afférentes aux ressources humaines dans ces lieux. Cependant, il est important de reconnaître que l'expertise nécessaire à la gestion clinique des patients atteints d'influenza se trouve principalement dans les établissements de soins de santé. La mise en poste de certains membres du personnel dans ces lieux pourrait compenser les demandes faites envers les établissements de soins de santé et en fin de compte, entraîner l'utilisation optimale des ressources humaines.

Les autorités sanitaires doivent examiner les besoins de leurs propres communautés afin de déterminer si une importance plus grande doit être attachée au soutien des options de soins communautaires et du personnel qui y sera requis.

#### c) Révision des champs d'application de la pratique

Même dans des lieux de soins pour malades aigus, la délégation de tâches et l'autorité changeront par nécessité durant une pandémie. L'insuffisance de personnel et l'augmentation du nombre de patients pourrait nécessiter des annulations de chirurgies, de tests et d'autres procédures. Le

personnel pourrait être réaffecté de façon à faire une meilleure utilisation de leurs compétences. La participation du personnel retraité et formé à l'étranger pourrait être sollicitée.

Les négociations et la planification doivent se faire dans chacune des provinces et chacun des territoires, avec les collègues, associations et assureurs existants afin que le processus de réaffectation et de délégation puisse s'effectuer rapidement et de façon aussi ordonnée que possible. (Voir la section sur les mesures législatives d'urgence.) La négociation préalable avec les organismes de réglementation professionnelle et les unités de négociation visant à faciliter les modifications des descriptions de travail et l'utilisation de travailleurs de remplacement durant une pandémie facilitera la transition et rendra le processus plus efficace. Nous recommandons que les instances posent les actes suivants pendant la période interpandémique :

- Établir un processus, conjointement avec les plans d'urgence existants, visant à évaluer les compétences et le travail requis pour chaque tâche. Les instances doivent examiner le processus d'accueil, de réception, de triage, de soins cliniques, de nettoyage, etc., et évaluer les travailleurs additionnels ou les sources de travailleurs qui possèdent déjà les compétences pour être intégrés à ces emplois.
- Réviser les recommandations des *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* qui ont été faites sur l'évaluation et la gestion des patients qui indiqueront les besoins en diverses compétences pour divers domaines de soins à prodiguer aux patients et déterminer ceux qui pourraient le faire durant une pandémie.
- Communiquer avec les professionnels de la santé au sujet des besoins lors d'une pandémie.

#### d) Recrutement de personnel professionnel aux fins de l'intervention en cas de pandémie

Dans les établissements, il faut envisager de réaffecter le personnel médical et infirmier ayant des fonctions administratives, de recherche et éducatives à des fonctions cliniques.

Parmi les sources de remplacement des travailleurs de la santé, se trouvent, entre autres :

- médecins/infirmières retraités (il faut s'assurer que le travail durant une pandémie ne compromettrait pas leurs plans de retraite)
- médecins/infirmières ne travaillant actuellement pas dans le domaine des soins de santé cliniques (c.-à-d., éducateurs, administrateurs, chercheurs, entreprise privée)
- stagiaires (c.-à-d., étudiants en médecine et étudiantes infirmières)
- infirmières auxiliaires autorisées
- assistants de soins aux patients
- techniciens ambulanciers
- vétérinaires
- pharmaciens
- thérapeutes (en inhalothérapie/du travail/physiothérapie)
- techniciens (laboratoire, radiographie)
- aides soignantes

Considérer la meilleure façon de recruter des personnes ayant des qualifications en soins de santé mais qui ne travaillent pas actuellement dans des services de santé. Travailler avec des associations professionnelles afin de déterminer comment communiquer avec leurs membres avant la pandémie pour discuter de questions rattachées à la pandémie et comment elles pourraient communiquer pendant la pandémie.

Les provinces et les territoires pourraient travailler avec des associations professionnelles pour s'assurer que des personnes ayant des qualifications en soins de santé mais qui ne travaillent pas

actuellement dans des services de santé maintiennent leurs qualifications et leurs compétences. Il est également important d'établir une méthode d'évaluation des qualifications et des compétences professionnelles durant la pandémie lorsque les personnes sont recrutées de façon hâtive.

Il faut beaucoup de temps et d'argent pour élaborer et maintenir des bases de données sur le personnel. Les bases de données ne sont utiles que si elles sont bien à jour et qu'elles comportent des renseignements sur les autorisations d'exercer, les compétences et le contact.

La plupart des établissements de soins de santé auront déjà une certaine forme de base de données sur leur personnel. Les établissements ou les autorités locales pourraient élaborer des bases de données sur les travailleurs qui ont une formation spécifique (via les organismes de réglementation professionnelle et les associations) ou établir un arrangement coopératif avec des organismes de réglementation professionnelle, des associations ou des agences de bénévoles qui maintiennent déjà de telles listes.

Les provinces et les territoires sont encouragés à examiner la législation relative aux activités professionnelles et à la protection de la vie privée afin de déterminer la meilleure façon de maintenir de telles listes. Il pourrait être mieux, tant sur les plans légaux et de l'efficacité, de demander à des professionnels de donner leur nom comme travailleurs bénévoles en cas de pandémie. Il serait également bon de fournir un certain incitatif sous la forme de formation gratuite, de frais d'autorisations d'exercer subventionnés, etc., afin d'encourager les professionnels à donner leur nom comme bénévole.

Élaborer des méthodes visant à assurer que :

- des travailleurs qualifiés soient contactés rapidement et facilement,
- les travailleurs soient placés là où on en a le plus besoin,
- la formation et les qualifications des travailleurs soient consignées dans un registre afin d'assurer qu'ils aient des qualifications adéquates.

### **3.2.2 Révision des mesures législatives d'urgence relatives aux travailleurs de la santé**

La législation sur la protection civile comprend de nombreuses dispositions sur la gestion des travailleurs durant une crise. Cela comprend le recrutement de personnel professionnel et autre personnel rémunéré, ainsi que des bénévoles, la gestion des ressources humaines et la protection des bénévoles. La planification en cas de pandémie doit être intégrée dans la mesure du possible aux plans d'urgence des instances, afin de faire le meilleur usage des ressources et des plans existants. Il n'y a aucune garantie qu'une situation de crise nationale soit déclarée; les instances doivent être préparées à fonctionner dans de telles circonstances. Par conséquent, il convient de baser la planification des ressources humaines sur les plans existants sans attendre une déclaration.

Les dispositions suivantes de la législation s'appliquent particulièrement aux questions rattachées aux ressources humaines, y compris :

- autorité relative aux autorisations d'exercer et au champ d'application de l'exercice, ainsi que la capacité du gouvernement à faire des modifications unilatérales durant une crise,
- sécurité et protection des travailleurs (l'une des principales responsabilités),
- équité en matière de rémunération,
- assurances, tant du lieu que des accidents de travail et autres formes d'assurance,
- formation,
- fourniture de vêtements et d'équipement,
- sécurité d'emploi des travailleurs ayant pris congé pour aider durant la crise.

## Réquisition de la main-d'œuvre

En vertu des mesures législatives, les provinces et les territoires peuvent avoir l'autorité de désigner des « services essentiels » et des travailleurs, et ont le pouvoir d'obliger toute personne à travailler ou de réquisitionner le bien d'un particulier moyennant indemnisation, *en dernier recours*.

Cette question a été soulevée en raison de l'insuffisance actuelle de travailleurs de la santé et de la crainte que ces travailleurs et d'autres puissent refuser de travailler durant une pandémie pour cause de modifications des responsabilités inhérentes au poste, de la peur d'être infectés, de responsabilités familiales ou pour d'autres raisons. Le sous-groupe souligne toutefois l'extrême difficulté de faire adopter et de respecter une telle législation et il encourage fortement les instances à examiner toutes les autres méthodes de recherche de travailleurs de la santé, avant une pandémie.

### 3.2.3 Faire de la formation

Les professionnels de la santé, tant ceux qui travaillent présentement dans leurs domaines que ceux qui travaillent ailleurs ou qui sont à la retraite, ainsi que les bénévoles peuvent profiter de la formation et de la communication des plans en cas de pandémie. Tout en recherchant des compétences précises, la formation et la communication peuvent être orientées vers l'état de préparation, le changement de rôles et de responsabilités, la supervision de bénévoles, la gestion de crises et la planification d'urgence.

#### a) Commencer dès maintenant la formation et la sensibilisation

Il y aura très peu de temps à consacrer à une formation efficace lorsqu'une pandémie démarrera. Par conséquent, la formation doit être intégrée aux programmes existants durant la période interpandémique. L'intégration des compétences nécessaires, lors d'une pandémie, à la formation existante réduira les coûts, améliorera l'efficacité et renforcera la préparation.

La formation et la sensibilisation seront nécessaires afin de :

- motiver le développement d'une capacité d'intervention, notamment l'identification des responsabilités et des activités de préparation, dans les lieux de soins pour malades aigus,
- faciliter la compréhension des conséquences d'une pandémie, les questions de vaccination et d'éthique, parmi les fournisseurs de soins de santé, avant la pandémie,
- recruter des travailleurs prêts à prendre de nouvelles responsabilités durant la pandémie,
- encourager les travailleurs de la santé à maintenir leurs compétences et leurs autorisations d'exercer pendant qu'ils travaillent ailleurs,
- développer des compétences spécifiques reliées à l'influenza pandémique.

#### b) Identification des exigences en matière de compétences/connaissances

Les travailleurs de la santé devront être compétents et bien informés dans les domaines de la prévention des infections, de la gestion des crises, de la supervision des travailleurs et du travail auprès des familles affligées, ce qui n'est peut-être pas une partie importante de leurs responsabilités actuelles. De plus, il serait utile d'élargir et de maintenir l'effectif de professionnels de la santé et d'autres personnes ayant une formation sur l'oxygénothérapie, l'utilisation des ventilateurs et les soins à prodiguer aux patients qui emploient des ventilateurs.

Les compétences administratives, en termes de procédures de suivi des patients, seront également requises dans les établissements de soins de santé qui sont débordés, ainsi que les personnes qui sont en mesure d'éduquer les patients et les familles sur l'autogestion de la santé, facilitant ainsi le congé précoce des patients de l'hôpital. Idéalement, tous les

travailleurs de la santé devraient recevoir une formation sur les principes de l'autogestion de la santé, puisqu'ils seront la première source d'information auprès de leurs patients, des familles et des communautés. (Voir l'annexe des *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* du Plan pour de plus amples renseignements sur l'autogestion de la santé.)

Il est toutefois reconnu que les programmes de formation qui ciblent ces compétences devront être élaborés en vue d'une mise en œuvre rapide et efficace une fois qu'une pandémie est déclarée, en raison de la difficulté de maintenir plusieurs de ces compétences sans en faire un usage constant.

Il est également conseillé d'élaborer un plan spécifique de formation ou de recyclage des travailleurs de la santé qui ne travaillent pas actuellement dans le domaine des soins de santé, les retraités par exemple.

#### c) Former le formateur

Les autorités sanitaires et les organismes de bénévoles existants peuvent établir des programmes de « formation du formateur ». Grâce à ce processus, il est possible de maintenir un groupe d'individus formés, durant la période interpandémique, lesquels seraient disponibles pour mettre en œuvre les programmes de formation aussi rapidement que possible dès le début d'une pandémie.

Afin de faciliter ce processus, il est essentiel de :

- identifier et former les personnes qui connaissent les tâches et qui font preuve de bonnes aptitudes en communication pour agir en tant que formateurs durant la pandémie,
- identifier les ressources de formation utiles aux formateurs en milieu de travail,
- assurer qu'il y ait des manuels de procédures/d'instruction adéquats et faciles à utiliser pour les tâches telles que les admissions, le suivi des patients, etc.,
- utiliser et partager les programmes de formation et le matériel existants qui peuvent être adaptés à une influenza pandémique.

#### d) Planifier dès maintenant la formation à offrir durant la période pandémique

Une grande partie de la formation devra être faite une fois la pandémie commencée. Le personnel qui ne travaille pas actuellement dans le domaine des soins de santé et les bénévoles pourraient n'arriver qu'une fois la pandémie commencée. De plus, il pourrait s'avérer nécessaire de mettre à jour la formation à un moment plus rapproché de la période pandémique. Les préparations suivantes devraient être faites à l'avance afin d'assurer que les choses se fassent rapidement et efficacement durant la pandémie :

- identifier la formation qui sera donnée après la déclaration de la pandémie,
- identifier et obtenir les ressources de formation qui peuvent être testées et utilisées durant la période pandémique,
- former les formateurs – (voir ci-dessus),
- planifier où et comment la formation sera donnée durant la pandémie.

### **3.2.4 Examen des questions relatives aux assurances et aux autorisations d'exercer**

Une couverture d'assurance et de responsabilité doit être fournie aux stagiaires, aux bénévoles, aux retraités et aux autres travailleurs qui sont recrutés pour fournir des services de soins de santé durant une pandémie. Un traitement plus approfondi des questions relatives aux assurances et à la responsabilité est présenté à l'annexe portant sur les *Lignes directrices à*

*l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels* (Annexe J). Bien que ces questions feront l'objet d'une enquête à l'échelle nationale, chaque province et territoire devra examiner la législation et les politiques existantes afin de déterminer comment cela pourrait être effectué dans leurs instances respectives.

a) Assurance responsabilité pour les travailleurs et les bénévoles

La nécessité d'étendre les champs d'application de l'exercice peut avoir des répercussions sur la protection offerte par l'assurance responsabilité/contre la faute professionnelle.

b) Indemnisation des travailleurs

Un protocole d'entente (PE) entre le Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile (anciennement Protection civile Canada) et les provinces et territoires revendique que les bénévoles autorisés ou les personnes contraintes/conscrites à travailler d'urgence dans des services soient protégés par l'indemnisation des travailleurs durant l'intervention d'urgence, pour autant qu'ils soient inscrits. Certaines organisations bénévoles ont souscrit à un régime d'assurance responsabilité pour leurs bénévoles.

Dans certaines circonstances, les bénévoles qui s'inscrivent auprès d'organisations désignées peuvent être couverts par l'indemnisation des travailleurs en vertu de la législation d'exception. Toutefois, plusieurs questions demeurent à résoudre avec les commissions des accidents du travail au niveau provincial :

- La police requiert-elle une déclaration de l'état d'urgence et par quel palier de gouvernement ou l'assurance prend-elle effet lorsque le ministre de la Santé déclare une pandémie?
- La définition des travailleurs de la santé à cette fin.
- La définition des bénévoles à cette fin.
- L'indemnisation est habituellement basée sur la perte de revenu, ou, dans certains cas, les bénévoles peuvent être des retraités, des personnes au foyer ou des travailleurs autonomes. L'indemnisation couvrirait-elle les coûts liés aux autres responsabilités de la personne, telles que les obligations familiales?
- L'indemnisation serait-elle disponible si les bénévoles tombaient malade au lieu de se blesser?
- Cela comprend-il l'assurance décès et l'indemnité de mutilation?

Veiller à ce que chaque assurance soit disponible indépendamment du besoin d'une « déclaration de l'état d'urgence ».

c) Transfert d'autorisations d'exercer entre instances

*(Cette section est actuellement en révision, en attente de la discussion avec les organismes des provinces et territoires délivrant les autorisations d'exercer.)*

Chaque province et territoire doit assurer une liaison avec les organismes de réglementation professionnelle de son instance durant la période interpandémique au sujet des questions d'autorisation d'exercer. De plus, les organismes de réglementation professionnelle pourraient avoir à assurer une liaison et à consentir des privilèges à des professionnels provenant de l'extérieur de la province, reposant sur leur qualité dans une autre instance.

### **3.2.5 Immunisation des travailleurs de la santé**

Bien qu'il soit peu probable qu'un vaccin dirigé contre la souche d'influenza pandémique soit disponible avant l'arrivée de la pandémie au Canada, le statut des autres immunisations recommandées des travailleurs de la santé doit être à jour. Étant donné que les immunisations

nécessitent divers délais et que certains requièrent plus d'une dose pour bâtir une immunité, il sera vraisemblablement impossible de les fournir tous une fois la pandémie déclarée ou de les fournir dans les délais appropriés faute d'un manque d'approvisionnements et de ressources humaines.

Une fois qu'un vaccin dirigé contre la souche pandémique devient disponible, le vaccin sera distribué selon les recommandations de fixation des priorités pour les sujets vaccinés convenues au niveau national. Une liste préliminaire de groupes prioritaires a été élaborée par le Sous-groupe sur les vaccins et elle figure à l'Annexe D du Plan. La priorité et la composition de ces groupes peuvent changer en fonction de l'épidémiologie de la pandémie. Il est toutefois largement reconnu que les travailleurs de la santé sont essentiels à l'intervention contre la pandémie et qu'il faut leur accorder une priorité élevée quant à l'immunisation durant une pandémie.

### **3.2.6 Soutien des travailleurs de la santé**

Durant une pandémie, les travailleurs de la santé nécessiteront un soutien personnel considérable pour poursuivre leur travail. Durant la période interpandémique, il est important de prévoir comment ces services pourraient être fournis. Certaines stratégies peuvent demander des changements de politique ou même de législation afin d'assurer la disponibilité des travailleurs de la santé durant la pandémie. Le soutien offert aux travailleurs de la santé peut inclure :

- Soutien personnel de base – veiller à ce que des aliments et des services soient disponibles pour les travailleurs de la santé dans le lieu de travail.
- Soutien affectif/counseling des personnes affligées (visant à permettre aux travailleurs de poursuivre leur travail et à réduire les pertes de personnel en raison de la peine ou du stress traumatique).
- Soins familiaux (pour les enfants, les personnes âgées, les membres malades de la famille qui ne nécessitent pas d'hospitalisation). Cela pose un sérieux problème de prévention des infections lorsque des enfants ou des personnes âgées sont rassemblés pour bénéficier de soins de groupe.
- Protection de l'emploi des travailleurs de la santé qui sont réaffectés à d'autres emplois durant une pandémie.
- Protection de l'emploi des conjoints qui prodiguent des soins de famille pour permettre aux travailleurs de la santé de travailler.

Les autorités sanitaires peuvent mettre à profit les programmes existants de soutien aux employés pour élaborer des programmes en cas de crise. Cela pourrait inclure de :

- contacter les services de soutien existants,
- travailler avec les aumôniers, les conseillers et les socio-psychologues pour personnes affligées afin d'élaborer des programmes de soutien en cas de crise incluant un soutien aux personnes affligées et un counseling pour le stress traumatique,
- déterminer si des programmes de soins pour enfants ou familiaux conviendraient au(x) lieu(x) et où et comment ils seraient mis sur pied (p. ex., contrat avec le YM/YWCA),
- révision de la législation pour déterminer s'il existe une protection pour les conjoints qui assument les responsabilités de garde d'enfant pour permettre aux travailleurs de la santé de poursuivre leur travail.

### **3.3 Gestion des ressources humaines durant la période pandémique**

Si la pandémie se produit dans d'autres pays avant d'arriver au Canada, des renseignements sur l'épidémiologie de la souche pandémique seront diffusés à l'échelle internationale à mesure qu'ils seront disponibles. Les planificateurs devront examiner chaque parcelle de nouvelle information pour prévoir comment cela pourrait influencer sur leur propre population et potentiellement réviser les plans d'affectation des ressources humaines en fonction de cette information.

Les étapes/activités suivantes devront se produire durant la période pandémique afin d'optimiser les ressources humaines suivant l'intervention :

- organiser le déploiement de travailleurs de la santé
- travailler avec le personnel de gestion d'urgence et se servir de la législation sur la protection civile au besoin
- mettre en œuvre les plans de formation et de communication
- gérer les questions d'assurance et d'autorisation d'exercer
- répondre aux besoins d'immunisation
- soutenir les travailleurs de la santé

#### **3.3.1 Organisation du déploiement des travailleurs de la santé**

Une fois ce point atteint, il faudra activer l'Équipe de planification des ressources humaines et recruter de nouveaux membres qui pourraient être vitaux à la mise en œuvre des plans élaborés précédemment. Cela facilitera la gestion coordonnée des questions liées aux ressources humaines. Voici les étapes ultérieures à suivre :

- Identifier les postes clés et de supervision, ainsi que les personnes qui les rempliront.
- Selon les niveaux de dotation en personnel actuels et en supposant qu'un taux d'atteinte similaire affecterait le personnel et le reste de la population, estimer les besoins en personnel additionnel pour chacune des régions.
- Réaffecter le personnel lorsque cela est nécessaire.
- L'Équipe, conjointement avec les autorités sanitaires locales, doit faire une mise à jour de l'inventaire du personnel actuel, du nombre de lits et des lieux de soins pour malades aigus.
- Réviser les bases de données sur les travailleurs et les bénévoles établies durant la période interpandémique.
- Faire appel à du personnel – Communiquer avec le public et les travailleurs de la santé qui ne travaillent pas présentement, au sujet du besoin possible de personnel additionnel.
- Faire une sélection préliminaire du personnel additionnel.
- Faire de la formation – du personnel existant pour des tâches spéciales et former le personnel additionnel.
- Déployer le personnel.

#### **3.3.2 Coordination de l'intervention avec le personnel de gestion d'urgence**

Durant une pandémie, la relation entre les organismes d'intervention d'urgence et le personnel, et les autorités médicales et le personnel détermineront l'intervention globale contre la crise. Le meilleur déploiement des travailleurs de la santé et des autres travailleurs essentiels sera le résultat d'une communication bien établie et cohérente entre le personnel de l'état de préparation à l'urgence et les autorités sanitaires.

La planification préalable doit être axée sur l'établissement de stratégies de communication et de protocoles qui permettent une communication quotidienne continue, directe et intégrée durant la période pandémique. La compréhension et la mise en œuvre de la législation existante, les stratégies, les ressources et les moyens de communication transparents avec les travailleurs de la santé et les autres travailleurs essentiels, ainsi qu'avec le public permettront aux autorités de mettre en œuvre de façon efficace des stratégies adéquates de gestion des ressources humaines durant la crise.

### **3.3.3 Mise en œuvre des plans de formation et de communication**

Durant la période pandémique, une identification sera faite du personnel et des bénévoles qui requièrent de la formation additionnelle. Cela comprendra de la formation telle que : le travail avec les patients ventilés et les compétences de soutien de base telles que les procédures de stérilisation, la gestion des admissions, etc., pour permettre aux travailleurs qualifiés et diplômés de la santé d'assumer des tâches additionnelles. Il est vital que la formation soit rapidement et facilement accessible en formats courts, pratiques et préférablement « en milieu de travail » lorsque cela est possible.

- Identifier les personnes expérimentées, celles qui connaissent les tâches et qui ont des aptitudes adéquates de communication et leur fournir les ressources qui leur permettront de former d'autres personnes. (Voir Former le formateur ci-dessus.) Veiller à ce que les formateurs et les personnes expérimentées demeurent disponibles pour être consultés et donner de la formation sur une base continue.
- Réviser les programmes de formation et mettre en relief les groupes de compétences en fonction de l'épidémiologie de la maladie.
- Faire usage du temps qui s'écoule entre la déclaration de la pandémie par l'OMS/Santé Canada et l'arrivée de la première vague dans l'instance pour former autant de personnel et de bénévoles que possible à des tâches générales et spécifiques.
- Faire appel aux organismes existants tels que l'Ambulance Saint-Jean et la Croix-Rouge afin d'accéder aux programmes actuels en mettant l'accent sur les tâches requises dans le traitement des patients atteints d'influenza.
- Maintenir des registres sur les individus qui ont reçu une formation afin d'assurer leur meilleur déploiement.

### **3.3.4 Gestion des questions afférentes aux assurances et aux autorisations d'exercer**

Il sera important de communiquer tout changement nécessaire à apporter aux dispositions visant les autorisations d'exercer et les assurances à toutes les parties concernées. Cela exigera un examen approfondi des dispositions des assurances dans le plan d'urgence des provinces et des territoires, une révision des questions afférentes aux autorisations d'exercer et la communication avec les organismes de réglementation professionnelle, les associations, les collègues, etc., à ce sujet.

Si les arrangements relatifs aux assurances ou aux autorisations d'exercer nécessitent l'activation d'une forme de législation, de règlement ou de déclaration, il convient d'en informer le ministre de la Santé, ainsi que les autres autorités concernées.

Informez les chefs du personnel, les directeurs, les superviseurs et les professionnels en ressources humaines des lieux de soins de santé, des modifications d'autorisation d'exercer et d'assurance et de ce que cela représentera en terme de flexibilité de déploiement du personnel, de dotation en personnel additionnel, d'exigences de déploiement ou de toutes autres

dispositions de la législation, des autorisations d'exercer ou des assurances envers lesquelles l'établissement doit se conformer.

### **3.3.5 Répondre aux besoins en matière d'immunisation**

Les établissements de soins de santé pourraient avoir à fournir du personnel qualifié capable d'administrer des immunisations, avec l'encadrement des autorités sanitaires publiques, pour doter en personnel des cliniques qui ont besoin de personnel et de bénévoles dans leur établissement.

### **3.3.6 Soutien des travailleurs de la santé**

Réviser les plans préparés durant la période interpandémique pour offrir du soutien à tous les travailleurs de la santé, incluant les bénévoles et les retraités, afin de leur permettre de continuer à travailler. Durant une pandémie, les autorités peuvent :

- Établir des services de soutien personnel assurant la livraison de nourriture sur place, des salles de sieste, etc.
- Établir des services de counseling (trouver un bureau, déterminer un horaire).
- Faire appel à des conseillers additionnels, des socio-psychologues pour personnes affligées, des aumôniers, des ecclésiastiques, du personnel de soutien de bureau.
- Établir des services de garde d'enfant/de soutien aux familles.
- Aviser le personnel de la façon d'accéder à ces services.
- Aviser le personnel des protections législatives telles que la protection de l'emploi du conjoint pendant qu'il s'occupe des enfants.

## **3.4 Gestion des ressources humaines durant la période post-pandémique**

Durant cette période, les activités seront axées sur la démobilisation du personnel et des bénévoles. L'intervention suite à la pandémie doit être révisée et réévaluée en termes de ressources humaines de façon à ce que les plans soient révisés au besoin durant cette période ou la période interpandémique.

Il convient de considérer les méthodes qui visent à reconnaître de façon officielle les efforts de tous les travailleurs qui ont pris part à l'intervention contre la pandémie.

## Évaluation de la capacité en lits

Ces feuilles de travail ont été conçues pour aider les établissements à planifier une pandémie d'influenza. Elles peuvent être utilisées en complément des systèmes centralisés de gestion des lits ou être employées seules pour évaluer la capacité en lits et la façon d'atteindre l'utilisation maximale des lits. Les établissements doivent déterminer le nombre maximal de lits disponibles et le nombre d'heures de soins requis pour doter les lits en personnel. Durant une pandémie d'influenza, il y aurait vraisemblablement une modification de l'acuité des lits.

Qui est responsable de collecter cette information? (Vérifier dans le plan d'urgence de votre établissement.)		
Titre du poste		
Qui aura l'autorité et assumera la responsabilité d'appliquer cette information durant une pandémie?		
Titre du poste		
1. Quel est le nombre total de lits non ventilés, sans alimentation en oxygène, qui :		
a) sont présentement ouverts et dotés en personnel?		
b) pourraient être disponibles lors d'une urgence si des ressources supplémentaires étaient disponibles à court terme?	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?		
2. Quel est le nombre total de lits non ventilés, avec alimentation en oxygène, qui :		
a) sont présentement ouverts et dotés en personnel?		
b) pourraient être disponibles lors d'une urgence si des ressources supplémentaires étaient disponibles à court terme?	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?		
3. Quel est le nombre total de lits ventilés qui :		
a) sont présentement ouverts et dotés en personnel?		
b) pourraient être disponibles lors d'une urgence si des ressources supplémentaires étaient disponibles à court terme?	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?		
4. Si une directive faisait interrompre toutes les chirurgies/ admissions non urgentes :	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
a) combien de lits deviendraient disponibles?		
b) combien de lits, avec alimentation en oxygène, deviendraient disponibles?		
c) combien de lits ventilés deviendraient disponibles?		

5. Combien de lits d'urgence ventilés supplémentaires votre hôpital pourrait-il créer ? [N.B. Considérer l'utilisation de toute la capacité de ventilateur, incluant les ventilateurs à débit intermittent, les appareils d'anesthésie par inhalation, la ventilation spontanée en pression positive continue, BiPAP et la disponibilité de l'oxygène/aspiration et alimentation en air, salles de réveil et d'opération et lits en neurosciences.]

a) en supposant la dotation en personnel actuelle (redéploiement permis du personnel) :

**En 72 heures**

**En 7 jours**

b) en supposant des ressources additionnelles de dotation en personnel :

Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?

6. Votre hôpital a-t-il une surcapacité pour aider d'autres établissements de soins de santé ou la communauté, comme par exemple, pour le ravitaillement en repas, la capacité de stérilisation?

7. Votre hôpital est-il affilié à un établissement sanitaire qui pourrait avoir une surcapacité en lits?

**Affiliation**

- Centre hospitalier de soins de longue durée
- Unité de désintoxication aiguë
- Établissement de réadaptation
- Unité de crise
- Autre type

**Nombre de lits**

Inventaire des lits (feuille de travail)									
Type de lit	Nombre total de lits matériels dans l'établissement	Nombre de lits matériels avec alimentation en oxygène	Nombre de lits présentement en opération (ouverts et dotés en personnel)	Nombre de lits présentement en opération avec alimentation en oxygène	Estimation de la proportion actuelle de cas/lits pour soins non urgents par rapport à urgents	Nombre de lits pouvant être dotés en personnel en utilisant les ressources actuelles	Espace de lits disponible, avec bouche d'oxygène, sans lit matériel disponible	Espace de lits disponible, sans bouche d'oxygène, sans lit matériel disponible	Commentaires (p. ex., équipement unique, à usage déterminé)
Médical									
Médical spécial/ soins courants									
Chirurgical									
Chirurgical spécial									
Soins coronariens*									
Soins intensifs*									
Pédiatrique									
Obstétrique									
Pouponnière de soins spéciaux									
Unité néonatale des soins intensifs									
Salle commune de jour									
Salle de réveil*									
Laboratoire de sommeil									
Salles fermées									
Autre									
TOTAL									

\* Indique les endroits actuellement utilisés pour la ventilation, qui pourraient être utilisés pour la ventilation d'urgence.

Inventaire des ventilateurs (feuille de travail)											
Types de ventilateur	Soins intensifs	Soins coronariens	Médical spécial/soins courants	Salle de réveil	Salle d'opération	Service des urgences	Entreposé	En réparation	Laboratoire de sommeil	Physiothérapie	Autre
Oxylog											
Bird											
Ventilation spontanée en pression positive continue											
BiPAP ventilation spontanée											
TOTAL											

Considérations de la capacité ventilatoire d'urgence (feuille de travail)									
Biens	Soins intensifs	Soins coronariens	Dépendance élevée	Salle de réveil	Salle d'opération	Service des urgences	Neurosciences	Laboratoire de sommeil	Autre
Aspiration									
Bouche d'oxygène									
Bouche d'air médical									
Écoulement d'air (pression négative)									
Écoulement d'air (pression positive)									
Monitoring en salle									
Lit matériel									
Espace, sans lit matériel									



# Lignes directrices sur la gestion des décès de masse durant une pandémie d'influenza

**Date de la version la plus récente : février 2004**

Remarque :

- Voir la section « Contexte » du Plan pour la terminologie la plus récente sur les phases de pandémie.
- Cette annexe peut ne pas être à jour en ce qui concerne d'autres activités de planification et les décisions des politiques.
- Cette annexe sera mise à jour en 2007.



# Table des matières

Introduction .....	3
1.0 Planification des décès en grand nombre .....	3
1.1 Considérations générales sur la planification .....	6
1.2 Rôle de l'Association des services funéraires du Canada (ASFC) .....	6
1.3 Autopsies .....	7
1.4 Préparation pour les salons funéraires et les crématoriums .....	7
1.5 Aménagement de morgues temporaires .....	8
1.6 Capacité et accès des caveaux .....	8
2.0 Autres considérations d'ordre technique .....	9
2.1 Enregistrement du décès .....	9
2.2 Contrôle des infections .....	9
2.3 Transport .....	10
2.4 Gestion des fournitures .....	10
3.0 Considérations d'ordre social et religieux .....	11
3.1 Populations particulières .....	11
3.2 Communautés du Nord et régions isolées .....	11
Appendice 1 : Liste des fournisseurs .....	12



## Introduction

Il urant une pandémie, les autorités locales devront être prêtes à gérer des décès additionnels dus à l'influenza, en plus du nombre de décès pour toutes autres causes actuellement attendues durant la période interpandémique. Dans toute localité, on estime que le nombre total de décès (incluant ceux dus à l'influenza et à toutes autres causes) survenant au cours d'une vague pandémique de six à huit semaines est semblable à celui que l'on retrouve de façon typique au cours d'une période interpandémique de six mois. Cette ligne directrice vise à aider les planificateurs locaux et les directeurs de salons funéraires à se préparer à faire face aux pertes humaines à grande échelle dues à une pandémie d'influenza. Plusieurs problèmes ont été identifiés et ils doivent faire l'objet d'un examen des coroners/ médecins légistes, des autorités locales, des directeurs de salons funéraires et des autorités/groupes religieux.

### 1.0 Planification des décès en grand nombre

Il est important d'examiner chacune des étapes de la gestion d'une dépouille dans des circonstances normales, puis d'identifier quels seront les facteurs limitant lorsque le nombre de dépouilles augmentera au cours d'une courte période de temps, afin d'identifier les besoins de planification de la gestion des morts en grand nombre lors d'une pandémie. Le tableau suivant présente les étapes habituelles. Les solutions possibles ou les exigences de planification font l'objet d'une discussion plus détaillée dans les sections qui suivent ce tableau.

**Tableau 1. Processus habituel de gestion d'un cadavre**

Étapes	Exigences	Facteurs limitants	Planification de solutions possibles/ Mesures d'accélération
Déclaration du décès	<ul style="list-style-type: none"> <li>personne dûment autorisée à s'acquitter de cette tâche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>si le décès se produit à domicile, l'une de ces personnes devra être contactée</li> <li>disponibilité des personnes capables d'effectuer cette tâche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>éduquer le public sur la façon d'accéder à une personne autorisée</li> <li>envisager de prévoir un système d'appel 24/7 réservé à cette tâche</li> </ul>
Certification du décès	<ul style="list-style-type: none"> <li>personne dûment autorisée à s'acquitter de cette tâche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>légalement, n'est pas nécessairement la même personne que celle qui a déclaré le décès</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>envisager de « rassembler » les dépouilles et d'avoir une personne autorisée qui effectue cette tâche en masse afin d'améliorer l'efficacité</li> </ul>
Enveloppement du corps	<ul style="list-style-type: none"> <li>personne(s) formée(s) à effectuer cette tâche</li> <li>housses mortuaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fourniture de ressources humaines et matérielles (housses mortuaires)</li> <li>si le décès se produit à domicile : la disponibilité de ces exigences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>envisager de faire une rotation de l'inventaire des housses funéraires sur 6 mois, en fonction de leur durée de conservation</li> <li>envisager de former ou d'élargir le rôle du personnel actuel pour y inclure cette tâche</li> <li>procurer ce service à domicile conjointement avec la déclaration de décès et le transport à la morgue</li> </ul>

Étapes	Exigences	Facteurs limitants	Planification de solutions possibles/ Mesures d'accélération
Transport à la morgue	<ul style="list-style-type: none"> <li>dans un hôpital : personnel qualifié (préposé aux soins ?) et civière</li> <li>à l'extérieur d'un hôpital : personne(s) informée(s), civière et véhicule convenant à cette tâche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibilité des ressources humaines et matérielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dans un hôpital : envisager de former du personnel additionnel travaillant dans l'établissement</li> <li>envisager d'entreposer les vieilles civières au lieu de les jeter</li> <li>chercher d'autres fournisseurs d'équipement qui pourrait servir de civière en cas d'urgence, p. ex., fabricants de chariots</li> <li>à l'extérieur d'un hôpital : éduquer le public ou donner des instructions précises via un service téléphonique sans frais, pour savoir où amener les dépouilles si la famille doit les transporter</li> </ul>
Conservation à la morgue	<ul style="list-style-type: none"> <li>une installation qui convient pouvant être maintenue entre 4 et 8 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>capacité de telles installations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>identifier et prévoir des lieux possibles d'installation de morgue temporaire</li> </ul>
Autopsie si requis/demandé	<ul style="list-style-type: none"> <li>personne habilitée à effectuer une autopsie et installation convenable dotée d'équipement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibilité des ressources humaines et matérielles</li> <li>peut être requis dans certaines circonstances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>veiller à ce que les médecins et les familles sachent qu'une autopsie n'est pas requise pour confirmer l'influenza comme cause de décès</li> </ul>
1) Incinération*	<ul style="list-style-type: none"> <li>véhicule qui convient au transport de la morgue au crématorium</li> <li>disponibilité des services crématoires</li> <li>un certificat d'incinération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>capacité d'incinération/vitesse du processus</li> <li>disponibilité d'un coroner ou d'un agent équivalent pour émettre un certificat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>identifier d'autres véhicules qui pourraient servir au transport de dépouilles nombreuses</li> <li>examiner la capacité et la capacité d'afflux des crématoriums de l'instance</li> <li>discuter et prévoir des options d'entreposage qui conviennent si la demande est trop forte aux crématoriums</li> <li>discuter et planifier des processus expéditifs de remplissage des certificats d'incinération</li> </ul>

Étapes	Exigences	Facteurs limitants	Planification de solutions possibles/ Mesures d'accélération
2) Embaument**	<ul style="list-style-type: none"> <li>véhicule convenant au transport de la morgue</li> <li>personne qualifiée</li> <li>équipement d'embaumement</li> <li>endroit qui convient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibilité des ressources humaines et matérielles</li> <li>capacité de l'installation et vitesse du processus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consulter les prestataires de services au sujet de la disponibilité des fournitures et du besoin potentiel de faire des réserves ou de faire une rotation de l'inventaire/des équipements essentiels sur 6 mois</li> <li>discuter de la capacité et d'autres sources potentielles de ressources humaines pour effectuer cette tâche, p. ex., travailleurs retraités ou étudiants en formation</li> <li>envisager de « recruter » des travailleurs prêts à fournir ce service en cas d'urgence</li> </ul>
Service funéraire	<ul style="list-style-type: none"> <li>lieu(x) approprié(s), cercueil (si non incinéré), directeur funéraire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibilité des cercueils</li> <li>disponibilité de lieux pour le service et les visites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>contacter les fournisseurs en vue de déterminer le délai de fabrication des cercueils et discuter des possibilités de faire une rotation de l'inventaire sur 6 mois</li> <li>consulter l'ASFC pour déterminer la capacité d'afflux et le besoin potentiel de lieux additionnels (p. ex., utilisation d'églises, etc., pour les visites)</li> </ul>
2a) Transport dans un caveau temporaire ou un lieu d'inhumation	<ul style="list-style-type: none"> <li>véhicule qui convient et chauffeur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibilité des ressources humaines et matérielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>identifier d'autres véhicules qui pourraient être utilisés à cette fin</li> <li>envisager l'utilisation de chauffeurs bénévoles</li> </ul>
2b) Conservation dans un caveau temporaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>accès au caveau temporaire et espace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>capacité et accessibilité du caveau temporaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>augmenter la capacité en ayant davantage de caveaux temporaires</li> </ul>
2c) Inhumation	<ul style="list-style-type: none"> <li>fossoyeur, espace de cimetière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibilité des fossoyeurs et de l'espace de cimetière</li> <li>très grands froids et enneigement abondant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>identifier les sources de travailleurs supplémentaires</li> </ul>
<p>* les dépouilles incinérées ne sont habituellement pas embaumées; les familles peuvent choisir d'avoir un service funèbre suivi par l'incinération ou de faire incinérer la dépouille d'abord et d'avoir un service commémoratif ultérieurement.</p> <p>** les dépouilles à inhumer peuvent être embaumées et peuvent nécessiter d'être conservées dans un caveau temporaire avant l'inhumation.</p>			

## 1.1 Considérations générales sur la planification

Les planificateurs locaux en cas de pandémie doivent veiller à ce que les personnes suivantes participent à la planification des décès de masse afin d'élaborer des lignes directrices ou d'ajuster les plans existants pour se prêter à la situation de pandémie :

- le bureau/direction du coroner
- le médecin hygiéniste
- l'équipe d'intervention d'urgence
- les représentants de l'Association des services funéraires du Canada (ASFC) et/ou le directeur funéraire local
- les représentants des établissements de santé locaux
- les représentants des groupes religieux et ethniques locaux

Les plans existants de mesures d'urgence en cas de catastrophe peuvent prévoir les décès de masse, mais il convient de les réviser et de les tester régulièrement, afin de déterminer s'ils conviennent à la période relativement longue de demande accrue qui pourrait se produire lors d'une pandémie, par rapport à la période plus courte d'intervention requise dans la plupart des plans de mesures d'urgence. Il n'existe actuellement aucun plan traitant d'inhumations de masse ou d'incinérations de masse. Cela ne serait envisagé que dans les circonstances les plus extrêmes.

Étant donné que l'on prévoit que la plupart des cas mortels d'influenza auront demandé une consultation médicale avant le décès, les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers et autres établissements (incluant les lieux non traditionnels) doivent prévoir un traitement plus rapide des dépouilles. Ces établissements doivent travailler de concert avec les planificateurs en cas de pandémie, l'ASFC et le bureau du coroner afin d'assurer qu'ils aient accès aux fournitures additionnelles (p. ex., housses mortuaires) et qu'ils puissent accélérer les étapes, notamment le parachèvement des documents requis qui est nécessaire à une gestion efficace des dépouilles durant une pandémie.

Afin de répondre à l'augmentation des décès, certaines municipalités se verront dans l'obligation d'établir des morgues temporaires. Les plans de chacune des municipalités doivent être basés sur la capacité des installations existantes par rapport à la demande prévue. Les planificateurs locaux doivent prendre note de toutes les installations disponibles, incluant celles qui appartiennent à des organismes religieux. Certains groupes religieux maintiennent des installations qui incluent de petites morgues, des crématoriums et des installations d'autres types généralement opérées par des bénévoles. Il convient de discuter de l'accès à ces ressources avec ces groupes dans le cadre du processus de planification pendant la période interpandémique.

Dans le cas où les directeurs de salons funéraires locaux seraient incapables de s'occuper du nombre accru de dépouilles et de funérailles, il reviendra aux municipalités de prendre des arrangements adéquats. Les municipalités individuelles doivent travailler avec les directeurs de salons funéraires locaux afin de prévoir d'autres arrangements.

La planification doit également inclure un examen des exigences sur la documentation des décès et des exigences réglementaires qui peuvent affecter la gestion en temps utile des dépouilles.

## 1.2 Rôle de l'Association des services funéraires du Canada (ASFC)

Nous recommandons que tous les directeurs de salons funéraires contactent leur médecin hygiéniste pour participer à leurs activités de planification en cas de catastrophe et de pandémie en ce qui concerne la gestion des décès de masse au niveau local. Le Sous-groupe national sur les décès de masse de la planification en cas de pandémie d'influenza a recommandé que les

directeurs de salons funéraires considèrent que la préparation de plans d'urgence en prévision de ce qui surviendrait s'ils manquaient de capacités ou étaient débordés fait partie de leur norme professionnelle. Cette recommandation est présentée à l'association, qui est dotée d'un comité de planification en cas de catastrophe. Il est prévu que ce comité fasse la recommandation aux associations provinciales et territoriales d'établir des plans en cas de catastrophe.

Présentement, l'ASFC prévoit d'établir trois conteneurs qui seront placés dans trois bases militaires à travers le Canada (probablement à Edmonton, dans la région de Toronto et à Halifax). Chaque conteneur serait une morgue temporaire entièrement organisée et pourvue de tout l'équipement nécessaire. Ces conteneurs sont destinés à être utilisés dans des scénarios de catastrophe tels qu'un incendie majeur, une inondation ou un écrasement d'avion mais ils pourraient s'avérer utiles lors d'une pandémie comme unité d'appoint aux grands hôpitaux de soins prolongés. L'ASFC et les entreprises de fournitures funéraires sont en train de préparer ces conteneurs; tout matériel utilisé serait réapprovisionné par l'utilisateur.

Les membres du conseil de l'ASFC siègent au Funeral Supply Coalition Council of Canada. L'ASFC jouera probablement un rôle dans la gestion de l'approvisionnement (p. ex., liquides, housses mortuaires et cercueils) en cas de décès de masse lors d'une pandémie.

L'ASFC est en train de mettre à jour l'information sur les préoccupations d'ordre sanitaire et les questions de services funéraires, laquelle sera accessible au grand public via un site Web.

### **1.3 Autopsies**

Beaucoup de décès ne nécessiteraient pas d'autopsie lors d'une pandémie puisque l'autopsie n'est pas indiquée pour confirmer l'influenza comme cause de décès. Toutefois, pour les besoins de la surveillance de la santé publique (p. ex., confirmation des premiers cas au début de la pandémie), des prélèvements de voies respiratoires ou de tissus pulmonaires destinés à la culture ou au test direct de la présence d'un antigène pourraient être prélevés post-mortem. Les épreuves sérologiques ne sont pas optimales, mais elles peuvent être effectuées en prélevant de 8 à 10 mL de sang par ponction post-mortem dans la veine sous-clavière en vue de faire un diagnostic sérologique. La permission du plus proche parent sera requise pour ce faire.

Tout changement par rapport aux pratiques habituelles relatives à la gestion des dépouilles et aux exigences en matière d'autopsie en cas de situations de pandémie nécessiterait l'autorisation du médecin légiste en chef ou du coroner.

Si un médecin demandait qu'une autopsie soit effectuée, les protocoles normaux seraient suivis, notamment l'obtention de la permission du plus proche parent. Dans les cas où le décès serait déclarable à un médecin légiste ou à un coroner, les protocoles habituels prévaudraient en vertu de la législation provinciale.

### **1.4 Préparation pour les salons funéraires et les crématoriums**

Lors d'une pandémie, chaque salon funéraire individuel pourrait s'attendre à devoir traiter l'équivalent d'environ six mois de travail au cours d'une période de six à huit semaines. Cela ne pose peut-être pas de problème à certaines communautés, mais les salons funéraires des plus grandes villes pourraient ne pas être en mesure de répondre à la demande accrue.

Les salons funéraires individuels doivent être incités à préparer des plans précis durant la période interpandémique au sujet de la nécessité de ressources humaines additionnelles en situation de pandémie. Par exemple, des bénévoles de clubs philanthropiques locaux ou d'églises pourraient

être en mesure de s'acquitter de tâches telles que le creusage de tombes, sous la direction du personnel actuel.

Les crématoriums devront également examiner la capacité d'afflux de leurs installations. La plupart des crématoriums peuvent gérer environ une dépouille aux quatre heures et pourraient probablement fonctionner 24 heures sur 24 pour répondre à la demande accrue. Les incinérations ont moins d'exigences en ressource que les inhumations et lorsque cela est acceptable, elles pourraient constituer un moyen rapide et efficace de gérer de grands nombres de dépouilles durant une pandémie.

## **1.5 Aménagement de morgues temporaires**

Des installations temporaires d'entreposage frigorifique additionnelles pourraient être requises durant une pandémie, pour conserver les dépouilles avant leur transfert dans des salons funéraires. Une « morgue temporaire » doit être maintenue entre 4 et 8 °C. Les dépouilles commenceront toutefois à se décomposer en quelques jours lorsqu'ils sont conservés à cette température. Si la dépouille ne sera pas incinérée, il convient d'élaborer des plans visant à accélérer le processus d'embaumement étant donné qu'en période de pandémie, les dépouilles pourraient devoir être entreposées durant une période prolongée. Dans les instances où il n'est pas possible d'inhumation en temps utile en raison du sol gelé ou de l'insuffisance des installations, les corps pourraient devoir être entreposés pendant toute la durée de la vague pandémique (six à huit semaines).

Chaque municipalité doit prendre des arrangements préalables pour l'aménagement de morgues temporaires selon la disponibilité et les exigences locales. Il convient également de prévoir les besoins en ressource (p. ex., housses mortuaires) et la gestion des fournitures des morgues temporaires. Les types d'entreposage frigorifique temporaire à envisager peuvent inclure les camions réfrigérants, les casiers d'entreposage à froid ou les stades.

Les camions réfrigérants sans étagères supplémentaires peuvent en général contenir de 25 à 30 dépouilles. Des étagères de bois temporaires suffisamment solides pour recevoir les dépouilles peuvent être aménagées de façon à augmenter la capacité d'entreposage. Les étagères doivent être construites de façon à permettre le déplacement et l'évacuation sécuritaires des corps (c.-à-d., il n'est pas recommandé d'entreposer les corps au-dessus de la hauteur de la taille). Afin de réduire toute responsabilité pour cause de perte commerciale, les municipalités doivent éviter d'utiliser des camions marqués d'un nom de chaîne de supermarché ou d'autres entreprises, parce que l'utilisation de tels camions pour l'entreposage de cadavres pourrait entraîner des répercussions néfastes pour l'entreprise.

Les stades et les pistes de curling, dans lesquels la température requise de 4 à 8 °C peut être maintenue, constituent d'autres options de morgues temporaires. Il n'est pas recommandé d'utiliser des entreprises locales pour l'entreposage de dépouilles et il convient de n'envisager cette option qu'en dernier recours. Les implications postpandémiques de l'entreposage de dépouilles en ces lieux peuvent être très sérieuses et entraîner des impacts négatifs pour les entreprises et des responsabilités peuvent s'ensuivre.

## **1.6 Capacité et accès des caveaux**

Un caveau est une installation d'entreposage non isolée destinée aux dépouilles qui ont été préalablement embaumées et mises dans des cercueils en attente de l'inhumation. Il existe presque partout au Canada des installations d'entreposage de dépouilles supplémentaires, parce

qu'elles sont souvent nécessaires du mois de janvier au mois d'avril alors que le sol est gelé et qu'il est difficile d'effectuer les inhumations. Bien que les plus grandes villes puissent être en mesure d'ouvrir des concessions de terrain l'hiver, les communautés plus petites ne sont pas équipées ni dotées en personnel pour ce faire.

Il convient d'évaluer l'accessibilité aux caveaux en hiver. Un caveau peut être situé à l'arrière des cimetières et les entrées qui peuvent être partiellement sous le niveau du sol ou près des pierres tombales, de sorte qu'une souffleuse à neige ou un chasse-neige aurait de la difficulté à créer un chemin d'accès sans endommager quelques pierres tombales.

En préparation à une pandémie, chaque communauté doit identifier la capacité des caveaux existants et aborder les questions d'accès pour l'entreposage temporaire. De plus, il convient d'aborder la nécessité de la création de nouveaux caveaux temporaires pour répondre à la demande accrue en période de pandémie. Ce caveau temporaire ne doit pas être isolé, mais il doit être doté de certains dispositifs de sécurité tels que des fenêtres recouvertes et des cadenas de porte.

## **2.0 Autres considérations d'ordre technique**

### **2.1 Enregistrement du décès**

L'enregistrement du décès est la responsabilité des provinces et des territoires, et des lois, des règlements et des pratiques administratives leur sont propres. Par ailleurs, il faut faire une distinction entre les pratiques de prononcer et de certifier un décès. Par exemple, en Ontario des médecins, des infirmières et dans certaines circonstances les policiers et les conducteurs d'ambulance peuvent prononcer le décès d'une personne. Seuls les médecins et un petit groupe d'infirmières désignées dans des circonstances étroitement définies peuvent certifier le décès.

Avec le nombre accru de décès en situation de pandémie, chaque instance doit être dotée d'un plan de collecte des dépouilles afin d'assurer qu'il n'y ait pas de délai inutile de déplacement d'une dépouille à la morgue (temporaire). Si le décès de la personne ne satisfait à aucun des critères devant être signalés à un coroner, la dépouille peut alors être déplacée dans un lieu d'attente peu après que le décès a été prononcé. Puis, vraisemblablement tous les jours, un médecin pourrait être désigné pour remplir le certificat de décès.

Les directeurs de salons funéraires ont habituellement des politiques administratives permanentes qui leur interdisent de recueillir une dépouille de la communauté ou d'un établissement jusqu'à l'établissement d'un certificat de décès dûment rempli. En cas de pandémie comportant beaucoup de dépouilles, il semble probable que les directeurs de salons funéraires pourraient réaliser une pratique plus flexible si une autorité centrale (p. ex., le procureur général de la province, registraire de l'état civil) leur ordonnait de le faire. Ces arrangements spéciaux doivent être prévus à l'avance de la pandémie et ils doivent tenir compte des différences régionales en terme de ressources, de géographie et de population.

### **2.2 Contrôle des infections**

Les *Lignes directrices relatives à la prévention des infections et à la santé au travail* (Annexe F du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza) font des recommandations générales sur le contrôle des infections dans les établissements de soins de santé et les lieux non traditionnels durant une pandémie. Les mesures spéciales de prévention des infections ne sont toutefois

pas requises pour la manipulation des personnes qui sont décédées de l'influenza, puisque la dépouille n'est pas « contagieuse » après la mort. Les salons funéraires devraient prendre des précautions spéciales avec les dépouilles de personnes décédées de l'influenza. La formation sur les pratiques courantes en matière de lutte anti-infectieuse et des précautions additionnelles est disponible auprès de l'ASFC. <<http://www.fsac.ca/>>.

Les visites pourraient poser une certaine inquiétude en terme de transmission de l'influenza entre les visiteurs, particulièrement dans les plus petites communautés. Par exemple, à l'Î.-P.-É., la participation moyenne lors d'une visite est de 1 000 à 1 400 personnes; les visites dans les plus grands centres sont de façon typique une fraction de ces chiffres. Les *Lignes directrices relatives à la prévention des infections et à la santé au travail* (Annexe F du Plan) dressent la liste de plusieurs recommandations touchant les rassemblements publics. Il incombe aux médecins hygiénistes d'imposer des restrictions sur le type et la taille des rassemblements publics s'il semble être nécessaire de réduire la propagation de la maladie. Cela peut s'appliquer aux services funéraires et religieux. Les médecins hygiénistes doivent prévoir la façon d'édicter et d'exécuter de telles restrictions, ainsi que la constance et le caractère équitable de l'application de toute interdiction.

Les familles qui demandent l'incinération de leur parent décédé sont moins susceptibles de demander une visite, ce qui réduit le risque de propagation d'influenza dans des rassemblements publics.

## 2.3 Transport

Aucun véhicule ou permis de construire spécial n'est requis pour le transport d'une dépouille. Il n'existe par conséquent aucune restriction s'opposant à ce que les familles transportent les dépouilles de membres de leur famille pour autant qu'elles détiennent un certificat de décès.

Le transport des dépouilles du lieu de leur décès vers leur lieu d'inhumation dans les communautés du Nord et isolées peut poser un problème, en particulier s'il requiert du transport aérien. Les planificateurs locaux en cas de pandémie doivent consulter les plans existants de ces communautés et déterminer les changements qui pourraient être apportés en vue de répondre à la demande accrue lors d'une pandémie.

## 2.4 Gestion des fournitures

L'ASFC recommande aux directeurs de salons funéraires de ne pas commander des quantités excessives de fournitures telles que des liquides d'embaumement, des housses mortuaires, etc., mais qu'ils disposent de suffisamment de ces fournitures dans un inventaire tournant pour gérer la première vague de la pandémie (c'est-à-dire suffisamment pour six mois d'opération funéraire normale). Les liquides peuvent être entreposés pendant des années, mais les housses mortuaires et autres fournitures ont une durée de conservation limitée. Une liste de fournitures pour les morgues temporaires sera accessible par le biais de l'ASFC. Les incinérations nécessitent habituellement moins de fournitures puisqu'il n'est pas nécessaire d'embaumer le défunt.

Une liste des fournisseurs actuels est fournie à l'Appendice 1.

Il est peu probable que les familles subissant plusieurs décès puissent se permettre des produits finis ou des arrangements dispendieux. La réserve d'articles moins dispendieux (p. ex., cercueils bon marché tels que les cercueils d'étoffe et certains cercueils de bois) pourrait s'épuiser rapidement dans les salons funéraires et ces derniers doivent être préparés à offrir d'autres choix.

## **3.0 Considérations d'ordre social et religieux**

### **3.1 Populations particulières**

Plusieurs groupes religieux et ethniques doivent suivre des directives spécifiques sur la façon de traiter les dépouilles après le décès, et de tels besoins doivent être considérés dans le cadre de la planification en cas de pandémie. Les Premières nations, les Inuits, les juifs, les hindous et les musulmans ont des directives spécifiques à suivre pour le traitement des dépouilles et les funérailles. Les désirs de la famille donneront une orientation, toutefois, si aucune famille n'est disponible, les communautés religieuses ou ethniques locales pourront être contactées pour obtenir de l'information. Par exemple, dans les cas des personnes des Premières nations, des mécanismes de communication sont présentement établis avec les conseils de bande à ce sujet (établis pour traiter de questions archéologiques) et les médecins légistes doivent contacter le conseil de bande de l'individu lorsqu'il est possible de le faire.

En raison de ces exigences spéciales, certains groupes religieux sont dotés d'installations telles que de petites morgues, des crématoriums et autres qui sont de façon générale exploitées par des bénévoles. Il convient de contacter les groupes religieux afin d'assurer que ces installations et des bénévoles soient prêts à faire face aux questions de pandémies.

Les chefs religieux doivent participer à la planification de la gestion funéraire, le counseling des personnes affligées et les communications, particulièrement dans les communautés ethniques comptant de grands nombres de personnes qui ne parlent pas les langues officielles.

### **3.2 Communautés du Nord et des régions isolées**

Les communautés du Nord et des régions isolées font face à des problèmes particuliers de gestion d'un grand nombre de décès. Les questions suivantes posent un gros défi de préparation, d'entreposage et d'inhumation/élimination d'un grand nombre de dépouilles dans de telles communautés.

- L'insuffisance de personnel de services funéraires et d'autres ressources.
- Le temps très froid et l'enneigement abondant l'hiver posent des difficultés pour ce qui a trait aux inhumations et au transport des dépouilles.
- Dans les régions éloignées où les familles sont séparées par de grandes distances, les dépouilles pourraient devoir être transportées très loin pour être inhumées. Cela peut poser un défi aux régions qui ne sont desservies que par peu de vols et qui sont sans accès routier ou dont l'état du revêtement routier est mauvais. Les grandes distances posent également un défi au transport des directeurs de salons funéraires et aux fournitures funéraires.
- Le permagel, le sol tourbeux et autres traits géographiques posent aussi un défi pour le transport et l'inhumation.

Les planificateurs responsables de ces instances doivent veiller à ce que des plans locaux traitent de ces questions en cas de pandémie.

## Liste des fournisseurs actuels

### Liquides d'embaumement et fournisseurs :

- H.S. Eckels and Company, Guelph, Ontario
- Esco of Rexdale, Ontario
- Les Fournitures, J.C.R. Inc., Vanier, Québec
- Dodge Chemical, Mississauga, Ontario

### Fournisseurs de cercueils :

- Alton Caskets
- J.I. Astley & Associates
- Batesville Canada
- Bernier Caskets Inc./Cercueils Bernier Inc.
- Classic Casket Distributors, Limited
- Colonial Caskets Limited
- Cercueils Concept Inc/Concept Caskets Inc.
- Cormier & Gaudet
- Exquisite Enterprises, Inc.
- Imperial Evergreen Casket Corporation
- Imperial Casket (Calgary) Limited
- Imperial Casket (Saskatchewan) Limited
- Imperial Casket (Manitoba) Limited
- Imperial Legacy Caskets Limited
- Industries Maximel Inc.
- Cercueils Magog Caskets
- Northern Casket (1976) Limited
- Cercueils South Durham Caskets
- St. Lawrence Casket Co. Inc.
- Trans-Global Casket
- Victoriaville Funeral Supplies, Inc.
- Winkler Caskets Co. Limited

# Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels

**Date de la version la plus récente : février 2004**

Sommaire des changements d'importance :

- Met en évidence une approche en cascade aux communications en cas de pandémie en accord avec les phases pandémiques de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Cette annexe est plus claire que la version précédente et reflète le travail accompli récemment aux niveaux F/P/T.



# Table des matières

Introduction .....	3
<b>Section 1 : Lieux de soins non traditionnels</b>	
1.1 Définition d'un lieu de soins non traditionnel (LNT) .....	4
1.2 Rôles potentiels des lieux de soins non traditionnels (LNT) .....	4
1.3 Options administratives des lieux de soins non traditionnels (LNT) .....	4
1.4 Questions relatives aux assurances .....	5
1.5 Réserve nationale de secours .....	5
1.6 Planification des LNT en période interpandémique .....	7
1.6.1 Examen de la législation sur la protection civile .....	7
1.6.2 Identifier les déclencheurs de mise en œuvre du Plan .....	7
1.6.3 Planifier le processus de triage .....	8
1.6.4 Évaluer les emplacements des LNT potentiels .....	9
1.6.5 Planifier l'équipement et les approvisionnements critiques .....	12
1.7 Planification des LNT en période pandémique .....	14
1.7.1 Réévaluation des plans en fonction des prévisions épidémiologiques de l'OMS et de Santé Canada .....	14
1.7.2 Nomination des administrateurs/directeurs ou équipes des LNT .....	13
1.7.3 Mise en œuvre des plans d'aménagement des LNT .....	15
1.7.4 Coordonner l'approvisionnement des fournitures .....	15
1.8 Planification des LNT en période postpandémique .....	16
<b>Section 2 : Questions relatives aux ressources humaines</b>	
2.1 Introduction .....	17
2.2 Planification des ressources humaines en période interpandémique .....	18
2.2.1 Nommer une équipe de gestion des ressources humaines .....	18
2.2.2 Identifier les besoins en ressources humaines .....	18
2.2.3 Examiner la législation sur la protection civile .....	22
2.2.4 Recruter des professionnels de la santé .....	22
2.2.5 Prévoir les salaires ou traitements du personnel actuellement non intégré au réseau des soins de santé .....	23
2.2.6 Identifier et recruter des bénévoles .....	23
2.2.7 Formation .....	25
2.2.8 Établir des recommandations en matière d'immunisation .....	28
2.2.9 Soutien des travailleurs de la santé dans les LNT .....	28
2.2.10 Assurances et autorisation d'exercer une profession médicale .....	28

2.3	Planification des ressources humaines en période pandémique . . . . .	30
2.3.1	Communication avec les professionnels de la santé. . . . .	30
2.3.2	Recrutement, présélection, formation et déploiement des bénévoles . . . . .	30
2.3.3	Formation en cours de pandémie. . . . .	32
2.3.4	Soutien des travailleurs de la santé dans les LNT. . . . .	32
2.3.5	Autorisations et assurances : communiquer les changements apportés . . . . .	33
2.4	Planification des ressources humaines en période postpandémique . . . . .	33

## Introduction

Lors d'une pandémie d'influenza, plus de 50 % des gens pourront être touchés, et la majorité des cas de maladies et des décès tendront à se déclarer au cours d'une période de six à huit semaines dans une région donnée. À en croire les données épidémiologiques tirées des épidémies et des pandémies passées, entre 15 et 35 % de la population pourrait devenir cliniquement malade. Dans ces conditions, même des complications à faible fréquence font monter en flèche les taux d'hospitalisation. Une évaluation des impacts d'une pandémie sur la santé et l'économie au Canada a été entreprise à partir du modèle élaboré par Meltzer et ses collègues, CDC, Atlanta (<<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol5no5/meltzer.htm>>). Selon ce modèle, on estime que, en cas d'une pandémie au Canada, entre 2,1 et 5,0 millions de personnes auraient besoin de consultations externes, entre 34 000 et 138 000 personnes se feraient hospitaliser et entre 11 000 et 58 000 personnes y trouveraient la mort.

Compte tenu du nombre important de patients qui auraient besoin de soins médicaux en cas d'une pandémie, les collectivités et les organismes de soins de santé doivent avoir en place des lignes directrices afin de mobiliser et d'orienter les efforts nécessaires si ces organismes s'en trouvaient débordés. Il faut donc envisager la possibilité d'assurer des soins médicaux dans des lieux non traditionnels (LNT) et d'évaluer les besoins supplémentaires en ressources humaines y compris les bénévoles et autres travailleurs spécialisés ou non en soins de santé. Il faudra définir clairement les autorités législatives, de gestion et professionnelles au niveau local.

Le présent document est divisé en deux grandes parties. La première présente des lignes directrices relatives, d'une part, à l'utilisation et à l'administration des LNT et, d'autre part, à l'état de préparation et aux activités opérationnelles qui devraient s'y dérouler durant les périodes interpandémique, pandémique et postpandémique. La deuxième partie se concentre sur les besoins supplémentaires en ressources humaines ainsi que leur définition dans le cadre de la planification en cas de pandémie et identifie également les activités en fonction de chaque période pandémique.

# Section 1 : Lieux de soins non traditionnels

## 1.1 Définition d'un lieu de soins non traditionnel (LNT)

La définition d'un lieu de soins non traditionnel (LNT) est proposée ci-dessous pour les besoins de la planification en cas de pandémie d'influenza.

Par lieu de soins non traditionnel, on entend :

- a) un lieu qui n'est pas actuellement un établissement de soins de santé reconnu; ou
- b) un établissement hospitalier qui assure normalement un type ou niveau de soins différent.

*Les fonctions d'un tel lieu varieront selon les besoins de la collectivité, mais elles porteront essentiellement sur le suivi, les soins et le soutien des patients grippés durant une pandémie.*

## 1.2 Rôles potentiels des LNT

Le rôle de tous les LNT dépendra des besoins de la collectivité et des ressources disponibles. Cependant, en cas de pandémie, on s'attend à les voir remplir trois rôles clés :

- prendre soin des patients qui ne sont pas gravement malades lorsque les hôpitaux sont débordés;
- accueillir les personnes qui ne peuvent pas se soigner à domicile;
- servir d'unité de soins courants aux malades stabilisés en provenance d'hôpitaux offrant des soins pour malades aigus.

Quand cela est possible, les soins dispensés dans ces lieux non traditionnels devraient se limiter aux soins de soutien ou palliatifs à l'endroit des patients grippés. Il ne serait probablement pas possible d'y assurer des soins critiques, lesquels devraient rester dans les lieux de soins pour malades aigus. Les personnes atteintes de maladies immunosuppressives ou transmissibles autres que l'influenza (p. ex., la tuberculose) ne devraient pas y être admises.

Dans les collectivités où résident une forte proportion de personnes âgées ou à risque élevé, les LNT pourront voir leur rôle s'élargir pour englober la prestation des services de santé précisément liés pour prendre en charge l'exacerbation des comorbidités (p. ex., insuffisance cardiaque chronique ou maladie pulmonaire chronique, diabète) au sein de ces groupes.

Selon l'impact de la pandémie et les ressources disponibles en matière de soins de santé dans la collectivité, les LNT pourront remplir d'autres fonctions, c'est-à-dire servir de centres de triage, d'unités sanitaires mobiles ou de cliniques, accueillir des fournisseurs de soins pour malades aigus ou subaigus et offrir de l'hébergement d'urgence à ceux qui ne peuvent pas s'occuper d'eux-mêmes à domicile ou qui vivent d'ordinaire avec une personne à risque élevé.

## 1.3 Options administratives des LNT

Les LNT peuvent être établis à titre de « site satellite » d'un établissement de soins pour malades aigus ou d'un établissement hospitalier ou encore de « site indépendant ». Le premier modèle, celui de « site satellite », est avantageux parce qu'il ne nécessite pas la mise en place d'une

structure administrative distincte. Plus précisément, le jumelage avec un établissement de soins pour malades aigus ou hospitalier existant faciliterait :

- la mise en place rapide d'une structure administrative;
- la commande, le contrôle, l'entretien du matériel et des fournitures;
- la mise en œuvre de systèmes permettant la tenue des registres et le suivi des patients;
- la mise en œuvre et l'établissement de protocoles infirmiers et de lignes directrices concernant les soins prodigués aux patients;
- le partage de l'expertise et des ressources humaines entre les lieux;
- l'accès aux services (stérilisation, laboratoire, services pharmaceutiques, lessive, alimentation);
- la référence de patients entre le LNT et l'établissement hospitalier affilié;
- l'extension au site satellite du régime d'assurance responsabilité, contre les accidents du travail et autres polices d'assurance.

Lorsqu'il n'est pas possible d'aménager un « site satellite », il faudra établir des « sites indépendants » et voir comment planifier l'administration de ceux-ci, en particulier comment prendre en charge sur place des considérations susmentionnées et mettre sur pied une structure adéquate durant la période interpandémique. On recommande l'incorporation de la planification en cas de pandémie au plan d'intervention d'urgence existant.

Les accords de triage, de transfert et de transport entre le LNT et son établissement hospitalier affilié ou des références à un hôpital doivent être conclus.

Au-delà de la structure administrative du LNT, il faudra désigner une équipe ou un responsable chargé de superviser les soins dispensés sur place. Ce responsable ou cette équipe devra suivre les déplacements des patients, tenir un registre d'activités, y compris l'évolution des patients, et surveiller la disponibilité des fournitures. Il faudra planifier d'avance la délégation de ces tâches de façon à favoriser une gestion permanente et cohérente du LNT.

## **1.4 Questions relatives aux assurances**

En planifiant l'implantation des LNT en cas de pandémie, il est important de considérer les besoins en assurance et de souscrire à cet égard à un régime approprié. Il ne faut pas supposer que le régime d'assurance qui s'applique au LNT en temps normal sera encore valable lorsque le LNT devient un site médical d'urgence. Plus précisément, une assurance tous risques (incendie, vol, dommages, responsabilité civile) sera nécessaire pour couvrir le LNT.

## **1.5 Réserve nationale de secours**

La Réserve nationale de secours (RNS) a été créée principalement pour intervenir dans des situations d'urgence (catastrophes naturelles, tremblement de terre ou autre) qui nécessitent de façon subite de l'équipement d'urgence et des fournitures médicales pour secourir les sinistrés en nombre important. Le programme consiste à acheter de l'équipement et des fournitures destinés à répondre à des besoins médicaux d'urgence précis, à les emballer sous forme de « trousse médicales d'urgence », à les expédier et à les entreposer dans des entrepôts partout au Canada en vue d'en faciliter la distribution en temps utile. Il ne faudrait pas confondre la RNS avec les réserves d'urgence des provinces ou territoires.

En cas de pandémie, des trousse spécifiques de la réserve pourraient servir à faciliter la réception, le triage et la prestation de services médicaux ou sociaux dans les LNT. Les paragraphes qui suivent offrent un aperçu général des types de trousse/unités disponibles par le biais de la RNS.

- *Hôpital d'urgence* - Cet établissement est en mesure de soutenir le réseau actuel de soins de santé grâce à sa capacité d'offrir à environ 200 patients des soins médicaux intensifs et à court terme. De même, par son adaptabilité, l'établissement peut assurer des services sociaux (p. ex., centres d'évacuation, aires de réception, abris, etc.).
- *Centre avancé de traitement* - Il s'agit d'un centre capable d'assurer « sur le terrain » ou dans un milieu opérationnel des interventions médicales précoces ou des interventions chirurgicales limitées, de favoriser le transfert de malades à d'autres établissements hospitaliers et de soutenir le mouvement des évacués et les activités dans des abris, des centres d'évacuation, des aires de réception, etc.
- *Unité de rassemblement des victimes* - Outre sa capacité d'assurer sur-le-champ les premiers soins aux patients et d'aider au transfert de malades à d'autres établissements de soins de santé, cette unité peut également assurer le mouvement des évacués et les activités dans des abris, des centres d'évacuation, des aires de réception, etc.
- *Trousse de centre d'accueil* - Cet ensemble de fournitures et de documents (formulaire d'inscription, feuilles d'information) permet de mettre en place et d'offrir des services d'accueil pour les centres d'évacuation et les abris.
- *Unité d'alimentation mobile* - Elle répond « sur le terrain » aux besoins d'alimentation là où des services alimentaires ne sont pas disponibles (ustensiles et fournitures, pas d'aliments).
- *Trousse de traumatologie* - Cette trousse se compose d'équipement médical (premiers soins, matériel d'intubation, solutions intraveineuses, composants médicaux) nécessaire pour soutenir l'équipe d'intervention de premier niveau et faciliter le triage et la stabilisation des patients. Elle se révèle pratique dans les aires d'accueil des patients (mini-cliniques, centres avancés de traitement, etc.).
- *Mini-clinique* - Sa mission consiste à suppléer aux efforts des établissements hospitaliers existants en cas de catastrophes qui dépassent les capacités de leur réseau de soins (p. ex., une salle d'urgence à l'hôpital). Cette mini-clinique serait située à proximité pour trier les patients et traiter les moins graves. Ainsi, l'établissement hospitalier aura les mains libres pour s'occuper des victimes gravement blessées.

L'équipement fourni est plus vieux mais bien entretenu. Certaines unités seront dotées de nouvel équipement tandis que d'autres seront réaménagées de façon à les optimiser. Le transport de certain matériel dépendra de la disponibilité de véhicules commerciaux ou militaires et de l'accès routier. Pour d'autres, il faudra envisager la capacité des aéroports à accepter un avion Hercules.

En cas d'urgence locale qui dépasse les ressources municipales disponibles, le protocole d'accès à la RNS veut que la municipalité entre en contact avec les autorités provinciales ou territoriales chargées de la gestion des urgences. Il faut alors coordonner le déblocage de l'équipement ou des fournitures par le biais du ministère provincial ou territorial de la Santé ou du directeur des services sociaux. Dans certains cas, la distribution des médicaments incombe directement au médecin hygiéniste en chef.

L'équipement et les fournitures prêtés par la RNS aux provinces ou territoires appartiennent au Bureau des services d'urgence de Santé Canada. Ce programme fédéral est administré par les gouvernements provinciaux ou territoriaux en conformité avec les lignes directrices établies par le Bureau des services d'urgence et le protocole d'entente entre le ministre fédéral de la Santé et les ministres provinciaux ou territoriaux de la Santé et des Services sociaux. En cas d'urgence nationale ou de catastrophe à grande échelle, la décision de débloquent et d'utiliser l'équipement en réserve reste avec le directeur des Services d'urgence de Santé Canada. Pour se faire désigner un hôpital d'urgence ou autre, le directeur provincial des Services d'urgence doit déposer une demande auprès du directeur du Centre de secours et de services d'urgence, de Santé Canada.

Pour tout complément d'information sur la RNS, veuillez communiquer avec le directeur des services d'urgence de votre province ou territoire.

## 1.6 Planification des LNT en période interpandémique

Les activités indiquées ci-dessous doivent être entreprises durant la période interpandémique. De plus amples précisions sont fournies plus loin.

- Examiner la législation sur la protection civile
- Identifier les signes déclencheurs de la mise en œuvre du Plan
- Planifier le processus de triage
- Évaluer les LNT éventuels
- Prévoir l'équipement et les fournitures essentiels

### 1.6.1 Examen de la législation sur la protection civile

La législation sur la protection civile prévoit, en matière de gestion d'une situation d'urgence, de nombreuses dispositions y compris l'obtention et l'accèsion au matériel et à d'autres ressources et la mise en œuvre de plans d'intervention et d'une structure de gestion des crises. La planification en cas de pandémie devra s'intégrer aux plans d'urgence des instances afin d'utiliser au mieux les plans d'intervention et les ressources existants.

**Remarque importante : Les plans régionaux en cas de pandémie ne doivent pas présupposer la « déclaration » d'un état d'urgence national ou provincial puisqu'une telle déclaration est improbable en cas de pandémie. Les planificateurs au niveau provincial et territorial doivent évaluer les questions telles que l'indemnisation des travailleurs et l'assurance responsabilité, le maintien et le soutien des travailleurs, et d'autres aspects, indépendamment d'une telle déclaration.**

Le cadre national de soutien ne dépend pas de la déclaration d'un état d'urgence national. Les groupes de travail sur la gestion des ressources et des LNT recommandent à tous les planificateurs provinciaux et territoriaux de revoir à la fois la législation fédérale et provinciale ou territoriale sur la protection civile afin de déterminer comment intégrer les plans d'intervention et les exigences législatives.

Par exemple, il est important de savoir quelles dispositions législatives s'appliquent précisément à l'obtention du matériel et des biens en cas d'urgence. Ces dispositions pourraient comprendre, sans s'y limiter probablement, celles-ci :

- la capacité et l'obligation des autorités de réquisitionner des biens pour en faire des LNT;
- l'accès au transport, aux matériels, au personnel administratif et à d'autres ressources;
- l'indemnisation versée aux propriétaires des biens réquisitionnés.

### 1.6.2 Identifier les déclencheurs de la mise en œuvre du Plan

La législation et les plans d'intervention existants au niveau gouvernemental et des établissements renferment déjà des critères qui pourraient déclencher la mise en œuvre des plans précis. Le Plan canadien de lutte contre une pandémie d'influenza et les phases de pandémie apporteront également des éclaircissements sur des points d'action générale.

En prenant appui sur la législation et les plans d'intervention existants, les autorités provinciales ou territoriales, régionales et locales doivent définir les critères clés qui serviraient à déclencher la mise en œuvre par étapes des plans d'implantation des LNT dans leur instance.

Comme il est probable que la pandémie ne commencera pas au Canada, le premier facteur déclencheur à considérer à cet égard peut être des rapports sur la gravité et l'épidémiologie de la pandémie provenant d'autres pays. Du coup, on saura ce à quoi il faudra s'attendre lorsqu'elle s'abattra sur le Canada en ce qui a trait à la demande de soins de santé traditionnels.

Dans chaque localité, il sera important que les personnes chargées de la mise en place des LNT (en particulier des « sites indépendants ») soient au courant des ressources dont disposent les établissements de soins pour malades aigus et des prévisions quant au moment où leur capacité limite serait dépassée. Voici donc un certain nombre de déclencheurs potentiels :

- La proportion des consultations externes dues à l'influenza.
- La proportion de cas d'influenza nécessitant une hospitalisation.
- La capacité de l'hôpital de soigner les cas d'influenza.
- La proportion de cas qui vivent d'ordinaire avec des personnes à risque élevé ou qui, en l'absence de soutien à domicile, ne pourront pas s'occuper d'eux-mêmes.

D'autres déclencheurs peuvent être des rapports émis par un médecin sentinelle ou des cliniques sans rendez-vous selon lesquels ils ne sont plus en mesure de recevoir tous les patients qui demandent une consultation à cause d'un syndrome grippal (SG). Le réacheminement des ambulances vers d'autres unités de soins pour malades aigus à mesure que les salles d'urgence se remplissent peut également déclencher la mise en œuvre des plans d'implantation des LNT.

### 1.6.3 Planifier le processus de triage

*Définition de triage :*

Processus par lequel un groupe de victimes ou de patients est réparti en fonction de la gravité de leur maladie ou de leurs blessures afin d'établir des priorités de traitement. En situation d'urgence, le processus de triage est conçu de façon à sauver de nombreuses vies humaines.

Pour réduire le poids des demandes envers les unités d'urgence des hôpitaux et potentiellement envers les médecins de famille et les cliniques sans rendez-vous, il peut s'avérer nécessaire de procéder au triage dans des LNT en cas de pandémie. Le recours à une telle approche exige une grande campagne de sensibilisation publique puisque les gens malades auront tendance à demander des soins de santé auprès de leurs dispensateurs habituels.

Les *Mesures et lignes directrices des soins cliniques* (Annexe G) présentent des recommandations quant à la manière d'évaluer et de gérer les patients grippés et autres en cas de pandémie, y compris des algorithmes sur le triage des adultes et des enfants basés sur leurs profils cliniques et leurs facteurs de risque ou comorbidités. Les lignes directrices traitant de l'évaluation et de la gestion initiales visent à aider le personnel des soins de santé de même que les bénévoles non spécialistes à se prononcer rapidement sur les besoins de chacun des malades et à les trier efficacement. (c.-à-d., décider si les patients doivent être soignés en clinique externe ou s'ils doivent être réacheminés ailleurs ou hospitalisés). Dans les grandes collectivités, les patients qui requièrent une évaluation plus poussée par un médecin, en radiologie, des épreuves en laboratoire (évaluation secondaire) seraient probablement transférés à un établissement de soins pour malades aigus. Il peut arriver cependant que certains centres de triage des LNT disposent des installations nécessaires pour effectuer l'évaluation secondaire et traiter les patients sans devoir les transférer.

La désignation des LNT comme centres de triage spécifiquement pour les cas de SG présente l'avantage supplémentaire de réduire l'exposition des autres patients à l'influenza, de faire appliquer de façon uniforme les recommandations actuelles grâce à l'utilisation des protocoles de soins accordés aux patients et au contrôle du nombre et du type des autres services prescrits tels que les épreuves en laboratoire, les radiographies thoraciques.

Des centres de triages des LNT peuvent être créés au sein de cliniques ou d'unités de santé publique, de cliniques sans rendez-vous désignées à cette fin ou de centres de triage affiliés ou à proximité des établissements de soins pour malades aigus.

Les centres de triage devront être organisés de façon à pouvoir offrir des services rationalisés et efficaces. Le tableau suivant est fourni pour faciliter la planification et propose comment organiser un centre de triage.

Zone	Service	Formation requise
Inscription	Inscrire les patients à l'arrivée	Travailleurs non médicaux, formés
Attente	Attendre l'évaluation primaire	Professionnels de la santé et travailleurs non médicaux, formés
Évaluation primaire	Signes vitaux	Travailleurs non médicaux, formés
	Auscultation du thorax et évaluation	Professionnels de la santé (médecin ou infirmière)
Évaluation secondaire	Épreuves en laboratoire sur place	Travailleurs non médicaux, formés
	Évaluation secondaire	Médecin
Secourisme avancé et transfert	Service aux patients en détresse (oxygène, aspiration, etc.) en attendant d'être transférés en salle d'urgence	Secourisme avancé
Éducation	Ressources et conseils	Travailleurs non médicaux, formés
Congé	Suivi ou transfert	

Les *Lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle des infections* (Annexe F) donnent des indications quant à la manière d'aménager les centres de triage et de traitement préliminaire :

- Si possible, il faut séparer les patients atteints de SG des autres patients, réduire au minimum le temps passé en salle d'attente, prévoir une entrée ou une salle d'attente séparée pour les patients atteints de SG, regrouper ces patients dans une salle à part, séparer les patients atteints de SG aussi rapidement que possible des autres patients d'au moins un mètre s'ils se trouvent dans la même salle d'attente.
- Il convient d'enlever magazines et jouets des salles d'attente.
- Il faut nettoyer aussi souvent que possible l'équipement et les surfaces de l'environnement potentiellement contaminés par les patients qui toussent, de préférence après chaque patient.

#### 1.6.4 Évaluer les emplacements de LNT potentiels

Il est recommandé de travailler en équipe multidisciplinaire pour évaluer les LNT potentiels d'une instance, afin d'assurer la pertinence d'un lieu potentiel. Idéalement, l'équipe d'évaluation doit comprendre :

- personnel affecté aux urgences/police/pompiers
- personnel des soins de santé
- personnel d'ingénierie/d'entretien/de travaux publics

Cette équipe doit établir un inventaire de l'espace et des lieux à l'échelle de la collectivité afin de déterminer l'emplacement et la disponibilité des lieux potentiels de LNT et de terrains non bâtis pour éventuellement y placer des installations hospitalières mobiles. Cette évaluation doit être répétée à intervalles réguliers durant la période interpandémique afin d'assurer que les lieux identifiés conviennent toujours. Les emplacements potentiels de LNT comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- écoles
- hôtels
- salles communautaires
- installations réservées aux banquets
- stades
- églises
- hôpitaux ou salles d'hôpital fermés
- centres de jour

La faisabilité de l'utilisation en tant que LNT doit être déterminée pour chaque emplacement en fonction de l'information suivante et de l'utilisation projetée du lieu.

Étant donné qu'un lieu destiné à hospitaliser les patients aura les exigences les plus strictes et difficiles, il pourrait être raisonnable d'évaluer chaque lieu en fonction de la prestation de ce type de services. Les lieux qui ne conviendront pas aux hospitalisations pourraient servir au triage ou à la prestation de services d'éducation/counseling.

### **Caractéristiques et services requis pour les lieux d'hospitalisation**

Tous les bâtiments doivent respecter les normes du *Code national du bâtiment du Canada* pour la désignation actuelle du type de bâtiment.

Une fois que les normes du code du bâtiment sont évaluées, il convient de prendre en considération les choses suivantes :

- Caractère adéquat des installations externes :
  - accessibilité pour le public (y compris le transport en commun, le stationnement, les instructions pour s'y rendre), déchargement, aiguillage de la circulation, assistance pour personnes âgées, etc.
- Caractère adéquat de l'espace interne :
  - toilettes et éviers : nombre h/f; commodités, fonction
  - cuisine : réfrigération, vaisselle, capacité de lavage de vaisselle, aires de préparation des aliments, etc.
  - espace verrouillé pour l'administration et les dossiers des patients
  - espace pour la réception, l'attente, les soins aux patients, l'éducation des patients et de la famille, le counseling et soutien, et tout autre service défini dans le processus de planification
  - capacité d'entreposage verrouillé pour la pharmacie et autres fournitures
  - espace mortuaire
- Caractère adéquat des systèmes de soutien critiques requis dans le lieu pour prodiguer les soins aux patients :
  - système de ventilation (débit d'air adéquat, climatisation de l'air)
  - installations physiques/mécanique du bâtiment

- électricité - alimentation pour l'éclairage, les stérilisateurs, la réfrigération, les services alimentaires
- approvisionnement en gaz naturel - p. ex., pour le chauffage, l'électricité ou la cuisine
- alimentation en eau
- hygiène (incluant le nombre de toilettes, de douches ou d'installations sanitaires)
- Arrangements visant à procurer les services de soutien essentiels requis à la prestation de soins aux patients hospitalisés :
  - sécurité
  - capacité de communication
  - entretien
  - buanderie
  - services environnementaux/nettoyage
  - services de stérilisation - La stérilisation de l'équipement doit être effectuée par du personnel formé à le faire et expérimenté utilisant de l'équipement homologué. Il pourrait être nécessaire de prendre des arrangements appropriés pour les services de stérilisation, p. ex., avec un hôpital
  - services pharmaceutiques
  - élimination/entreposage des déchets médicaux
  - services mortuaires/funéraires
  - services d'alimentation
  - installations pour l'hébergement et l'alimentation du personnel

### **Prévention de l'infection**

Dans la planification d'un LNT, il est important d'établir d'avance si le lieu ne sera destiné qu'aux soins des patients atteints d'influenza ou si d'autres types de patients y recevront des services. Les questions de prévention des infections revêtent une plus grande importance s'il y a risque de transmission de l'influenza à d'autres patients.

Si des patients non grippés recevront des services dans ces lieux, il convient de séparer les lits d'une distance d'au moins un mètre et d'envisager de réserver des salles d'attente aux patients potentiellement grippés. Dans le cas des LNT réservés aux malades atteints d'influenza, il semble qu'il n'y ait pas de raison sur le plan de la prévention des infections de séparer les individus atteints à divers degrés de la maladie. Dans tous les cas, les travailleurs de la santé et les visiteurs du site devront recevoir de l'éducation sur les pratiques adéquates en matière de lutte anti-infectieuse.

Les questions de prévention et de contrôle des infections font l'objet de l'Annexe F du Plan.

### **Sécurité**

La sécurité des bâtiments est basée sur le *Code national du bâtiment du Canada* et sur les normes de la CSA. La sécurité comprend la sécurité d'accès, la sécurité des médicaments et celle des patients. Les questions de sécurité doivent être prises en considération lors du choix des lieux ainsi qu'au cours de la planification des besoins en personnel.

### **Améliorations des installations**

Certaines installations pourraient nécessiter des améliorations pour servir de lieu de soins médicaux. Les autorités locales pourraient améliorer des établissements désignés pour les rendre adéquats. Des améliorations telles que celles des dispositifs d'alimentation en énergie et des

installations de lavage pourraient être envisagées comme un investissement dans la préparation à l'urgence et dans le cadre de la planification globale en cas d'urgence dans la collectivité.

Étant donné qu'il est bien moins dispendieux d'intégrer des installations au moment de leur construction que de faire des ajouts plus tard, les planificateurs et les coordinateurs en cas de pandémie pourraient travailler de concert avec les autorités locales, les conseils scolaires, etc., pour ajouter des installations aux bâtiments en construction.

### 1.6.5 Planifier l'équipement et les approvisionnements critiques

Les planificateurs doivent identifier, durant la période interpandémique, l'équipement et les approvisionnements essentiels à l'établissement et au fonctionnement des LNT. Il faut identifier les sources d'approvisionnement et discuter avec tous les fournisseurs possibles des besoins prévus durant une pandémie d'influenza et de la capacité à répondre à ces besoins. L'accès potentiel à la RNS doit également être abordé.

Une pandémie provoquera vraisemblablement des pénuries de médicaments, de fournitures médicales et potentiellement de fournitures opérationnelles. Étant donné que de multiples instances, y compris d'autres pays, pourraient être touchées par ces pénuries, le plan d'intervention ne doit pas se fier fortement à l'aide extérieure pour l'approvisionnement en fournitures et en équipement. Voici quelques questions qui toucheront directement les approvisionnements canadiens :

- *Interruption des chaînes de transport* — Les approvisionnements canadiens sont transportés sur de longues distances par voie routière, ferroviaire et aérienne. Les approvisionnements sont souvent obtenus des États-Unis et d'autres pays. Les difficultés aux passages frontaliers peuvent affecter de façon substantielle les modes de ravitaillement. De plus, une perte d'autant que 30 % des travailleurs, camionneurs et autre personnel de transport peut affecter la production et la livraison des approvisionnements.
- *Manque d'inventaire* — Dans un effort de réduction des coûts, la plupart des régions sont passées à des systèmes de stockage « juste à temps » par lesquels des approvisionnements minimaux sont gardés sous la main. On devrait prévoir l'achat de produits fabriqués au Canada afin d'éviter les possibilités de problèmes d'approvisionnement à cause de restrictions transfrontalières mises en œuvre en période de pandémie.
- *Embargos* — La majorité des approvisionnements médicaux ne sont pas produits au Canada. Santé Canada a déployé des efforts majeurs afin d'établir une infrastructure intérieure pour la fabrication de vaccin antigrippal et a encouragé la fabrication intra-canadienne de certains antibiotiques. Dans nombre de cas, les approvisionnements ne sont toutefois fournis que par un ou deux fabricants à travers le monde ou bien les ingrédients ou les composants essentiels ne proviennent que d'une seule source. Lors de pandémies et de crises sanitaires précédentes, d'autres pays ont interdit l'exportation de vaccins, de médicaments et de fournitures critiques.

D'autres annexes présentent les recommandations sur l'utilisation des vaccins et des antiviraux en cas de pénurie.

#### Transport et logistique d'approvisionnement

La planification du transport pour les LNT demande de considérer les types de fournitures et de produits (p. ex., marchandises dangereuses telles que l'oxygène, les déchets biomédicaux, l'équipement de stérilisation) qui devront être transportés vers et en provenance des LNT, ceux qui fourniront ces services (c.-à-d., les bénévoles devront-ils recevoir de la formation) et de s'informer pour savoir si le LNT est doté d'un accès adéquat pour la livraison. La taille et les types

de véhicules et autres mécanismes de transport sont précisés pour chaque « trousse » disponible via la RNS.

### **Accumulation de stocks**

Les autorités sanitaires des provinces, des territoires et locales pourraient envisager la possibilité de faire une rotation des réserves d'approvisionnements critiques pour les LNT de leur propre instance. Les instances pourraient désirer garder spécifiquement certains équipements plus anciens, tels que des lits, qui nécessitent peu d'entretien et qui n'ont pas de « durée de vie » particulière. Une évaluation adéquate de l'entretien et de la formation requise doit être faite afin d'assurer la sécurité et l'aspect utilitaire de l'équipement usagé, la formation requise par le personnel pour se servir de l'équipement qu'il connaît mal, etc.

Suite à une telle évaluation critique, les établissements et les autorités sanitaires pourraient envisager le maintien de certains équipements usagés tels que les ventilateurs.

La possibilité de faire des réserves d'antiviraux sera discutée à l'échelle nationale. Cependant, la nécessité et la faisabilité de faire des réserves de médicaments critiques au profit de la gestion des patients atteints d'influenza et de pneumonie secondaire doivent être abordées aux niveaux provincial, territorial et local. De plus, les provinces et les territoires devront discuter avec les planificateurs locaux en cas de pandémie du besoin de stocker de plus grandes quantités de médicaments et d'équipement pour prendre en charge les personnes présentant des comorbidités, par exemple, maladies cardiaques et respiratoires chroniques, diabète, insuffisance rénale, dont l'état pourrait être exacerbé par l'infection grippale. Les *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* (Annexe G) proposent un guide des antibiotiques à utiliser dans le traitement de la pneumonie secondaire. Les antibiotiques qui sont actuellement en réserve au niveau national feront l'objet d'une révision qui déterminera s'ils peuvent être utilisés lors d'une pandémie, en plus des plus amples discussions sur la nécessité d'avoir des réserves nationales additionnelles.

### **Équipement et fournitures**

Les questions d'équipement et de fournitures font l'objet d'autres annexes. L'annexe portant sur la gestion des ressources fournit de l'information sur les questions relatives aux fournitures et à l'équipement dans les établissements de soins pour malades aigus qui peut être extrapolée pour identifier les besoins des LNT. De plus, les protocoles de traitement présentés dans les *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* (Annexe G) peuvent servir à planifier les besoins en fournitures et en équipement médicaux. L'annexe portant sur la prévention des infections traite de l'utilisation des masques et des blouses d'hôpital et autres fournitures dans divers milieux.

Les services offerts par chaque LNT imposeront de toute évidence les besoins en équipement et en fournitures. Par exemple, il est peu probable que les LNT soient en mesure d'offrir l'expertise et les ressources requises au soutien des patients intubés, toutefois, l'équipement pourrait être requis afin de soutenir les patients nécessitant une ventilation durant leur transport vers un autre établissement. Les collectivités isolées pourraient envisager la possibilité d'acquérir des ventilateurs manuels (Ambubags) pour le soutien à court terme et d'autres équipements qui n'exigent pas la même expertise ou soutien que pour les patients ventilés mécaniquement.

Voici une liste préliminaire des fournitures et de l'équipement médicaux nécessaires à la prestation de soins médicaux dans chaque lieu :

- lits, literie
- éclairages

- équipement intraveineux (p. ex., aiguilles, cathéters intraveineux, solutions et tubulures, seringues, ruban adhésif, garrots)
- stérilisateurs
- sphymomanomètre, stéthoscopes, thermomètres
- fournitures diverses (p. ex., pansements, bandages, stérilstrips, gants, désinfectants pour les mains alcoolisés, compresses alcoolisées, compresses de gaze, appuie-bras, sphymooxymètre, piles de rechange pour l'équipement, lampes de poche, ciseaux, abaisse-langue)
- médicaments pour traitement d'urgence (p. ex., épinéphrine, diazépam, salbutamol)
- fournitures pour les voies respiratoires (p. ex., sac-valve-masque, masques à oxygène, tubulures à oxygène, réservoirs d'oxygène, spacer pour les médicaments administrés en aérosol, nébuliseurs actionnés par moteur, intubations orales, appareils à aspiration et cathéters)
- outils d'identification des patients
- cloisons
- communications (téléphone, télécopieur, cellulaire, radio ou autres pour les collectivités isolées)
- ordinateurs et accès à Internet

Les fournitures doivent être gérées avec soin. L'Appendice A comporte un exemple de formulaire de gestion des fournitures.

### **Production locale**

Certains articles qui sont habituellement commandés auprès de sources centralisées pourraient être produits localement durant une crise. Il serait bon que les spécialistes des achats passent en revue les approvisionnements qui pourraient être obtenus ou produits localement moyennant la prise d'arrangements préalables. Des fournisseurs possibles et des fournisseurs de produits de substitution doivent être contactés afin d'explorer cette possibilité.

## **1.7 Planification des LNT en période pandémique**

Les activités suivantes doivent être effectuées durant cette phase de la pandémie lorsque les facteurs déclencheurs indiquent que les LNT seront nécessaires :

- Réévaluer les plans en fonction des projections épidémiologiques de l'OMS et de Santé Canada
- Nommer les administrateurs ou les directeurs de LNT ou les équipes
- Mettre en œuvre des plans de préparation des LNT
- Coordonner l'achat des approvisionnements

### **1.7.1 Réévaluation des plans en fonction des prévisions épidémiologiques de l'OMS et de Santé Canada**

En s'appuyant sur les taux d'atteinte attendus et les données démographiques des groupes les plus touchés, les planificateurs locaux peuvent réévaluer les lieux et les services requis. Par exemple, si on estime que les femmes enceintes seront gravement touchées par l'influenza, comme ce fut le cas en 1918, il ne conviendrait pas de transférer les accouchements dans des maternités.

### **1.7.2 Nomination des administrateurs/directeurs ou équipes des LNT**

Chaque LNT devra avoir un administrateur/directeur ou une équipe de gestionnaires dont les tâches consistent, entre autres, à repérer le lieu même, à l'aménager, à suivre les travaux

d'adaptation, à coordonner les horaires du personnel, à surveiller le mouvement des approvisionnements, l'entretien et à voir à son fonctionnement. Selon la taille du LNT, les services offerts et la collectivité desservie, il pourrait s'avérer nécessaire d'envisager une équipe de gestion en service 24 heures sur 24 et sept jours sur sept aussi longtemps que dure l'épidémie. Compte tenu de la nature des tâches et du fait que n'importe qui risque de tomber malade et d'être frappé d'incapacité, les gestionnaires devront s'entourer d'adjoints à qui déléguer des pouvoirs.

### **1.7.3 Mise en œuvre des plans d'aménagement des LNT**

Le Centre de secours et de services d'urgence (CSSU) de Santé Canada a élaboré des lignes directrices permettant de planifier et de faire fonctionner des centres d'hébergement et des foyers d'urgence par l'intermédiaire du CSSU ou des directeurs des services d'urgence au niveau des provinces et des territoires.

- Contacter les responsables actuels du lieu (conseil scolaire, autorités municipales pour les centres communautaires, etc.).
- Visiter le lieu pour déterminer s'il y a des problèmes ou si des travaux sont nécessaires.
- Veiller au bon fonctionnement des installations (chauffage, éclairage, eau, téléphone).
- S'assurer que les meubles sont adéquats et au bon endroit.
- Enlever tout objet, article ou obstacle pouvant encombrer le passage et le couloir, etc.
- Afficher ou monter les panneaux indicateurs nécessaires y compris, au besoin, les panneaux indiquant la route vers les toilettes.
- Identifier les salles et les aires réservées à des fins précises (p. ex., repos, service alimentaire, etc.).
- Veiller à ce que des stations d'hygiène des mains soient disponibles.
- Documenter et signaler toute :
  - défaillance dans les installations sanitaires;
  - panne (chauffage, éclairage, système électrique, eau, téléphones).
- Prendre des dispositions pour dégager et entreposer tout équipement non nécessaire (p. ex., bureaux, chaises).
- Nettoyer et désinfecter les locaux.
- Contacter tout fournisseur de transport requis.
- Aviser les médias répertoriés quant aux indications ou instructions à donner au public.
- S'assurer du personnel auxiliaire (électricien, plombier, inspecteur sanitaire, infirmier de santé publique).
- Déterminer le soutien municipal.
- Faire suivre les questions financières à la municipalité. En utilisant, idéalement, des comptes déjà établis.
- Aviser, s'il y a lieu, l'entrepreneur chargé de la collecte des ordures.
- Aviser, s'il y a lieu, l'entrepreneur chargé de la collecte d'objets à recycler.
- Aviser le personnel, les organismes bénévoles et le personnel spécialisé (voir Ressources humaines).

### **1.7.4 Coordonner l'approvisionnement des fournitures**

- Contacter les fournisseurs du matériel (papeterie, fournitures de bureau) et d'équipement de soutien; organiser le transport s'il y a lieu.
- Contacter les fournisseurs d'aliments répertoriés (pour écourter le délai de livraison).
- Aviser les transporteurs d'aliments nécessaires (véhicules).
- Si ce n'est déjà fait, avoir des couverts dans les lieux de restauration.
- Commander des fournitures médicales supplémentaires.

- Prévoir, le cas échéant, d'autres modes de transport et de distribution.
- Prévoir, dans la mesure du possible, la production locale des fournitures.
- Évaluer le besoin d'accéder aux fournitures de la RNS et le demander, au besoin.

## **1.8 Planification des LNT en période postpandémique**

Durant cette phase pandémique, les activités entreprises viseront en particulier à donner congé aux patients ou à favoriser leur transfert, à entreposer les dossiers médicaux et à mettre le LNT hors service.

Chaque LNT devra faire l'objet d'une évaluation de façon à réparer les dégâts et à effectuer les travaux de restauration nécessaires avant la remise du lieu à son usage antérieur. Les fournitures restantes devront être redistribuées, entreposées ou rapportées aux réserves. Il faudra également informer les assureurs de la date à laquelle le lieu sera mis hors service pour que ces derniers mettent fin à la couverture.

## Section 2: Questions relatives aux ressources humaines

### 2.1 Introduction

Lors d'une pandémie d'influenza, il y aura augmentation des besoins en personnes détenant une formation en soins de santé pour répondre à la demande accrue faite au sein du réseau des soins de santé. Devant cet impératif, il faudra peut-être réaffecter des travailleurs de la santé à d'autres milieux de soins, y compris les LNT ou à des services différents au sein d'un même établissement pour y assurer des services qui n'entrent pas dans le cadre de leurs fonctions habituelles. De même, il sera peut-être nécessaire d'embaucher des travailleurs autres que de la santé pour épauler les efforts indispensables à la mise en place et au fonctionnement des LNT ou au maintien du rôle élargi des établissements hospitaliers actuels. Les bénévoles seront aussi une composante vitale des ressources humaines pour faciliter la gestion des services de santé au cours d'une pandémie.

Durant une pandémie d'influenza, l'insuffisance en personnel médical qualifié sera l'un des nombreux obstacles à la prestation de soins adéquats. Une partie significative des effectifs peut se trouver en état de ne pouvoir travailler pour une période de temps parce qu'ils sont malades ou que des membres de leur famille le sont. Les organismes communautaires et les centres de soins communautaires devront avoir en place des lignes directrices précises pour savoir ce qu'il faut faire lorsque le réseau de soins de santé est débordé et si des LNT doivent être établis ou les établissements hospitaliers actuels doivent voir leur rôle élargi. La gestion des ressources humaines dans ce contexte, notamment celui des soins pour malades aigus dictés par une pandémie, est examinée dans les *Lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les établissements de soins pour malades aigus au cours d'une pandémie d'influenza*, l'Annexe H du Plan. L'attention portera donc ici sur les questions de ressources humaines en dehors des milieux de soins pour malades aigus traditionnels.

### 2.2 Planification des ressources humaines en période interpandémique

La planification durant la période interpandémique en vue d'optimiser l'utilisation des ressources humaines dans les LNT et ailleurs comprend plusieurs étapes. La liste qui suit a été précisément conçue pour faciliter le processus. Elle propose un certain nombre d'étapes/d'activités, suivies plus loin de plus amples précisions.

- Nommer une équipe de gestion des ressources humaines
- Cerner les besoins en ressources humaines et d'une base de données devant être utilisée par le personnel et pour la coordination des activités
- Revoir la législation sur la protection civile
- Recruter des professionnels de la santé
- Prévoir les salaires ou traitements du personnel actuellement non intégré au réseau de soins de santé
- Identifier et recruter des bénévoles

- Assurer la formation
- Mettre en œuvre des recommandations en matière d'immunisation
- Soutenir les travailleurs de la santé dans les LNT
- Voir aux assurances et aux autorisations d'exercer

## 2.2.1 Nommer une équipe de gestion des ressources humaines

Les tâches comprises – répertorier les travailleurs de la santé réaffectables aux LNT, recruter du personnel médical supplémentaire, des travailleurs non médicaux et des bénévoles, et gérer la formation, l'affectation et le soutien de ces groupes de travailleurs – doivent être amorcées au cours de la période interpandémique.

Comme première étape importante, il convient de mettre sur pied une équipe ou un sous-comité capable d'assumer ces responsabilités dans chacune des instances. Il serait opportun si ces groupes se composent à la fois de spécialistes en dotation, de planificateurs en cas de pandémie, d'administrateurs de la santé et de membres d'organismes bénévoles.

## 2.2.2 Identifier les besoins en ressources humaines

Qu'il s'agisse de LNT ou autres lieux de soins de santé, une des approches permettant de cerner les besoins en ressources humaines consiste à se poser ces questions : quel type de milieu hospitalier prévoit-on ? Quels services va-t-on y dispenser ? Fort des réponses à ces deux questions, on peut non seulement estimer le nombre de soignants qu'il faut, mais aussi leur profil médical.

La liste ci-dessous indique les lieux (hormis les établissements de soins pour malades aigus) où on aura besoin de personnel supplémentaire en cas de pandémie.

- Lieux de triage – lieux communautaires, cliniques, LNT rattachés à un établissement hospitalier existant
- LNT – centres de soins d'urgence, hôpitaux d'urgence, hôtels de soutien, postes de soins infirmiers, etc.
- Cliniques de vaccination – cliniques mobiles, cliniques rattachés aux lieux de soins pour malades aigus, etc.
- Soins communautaires ou à domicile pour décongestionner les établissements et autres lieux de soins de santé
- Établissements de soins de longue durée
- Services TélÉInfo ou InfoSanté, 24 heures sur 24
- Autres – cabinets de médecin, services de santé spécialisés (centres de cancérologie ou de cardiologie), etc.

Afin de pouvoir utiliser au mieux les compétences des travailleurs de la santé, il faudra probablement, en cas de pandémie, voir à leur réaffectation. Par exemple, les professionnels de la santé seront appelés à superviser des bénévoles et autres travailleurs dans des lieux de soins non traditionnels.

L'insuffisance de médecins et d'infirmiers se traduira par le recours marqué à d'autres professionnels de la santé, aux travailleurs qualifiés non médicaux et aux bénévoles compétents. Chaque instance doit donc constituer un inventaire convenable de ces groupes et déterminer les sources d'effectifs supplémentaires au cas où, face aux besoins démesurés, les hôpitaux mobiliseraient l'essentiel sinon tout le personnel médical disponible. La liste qui suit est fournie à titre de référence et peut être adaptée selon les besoins.

## **Travailleurs de la santé**

Au sein des établissements hospitaliers, il faudra envisager la possibilité de réaffecter le personnel infirmier ou médical chargé de tâches administratives, de recherche et éducatives à des fonctions cliniques.

D'autres sources de travailleurs de la santé comprendraient, sans s'y limiter, les groupes suivants :

- médecins et infirmiers retraités (il faut s'assurer au préalable que leur intervention en cas de pandémie ne compromet pas leur régime de retraite)
- médecins et infirmiers actuellement détachés de soins de santé cliniques (éducateurs, professeurs, administrateurs, chercheurs, entreprise privée)
- étudiants en médecine et en sciences infirmières
- infirmiers auxiliaires autorisés
- soignants auxiliaires
- techniciens ambulanciers
- vétérinaires
- pharmaciens
- thérapeutes (inhalothérapie/du travail/physiothérapie)
- techniciens (laboratoires, radiographie)
- pharmaciens, thérapeutes, techniciens stagiaires
- aides soignants

## **Services de soins personnels**

Les services de soins personnels (santé ou soutien) sont assurés au profit des particuliers à domicile. Étant déjà à plein rendement, ces organismes, estime-t-on, ne seront peut-être pas en mesure d'intervenir en cas de pandémie. La liste ci-dessous de ces organismes n'est pas exhaustive :

- VON Canada
- Organismes de soins à domicile

## **Catégories de travailleurs**

En cas de pandémie, les tâches relatives aux soins de santé devront être assumées par les travailleurs actuels de la santé et ceux pour qui ces tâches ne relèvent pas normalement de leur domaine. La liste qui suit est conçue pour distinguer les différentes catégories de travailleurs et aider les planificateurs en ressources humaines et les gestionnaires à assigner des tâches, à prévoir les besoins en formation et en soutien et à régler les questions d'assurance ou autres :

- professionnels de la santé rémunérés
- travailleurs de la santé rémunérés qui ne sont pas des professionnels autorisés
- personnel autre qu'en soins de santé/non médical rémunéré (soutien, entretien, etc.)
- professionnels bénévoles de la santé
- bénévoles formés à l'exécution des tâches médicales, mais qui ne sont pas des professionnels autorisés
- bénévoles non formés aux tâches médicales assurant d'autres services essentiels dans des milieux de soins de santé (électriciens et artisans participant à l'aménagement des LNT)

Les tâches essentielles et les compétences requises pour les accomplir doivent être définies et documentées pour chaque LNT. Il sera nécessaire d'établir pour chaque LNT des lignes directrices (triage, hôpital pour influenza, poste de soins, clinique communautaire ou hôtel de soutien) à

l'intention du personnel médical et infirmier et d'accéder aux lignes directrices existantes visant les LNT dont les attributions pourraient être élargies en cas de pandémie.

La prochaine étape consiste à établir une liste de travailleurs et de bénévoles qui possèdent déjà les compétences pour accomplir ces tâches. (Dans les établissements existants, ces rôles sont déjà définis, mais il faudra les développer et les adapter aux besoins des LNT.) À propos des compétences requises, il faudra voir à combler les lacunes lors de la planification. Il pourrait être nécessaire d'enquêter sur les disponibilités locales et de faire appel à d'autres types de fournisseurs de services (p. ex., services mortuaires) en cas de pandémie.

### Liste de contrôle des tâches et du personnel des LNT

Cette liste de contrôle présente les tâches qui pourraient être requises dans un LNT. Il s'agit d'un exemple de la façon de documenter les activités précitées. Selon la taille et les fonctions du LNT ainsi que le nombre de patients, de nombreuses tâches peuvent être accomplies par un seul travailleur. Il ne faut pas oublier que ces tâches seront à exécuter à raison de 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine. Il se peut que certains services soient fournis par un établissement hospitalier central ou un centre communautaire.

TÂCHES	ENSEMBLE DE COMPÉTENCES/PERSONNEL
<b>A. Administration</b>	
Administration ou gestion des LNT	Gestion et administration
Coordination de soins aux patients - horaires et soutien du personnel, évaluation des demandes de service et des fournitures	Formation et connaissances médicales (p. ex., infirmier chef), aptitudes au leadership et à la coordination
Surveillance d'un médecin	Médecin ou infirmier appuyé par un médecin
Formation et orientation du personnel, des bénévoles et des membres de famille sur les lieux	Connaissances de base en soins aux patients, triage des patients et prévention des infections
Porte-parole	Gestion médicale. En l'absence d'un porte-parole médical, s'adresser à l'hôpital ou à l'administrateur LNT
Réceptionniste	Communications, langues, relations publiques
Gestion des dossiers médicaux	Compétences administratives (dont bureautique), accord de confidentialité
Personne-ressource en TI	Connaissances en systèmes TI; dépannage
<b>B. Soins aux patients</b>	
Triage médical	Formation médicale/infirmière, idéalement un infirmier possédant une formation en soins en salle d'urgence
Admission/congé d'hôpital	Formation médicale/infirmière, idéalement avec expérience en planification des congés d'hôpital
Soins aux patients - médical	Formation en soins infirmiers : réhydratation, alimentation, ambulation, bain, surveillance des signes vitaux, administration de médicaments
Physiothérapie	Formation : kinésithérapie de drainage et mobilisation
Soins respiratoires	Formation : inhalateurs, suivi de patient, contrôle d'équipement (oxymètres) et inventaire

TÂCHES	ENSEMBLE DE COMPÉTENCES/PERSONNEL
Services pharmaceutiques	Pharmacien (hôpital ou quartier)
Congé d'hôpital et planification	(voir centres communautaires, autosoins)
<b>C. Prévention des infections</b>	
Stérilisation de l'équipement	Formation : stérilisation et prévention des infections
Nettoyage	Connaissances de base en prévention des infections
<b>D. Services alimentaires</b>	
Nutrition des patients/régimes thérapeutiques	<b>Basés à l'hôpital ou ailleurs ?</b> Diététicien à l'hôpital ou autre (soins et repas à domicile)
Préparation des aliments et des repas des travailleurs	Formation : hygiène alimentaire de base
<b>E. Services sociaux</b>	
Aide sociale/soins communautaires	Consultation, accès aux ressources communautaires, travail social de liaison
Psychologie/service de pastorale/assistance aux personnes en deuil	Travailleurs sociaux, membres du clergé, psychologues, clubs philanthropiques locaux, groupes de soutien
Soins aux enfants et aux membres de famille des travailleurs	Formation et expérience en soins aux enfants, soins aux aînés, soins à domicile, vérification de casier judiciaire
<b>F. Morgue</b>	
Transport des dépouilles	Permis de conduire
Préparation et stockage des dépouilles	Mise en housse mortuaire, rayonnage des dépouilles
<b>G. Transport</b>	
Patients, personnels	Permis de conduire classe 4
Produits dangereux (p. ex., oxygène), déchets médicaux	Licences et assurance responsabilité appropriées
Fournitures, tests de laboratoire	Permis de conduire, vérification de casier judiciaire
<b>H. Services</b>	
Épreuves en laboratoire	Services de laboratoire (hôpital ou communauté)
Maintenance	Plomberie, installations électriques, etc.
Blanchisserie	Blanchisserie locale
Communications, soutien à l'équipement (téléphone, cellulaires, câblage, informatique)	Entreprises locales
<b>I. Sécurité (préposés aux cartes d'identité du personnel nécessaires)</b>	
Maintien de l'ordre public et sécurité personnelle	Contrôle des foules et de la circulation
Protection des LNT (incendie, sécurité, vol)	Formation : sécurité des édifices

*La formation des travailleurs de la santé, des bénévoles et des membres de la famille peut se faire à n'importe quel moment en cas de pandémie.*

### 2.2.3 Examiner la législation sur la protection civile

La législation sur la protection civile contient de nombreuses dispositions relatives à la gestion de la main-d'œuvre en temps de crise. Parmi ces dispositions, on trouve le recrutement de professionnels et de travailleurs rémunérés dont les bénévoles, la gestion des ressources humaines et la protection des bénévoles. La planification en prévision d'une pandémie devrait, autant que possible, être intégrée aux plans d'urgence établis de façon à utiliser au mieux les ressources disponibles. Il est peu probable, faut-il bien se rappeler, qu'une urgence soit « déclarée ». La planification des ressources humaines doit donc tenir compte de cette éventualité.

Voici les dispositions législatives qui s'appliquent en particulier aux ressources humaines :

- autorisations d'exercer, cadre des fonctions et la possibilité qu'a le gouvernement d'imposer des changements en cas de crise
- sécurité et protection des travailleurs (une des principales responsabilités)
- équité en matière de rémunération
- assurances (LNT, contre les accidents du travail et autres)
- formation
- prestation d'habillement et fourniture d'équipement
- sécurité de l'emploi des travailleurs ayant pris congé pour porter secours en cas d'urgence

#### Réquisition de la main-d'œuvre

En conformité avec les lois d'urgence, les provinces et les territoires peuvent désigner les « services et travailleurs essentiels », obliger toute personne à travailler et réquisitionner le bien d'un particulier, la compensation suffisante n'intervenant qu'en *dernier recours*.

La question a été soulevée pour deux raisons. D'une part, l'insuffisance actuelle de travailleurs de la santé et, d'une autre, la crainte de voir ces travailleurs et autres refuser de travailler en cas de pandémie compte tenu du changement possible des tâches, du risque d'infection, des responsabilités familiales ou autres. Toutefois, vu l'extrême difficulté qu'il y a à faire adopter ou respecter de telles lois, les instances sont vivement encouragées à examiner tous les autres moyens d'obtenir les ressources humaines essentielles en prévision d'une pandémie.

### 2.2.4 Recruter des professionnels de la santé

Bien que le recrutement proprement dit des professionnels de la santé ne soit pas nécessaire avant la pandémie, il est quand même important d'établir avec eux un dialogue permanent durant la période interpandémique. L'objet de ce dialogue est de les renseigner sur l'influenza, les plans de lutte contre une pandémie d'influenza et leurs rôles respectifs. Il sera aussi important de leur faire comprendre les impacts possibles d'une pandémie sur la prestation des services de santé, plus précisément la nécessité d'avoir des effectifs supplémentaires et des LNT. Les questions relatives à l'extension des autorisations d'exercer et à l'élargissement du cadre des fonctions devront être discutées en vue de dissiper les inquiétudes durant la période interpandémique. De plus, on devra résoudre à l'avance toute possibilité d'interdiction aux travailleurs de la santé recrutés/bénévoles de retourner à leur lieu de travail après une période de travail dans un LNT. Devra aussi se faire, pendant cette période, la mise à jour des professionnels en ce qui a trait à l'identification et au traitement de l'influenza ainsi qu'aux programmes d'immunisation.

Pour pouvoir inviter les professionnels de la santé à participer, soit aux séances de formation, soit à la mise en œuvre des plans d'intervention en cas de pandémie, les planificateurs devront étudier les questions logistiques et juridiques qui entourent le maintien de bases de données

des travailleurs de la santé qui ont la formation et les compétences nécessaires pour intervenir en cas de pandémie. Le développement et le maintien de ces bases de données peuvent se faire par l'intermédiaire des organismes de réglementation professionnelle. Il se peut qu'il y ait à ce sujet des prescriptions juridiques selon lesquelles les membres concernés doivent consentir au maintien de leurs coordonnées sur une liste et à travailler en cas d'une situation d'urgence.

## **2.2.5 Prévoir les salaires ou traitements du personnel actuellement non intégré au réseau de soins de santé**

En matière de traitements et de dépenses, les décisions seront basées sur les arrangements actuels et les conventions collectives conclues dans chaque province, territoire ou instance locale. La planification doit prendre en compte ces ententes contractuelles ou revaloriser les salaires en cours pour un travail semblable.

## **2.2.6 Identifier et recruter des bénévoles**

### **Définition d'un bénévole en cas de pandémie**

La définition du bénévole proposée ici répond aux besoins de planification en cas de pandémie.

*Est bénévole toute personne inscrite auprès d'un organisme public ou désignée par le gouvernement, qui effectue, régulièrement ou occasionnellement, sans promesse de gain financier ni contrainte économique ou politique, des activités non rémunérées pour aider le Canada à se préparer et à lutter contre une pandémie d'influenza.*

Un bénévole peut être un professionnel de la santé ou autre ou toute personne qui offre ses services gratuitement. Cependant, bien qu'un bénévole ne puisse s'attendre à des gains financiers ni à une rémunération, l'organisme public ou le gouvernement peut lui apporter du soutien sous forme de couverture d'assurance, de soutien familial et de sécurité d'emploi pour faciliter le recrutement des bénévoles.

### **Tâches interpandémiques et gestion des bénévoles**

Plusieurs tâches ou activités doivent être entreprises durant la période interpandémique si l'on veut optimiser la contribution des bénévoles au Plan d'intervention en cas de pandémie. La liste qui suit n'est pas exhaustive :

- a. Communiquer avec le public et les organismes bénévoles
- b. Élaborer et maintenir des bases de données sur les organismes bénévoles
- c. Élaborer en collaboration avec les organismes bénévoles les descriptions de travail et de compétences requises pour les postes bénévoles (voir Liste de contrôle des tâches et du personnel)
- d. Élaborer des procédures de recrutement, de présélection
- e. Élaborer des procédures de formation
- f. Contrôler et documenter les qualifications
- g. Se préparer à gérer les bénévoles

L'intervalle entre la déclaration d'une pandémie par l'OMS, la première vague et l'analyse de sa gravité sera très court. En conséquence, il faudra mettre en place des procédures permettant de recruter, de sélectionner, de former et de déployer les bénévoles aussi rapidement que possible.

a. Communiquer avec les organismes bénévoles

Dans la majorité des localités, les organismes bénévoles constituent une réserve de bénévoles formés et prêts à l'emploi. Il convient donc de communiquer régulièrement avec eux et de solliciter leur contribution en élaborant des procédures de planification.

Parmi ces organismes sources de bénévoles, citons à titre d'exemple :

- Croix-Rouge
- Ambulance Saint-Jean
- Bénévoles de l'unité de réserve militaire (Le recours aux Forces canadiennes ne peut se faire qu'après la déclaration d'une catastrophe. Pour la plupart, ces bénévoles sont des collégiens et élèves du secondaire.)
- Armée du Salut
- Mennonite Disaster Services
- Agence de développement et de secours adventiste (ADSA)
- Scouts
- Guides
- Grands frères
- Grandes sœurs
- Organismes d'aide sociale

Chaque instance doit entretenir des rapports avec des organisations non gouvernementales dans leur district afin de déterminer approximativement le nombre de bénévoles qui seraient disponibles en cas de pandémie.

Durant la période interpandémique, le recrutement de bénévoles, spécialistes ou non en soins de santé, devrait se faire principalement par le truchement des organismes existants, car ces derniers ont déjà en place des programmes appropriés (recrutement, présélection, formation) sans oublier les programmes de gestion. Il est important que les autorités de santé publique et les planificateurs des mesures d'urgence collaborent avec les organismes existants et ce, pour faire connaître les besoins communautaires en cas de pandémie et permettre à ces organismes de recruter et de retenir un noyau de bénévoles avec la formation convenable. Ces organismes peuvent vouloir étoffer leurs programmes de formation standard pour faire face aux problèmes liés à une pandémie d'influenza. Plus précisément, les bénévoles doivent savoir que, à la différence d'autres situations d'urgence (tremblements de terre, inondations), une pandémie d'influenza risque de durer plus longtemps et de connaître plus d'une vague. Comme les gens appréhendent le risque de maladie autrement que le risque de blessure et craignent de contaminer les proches à la maison, il est important que ces questions soient abordées lors des séances de formation.

b. Développer et maintenir une base de données sur les bénévoles

Compte tenu du fait que le maintien d'une base de données actualisée sur les bénévoles prend beaucoup de temps, est difficile et coûte cher, les autorités de santé publique sanitaires devront probablement compter sur les organismes bénévoles. En effet, ces organismes devront être encouragés, là où c'est possible, à suivre des bénévoles formés et sélectionnés, c'est-à-dire ceux qui ont été interviewés et ont fait l'objet d'enquête préalable (références et casier judiciaire), à contrôler les diplômes et à assurer la communication. Les autorités de santé publique peuvent vouloir encourager ces organismes à garder leur base de données à jour, notamment les compétences des bénévoles qui seraient nécessaires en cas de pandémie.

c. Élaborer des descriptions de travail et des listes de compétences des bénévoles

Il convient de préparer, en collaboration avec les organismes bénévoles, une liste d'emplois, des descriptions de tâches et de compétences selon les besoins de la région ou collectivité (voir Liste de contrôle des tâches et du personnel). Cette liste peut servir à déterminer quels programmes de formation offrir et comment mieux recruter, former et affecter les bénévoles durant les périodes interpandémique et pandémique.

d. Élaborer des procédures de recrutement et de présélection des bénévoles

Il faut élaborer des procédures qui peuvent être rapidement mises en œuvre dès qu'une pandémie est déclarée (voir Période pandémique – recrutement, présélection et déploiement).

e. Suivre et contrôler les qualifications et les certifications (diplômes)

Il faut envisager les méthodes permettant de vérifier que les travailleurs de la santé, incluant des bénévoles sont autorisés à exécuter les tâches prévues. Il faut :

- revoir les questions logistiques et légales entourant le développement de bases de données sur les travailleurs de la santé dont la formation et les compétences les rendent aptes au déploiement en cas de pandémie;
- s'arranger avec les organismes appropriés pour maintenir des bases de données pour leurs membres en prévision d'une urgence. Il se peut qu'il y ait à ce sujet des prescriptions juridiques selon lesquelles les membres concernés doivent consentir au maintien de leurs coordonnées sur une liste et à travailler en cas de situation d'urgence;
- mettre en place une méthode de vérification rapide des diplômes;
- veiller à ce que tout bénévole, ayant bénéficié d'une formation lors de son affectation à un LNT, subisse un examen afin de déterminer officiellement son niveau de compétence.

f. Se préparer à gérer les bénévoles

En cas d'urgence majeure, il arrive qu'un très grand nombre de personnes offrent leurs services comme bénévoles. Dans certains cas, gérer ces bénévoles potentiels est en soi une tâche majeure sur le plan logistique.

Durant la période interpandémique, il convient de :

- revoir les plans d'urgence permettant de gérer cet afflux de bénévoles;
- prévoir un coordonnateur des bénévoles ou une équipe – identifier organismes, postes ou particuliers – chargé du recrutement, de la présélection, de la formation et du placement des bénévoles;
- s'assurer que le coordonnateur ou l'équipe dispose d'informations sur les ressources disponibles;
- prévoir un établissement, autre que les hôpitaux ou les cliniques, où le recrutement et la gestion des bénévoles peuvent se faire sans encombrement ni problèmes de sécurité.

## 2.2.7 Formation

Les professionnels de la santé aussi bien que les autres travailleurs auront besoin d'être formés pour faire face à une pandémie d'influenza. Par exemple, les professionnels auront peut-être besoin d'un complément de formation ou de cours de recyclage sur les tâches qui n'entrent pas dans le cadre de leurs fonctions quotidiennes telles que la supervision et la gestion. Devant le nombre limité de professionnels de la santé qui seront disponibles, il est probable qu'on fera appel aux bénévoles et à d'autres travailleurs sans formation médicale pour s'occuper des malades.

i) Formation du formateur

Les autorités de santé publique et les organismes bénévoles peuvent monter des programmes de « formation du formateur », de façon à maintenir des ressources mobilisables en cas de pandémie. Sont aussi à prévoir le lieu de formation et le mode de prestation des programmes idéalement durant la période interpandémique mais aussi durant une pandémie.

ii) Formation en autosoins

Tous les travailleurs en soins de santé doivent bénéficier d'une formation en autosoins, pour ce qui est du traitement de l'influenza, du contrôle des symptômes et de la communication des principes de soins autonomes aux autres. Vu que les professionnels seront probablement affectés aux services médicaux proprement dits, les bénévoles pourront se voir appelés à enseigner les techniques d'autosoins.

Bon nombre de sphères de compétence sont en train de préparer des modules dits « Autosoins » en vue d'améliorer la qualité des soins à domicile (voir l'annexe intitulée *Soins cliniques* pour en savoir plus). Ces instances sont encouragées à partager ces ressources et à développer au profit du public d'autres services d'information sur la santé, par exemple une ligne InfoSanté en fonction 24 heures sur 24. Elles doivent aussi s'assurer que tous les formateurs en autosoins se basent sur des informations cohérentes, exactes et à jour.

Il faut prévoir les méthodes permettant de sensibiliser les travailleurs de la santé et le public aux exigences d'autosoins. Certes, cette sensibilisation sera accomplie d'avance; la majeure partie, destinée aux malades et aux proches parents, se fera en cas de pandémie dans les cliniques, les LNT et les cliniques de vaccination.

iii) Formation des professionnels de la santé

Il existe de nombreux programmes de formation qu'on peut adapter aux besoins dictés par une pandémie d'influenza. Avant d'être réaffectés à d'autres tâches telles que la supervision, les professionnels de la santé auront peut-être besoin d'être formés.

Or, en cas de pandémie, le temps dont on dispose pour la formation sera extrêmement court. Il faut donc veiller à ce que ce complément de formation, garant de compétences utiles en cas de pandémie, soit dès maintenant intégré aux programmes existants. Ce faisant, nous réduisons les coûts, accroissons l'efficacité et améliorons l'état de préparation.

La formation peut comprendre des volets médicaux indispensables à toute intervention en cas de pandémie. À titre d'exemple, citons :

- Mesures de prévention des infections
- Utilisation des respirateurs et soins de patients sur respirateurs
- Supervision des travailleurs et des bénévoles
- Travail auprès des familles en deuil

Élaborer un plan de formation ou de recyclage d'anciens travailleurs en soins de santé (retraités, etc.) en cas de pandémie (voir les *Lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les établissements de soins pour malades aigus* [Annexe H] pour y trouver une liste de professionnels de la santé).

iv) Formation des bénévoles

Durant la période interpandémique, les organismes existants peuvent se voir laisser une grande part en ce qui concerne la formation des bénévoles. Dans des régions où le réseau d'organismes et de bénévoles n'est pas très développé, les planificateurs pourront bien envisager la nécessité de former, de maintenir et de financer des groupes noyaux de

formateurs aguerris et de bénévoles capables d'intervenir en cas d'urgences médicales telles qu'une pandémie.

Tous les bénévoles doivent bénéficier d'une formation en :

- autosoins;
- prévention et lutte contre des infections (précautions habituelles ou universelles).

Selon la liste de contrôle des tâches établie pour votre région, les bénévoles en soins directs aux malades peuvent bénéficier d'une formation complémentaire comme suit :

- Soins personnels de base (bains au lit, bassins hygiéniques)
- Observation de l'état général (température, pouls, respiration, etc.)
- Définition de cas ou identification de la maladie
- Administration des médicaments (comprimés, gouttes ophtalmiques et otiques, liquides)
- Administration de l'oxygène
- Prévention de plaie de pression (soins de la peau)
- Ambulation, mobilisation

Il faudra aussi des bénévoles formés dans les domaines suivants :

- Nettoyage des établissements hospitaliers
- Gestion des dossiers
- Préparation des aliments (cours de sécurité alimentaire)
- Protocoles du SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail)
- Agents de sécurité formés et capables de travailler auprès des personnes en deuil

Il faut revoir la liste de contrôle des tâches pour connaître le type de formation requise dans votre instance. Dans la mesure du possible, les organismes existants doivent être encouragés à attirer des bénévoles compétents dans ces domaines durant la période interpandémique.

#### v) Ressources et programmes de formation

Les programmes d'études liés aux compétences indiquées ci-dessus sont disponibles par le biais des organismes existants :

Ces programmes comprennent :

- Cours de formation en ligne tels que la prévention des infections et les mesures de lutte contre les infections : [www.igc.org/avsc/ip/index.html](http://www.igc.org/avsc/ip/index.html)
- *Influenza Prevention: A Community and Healthcare Worker Education Program* (<<http://www.apic.org/resc/>>), manuel de formation de l'Association for Practitioners in Infection Control et Epidemiology Training Manual
- *Brigade Training System* (1997), Brigade de l'Ambulance Saint-Jean
- *Handbook on the Administration of Oxygen* (1993), Brigade de l'Ambulance Saint-Jean (ISBN 0-919434-77-0)
- *Yes You Can Prevent Disease Transmission* (1998), La Société canadienne de la Croix-Rouge
- Programmes de formation des collèges en sciences infirmières (c.-à-d., les programmes de base destinés aux aides soignants)

## 2.2.8 Établir des recommandations en matière d'immunisation

Bien qu'il soit peu probable qu'un vaccin dirigé contre la souche d'influenza pandémique soit disponible avant l'arrivée de la pandémie au Canada, le statut des autres immunisations recommandées des travailleurs de la santé doit être à jour. Étant donné que les immunisations nécessitent divers délais et que certaines requièrent plus d'une dose pour bâtir une immunité, il sera vraisemblablement impossible de tous les fournir une fois la pandémie déclarée ou de les fournir dans les délais appropriés faute du manque d'approvisionnements et de ressources humaines.

Si possible, les bénévoles déjà en fonction auprès des organismes existants ou recrutés durant la période interpandémique doivent être encouragés ou contraints à se mettre à jour en ce qui a trait au schéma de vaccination recommandé. En outre, selon le type de travail prévu pour eux durant la pandémie, il sera bon de recommander aux bénévoles de prendre les mêmes immunisations que celles qui sont prescrites pour les travailleurs en soins de santé (p. ex., vaccin contre l'hépatite B). Les recruteurs doivent, si possible, demander aux bénévoles leur carnet de vaccination pour repérer ceux dont le schéma recommandé n'est pas à jour.

## 2.2.9 Soutien des travailleurs de la santé dans les LNT

Les plans visant à étendre les programmes de soutien des travailleurs de la santé (y compris les stagiaires, les bénévoles et les retraités) à ceux des LNT devront être incorporés au plan global de gestion des ressources humaines. Ce soutien devra comprendre les repas, les boissons, l'assistance aux personnes en deuil, le soutien aux familles et la sécurité de l'emploi.

## 2.2.10 Assurances et autorisation d'exercer une profession médicale

En plus de régler les questions de responsabilité civile et d'assurance concernant les professionnels de la santé et d'autres travailleurs de la santé non professionnels, il faudra également résoudre celles qui touchent les professionnels de la santé, retraités et stagiaires, de même que les bénévoles qui s'occupent des malades et effectuent des tâches non médicales.

En matière d'assurances, il se pose de nombreuses questions épineuses, en particulier le régime d'assurance obligatoire pour les travailleurs dans les LNT, dont les bénévoles. Comme ce sous-groupe l'a fait remarquer, les questions entourant la responsabilité personnelle et les indemnités d'accident de travail (y compris les indemnités pour maladies acquises) pourront, en cas d'urgence, constituer un obstacle considérable ou un frein au recrutement des travailleurs de la santé, surtout des bénévoles. Selon une recommandation proposée, il faut que ces questions soient abordées à l'échelle nationale et examinées par les planificateurs des mesures d'urgence au niveau provincial ou territorial pour déterminer les options qui, sur tous les plans (législation, administration, autorisations) conviennent à chaque province ou territoire.

L'ampleur d'une pandémie pourra exiger qu'on modifie sensiblement le cadre des fonctions des professionnels et délègue des tâches aux non-professionnels ainsi qu'aux bénévoles. Cette éventualité soulève de nombreuses questions relatives aux assurances et aux autorisations d'exercice professionnel, lesquelles doivent être abordées à la lumière des dispositions actuelles : régimes d'assurance, autorisation d'exercer, autorisation interorganisationnelle, conventions collectives et législation sur la protection de la vie civile.

Voici, entre autres, les types de régime d'assurance à considérer :

- Négligence et responsabilité personnelle
- Transfert de licences entre instances
- Assurance contre les accidents du travail

- Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident
- Responsabilité des administrateurs et des agents (selon le pouvoir administratif)

### **Assurance de responsabilité civile ou contre la négligence des travailleurs et bénévoles**

En matière d'assurance de responsabilité civile ou contre la négligence, il convient de revoir la couverture actuelle pour déterminer son extensibilité aux travailleurs de la santé dans les LNT, à ceux qui se chargent de tâches hors du cadre normal de leurs fonctions et aux bénévoles.

### **Octroi d'autorisations réciproques**

Chaque province ou territoire doit consulter ses organismes de réglementation professionnelle (collèges de médecins, associations des infirmières et des infirmiers) pour voir comment, en cas de pandémie, les professionnels diversement qualifiés ou relevant d'une autre instance, peuvent assurer la prestation de certains services médicaux. Les organismes de réglementation professionnelle peuvent se voir invités à entrer en liaison avec les professionnels hors province et à octroyer des privilèges à ces derniers ou aux professionnels formés à l'étranger en se basant sur leur réputation dans une autre région.

### **Assurance contre les accidents du travail**

Chaque province ou territoire doit faire le nécessaire avec sa commission des accidents du travail si l'on veut que les bénévoles soient couverts par le régime d'assurance contre les accidents du travail. Selon un protocole d'entente entre le Bureau de protection des infrastructures essentielles et de la protection civile Canada et les provinces et les territoires, les bénévoles inscrits ou les travailleurs réquisitionnés en cas d'urgence sont protégés par le régime d'assurance contre les accidents du travail aussi longtemps qu'ils sont inscrits.

Certains organismes ont souscrit à un régime d'assurance de responsabilité au profit de leurs bénévoles. Dans certains cas, les bénévoles inscrits auprès d'organismes désignés peuvent, en vertu de la *Loi sur la protection civile*, être couverts par le régime d'assurance contre les accidents du travail.

Toutefois, au niveau provincial, il y a un grand nombre de questions à régler avec la Commission des accidents du travail :

- Définition de travailleurs de la santé pour l'application de la *Loi*
- Définition de bénévoles pour l'application de la *Loi*
- La politique exige-t-elle qu'une urgence soit déclarée et à quel palier gouvernemental ? L'assurance entrerait-elle en vigueur dès que le ministre de la Santé aurait déclaré une pandémie ?
- D'ordinaire, la compensation se base sur la perte de revenu. Or, dans certains cas, les bénévoles peuvent être des retraités, des personnes au foyer ou des travailleurs indépendants. La compensation couvrirait-elle les coûts liés aux autres responsabilités du bénévole telles que les soins familiaux ?
- L'indemnisation serait-elle disponible si les bénévoles tombaient malades au lieu de se blesser ?

### **Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident**

Cette assurance fait normalement partie de la rémunération des employés. Il faut donc s'en assurer.

## **Responsabilité des administrateurs**

Si le milieu de soins ou le service fait partie d'un établissement existant, hôpital ou autorité sanitaire, il convient de déterminer si le régime d'assurance actuel est extensible aux administrateurs chargés de la gestion de lieux ou de services ailleurs ou s'il faut obtenir cette assurance auprès d'un autre assureur.

## **2.3 Planification des ressources humaines en période pandémique**

Une fois qu'une pandémie est déclarée, il faudra déployer des efforts gigantesques pour mettre en œuvre les programmes et activités élaborés durant la période interpandémique et gérer les problèmes de ressources humaines. Ces activités consisteront par exemple à :

- relancer l'Équipe de gestion des ressources humaines;
- mettre en œuvre l'Équipe de gestion des bénévoles;
- fournir à l'Équipe de gestion des ressources humaines des descriptions de travail et des listes de compétences requises;
- demander auprès des organismes de soutien un complément de personnel ayant des aptitudes spéciales (traducteurs, membres du clergé, conseillers).

### **2.3.1 Communication avec les professionnels de la santé**

Quand la pandémie sera déclarée, la plupart des établissements hospitaliers et des organismes de services de santé auront déjà su que l'OMS et Santé Canada surveillent la situation à mesure qu'elle se développe. À ce stade, il est vital de communiquer avec les professionnels parce qu'ils pourront se voir réaffectés à d'autres milieux de soins ou d'activités où ils seront tenus d'assumer des responsabilités nouvelles ou élargies.

### **2.3.2 Recrutement, présélection, formation et déploiement des bénévoles**

#### **a. Communication avec les organismes bénévoles**

Communiquer avec les organismes bénévoles en vue de coordonner les activités des bénévoles sera l'une des premières tâches de l'équipe de gestion des bénévoles.

#### **b. Appel aux bénévoles**

En cas d'urgence, il arrive souvent que des bénévoles se présentent en grand nombre. Ces efforts louables doivent pourtant être canalisés de façon à placer ceux qui possèdent les compétences requises là où elles seront le mieux utilisées et optimisées. Cependant, ce ne sont pas tous les bénévoles qui auront les compétences, la capacité et la stabilité nécessaires pour le travail qu'ils veulent faire. Pour simplifier le processus de recrutement, il faut que les appels aux bénévoles indiquent clairement les compétences recherchées.

Parmi les éléments à considérer en matière de recrutement et de présélection des bénévoles, signalons :

- descriptions de postes
- annonces publiques
- critères de présélection
- formulaires d'inscription
- entrevues

- vérification des références
- vérification du casier judiciaire

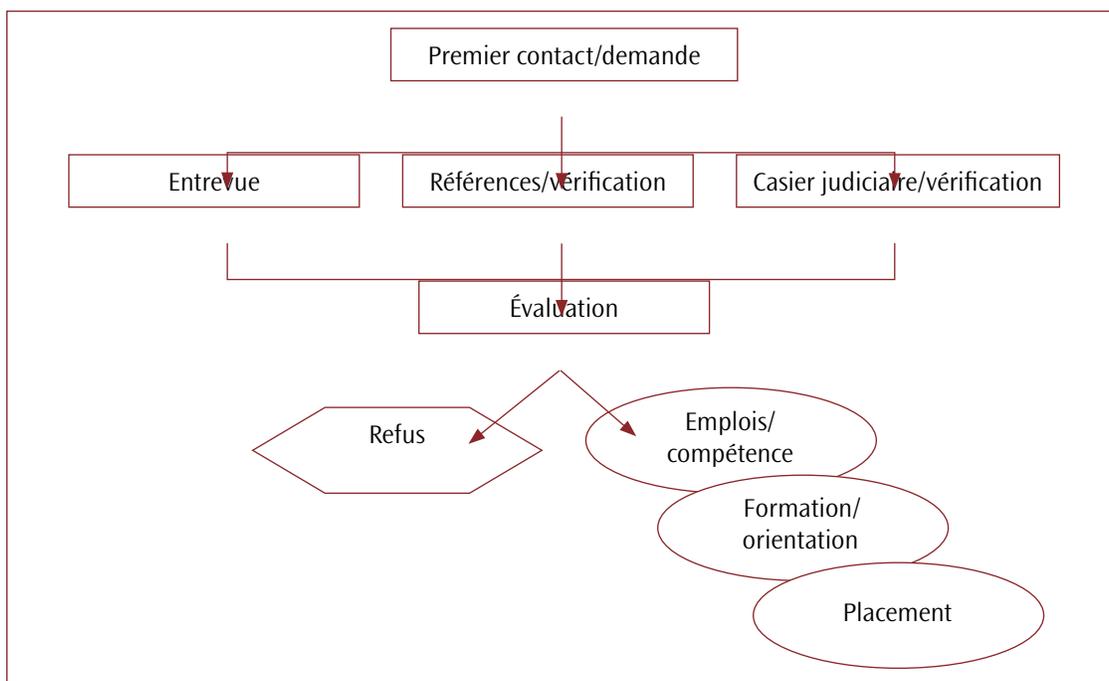
Pour faciliter la tâche, on peut consulter, entre autres, les ouvrages suivants :

- *National Volunteer Policy Manual*, La Société canadienne de la Croix-Rouge
- *The 30-Minute Quick-Response Guide* (1995), La Société canadienne de la Croix-Rouge
- *Disaster Response Team: Participant Attachments* (1996), La Société canadienne de la Croix-Rouge
- *Screening Brigade Volunteers* (2000), Brigade de l'Ambulance Saint-Jean

### c. Présélection des bénévoles

En cas de pandémie, les bénévoles pourront se trouver en situation de confiance et d'autorité très rapprochée vis-à-vis des personnes vulnérables. Les postes occupés par les bénévoles seront de nature différente et varieront en fonction de la formation, des compétences requises, du milieu et du niveau de risque auquel ils s'exposent. Il convient donc, lors de la présélection des bénévoles, de peser toutes ces considérations de façon à interviewer les candidats, à vérifier leurs qualifications et à les affecter à des tâches appropriées. De même, il est important de s'assurer que les bénévoles n'ont pas d'antécédents personnels incompatibles avec la sûreté et le bien-être de personnes vulnérables.

Les processus de présélection doivent permettre de jauger la stabilité des candidats et peuvent comprendre la vérification de leur casier judiciaire. On peut, en s'adressant aux bureaux respectifs, se renseigner sur les procédures suivies par la Croix-Rouge et l'Ambulance Saint-Jean.



L'entrevue est l'étape la plus importante lors du processus de recrutement et d'affectation des bénévoles. La vérification des références est aussi un bon outil de présélection. La vérification du casier judiciaire est normalement exigée par la loi lorsqu'il s'agit de bénévoles auprès de personnes vulnérables. Toutefois, comme les organismes bénévoles le soulignent, la vérification du casier judiciaire ne peut se substituer à une bonne entrevue et à la vérification des références. Dans ces conditions, il sera très utile non seulement de former les recruteurs de bénévoles, mais aussi de :

- revoir les plans d'urgence existants, tant au niveau régional que municipal, pour se renseigner sur le recrutement et la présélection de bénévoles;
- forger, si possible, des partenariats avec les organismes existants;
- consulter les documents et autres ressources publiées par la Croix-Rouge et l'Ambulance Saint-Jean.

Diligence raisonnable : Le processus de recrutement de bénévoles devrait comprendre une réunion d'information sur les risques et la prévention des infections (précautions universelles) et exiger que les candidats signent une entente reconnaissant qu'ils ont été avisés des risques et des mesures de protection, avant leur placement.

### **2.3.3 Formation en cours de pandémie**

Les programmes de formation élaborés ou prévus au cours de la période interpandémique, y compris ceux du présent document au chapitre correspondant, doivent être adaptés ou revalorisés.

#### **Formation à l'intention des familles et soignants**

Les proches d'un patient peuvent séjourner au LNT pour aider à s'occuper de ce dernier ou se voir invités à l'emmener à domicile. Dans les deux cas, les proches auront besoin de formation, notamment dans les domaines suivants : réhydratation, prévention des infections, observation, évaluation et autosoins. De même, les familles auront peut-être besoin d'assistance ou de conseils pour prêter secours à ceux qui sont malades ou à faire face à la peur et au chagrin.

#### **Formation du personnel de soutien**

Outre la formation en soins aux malades, il faut voir aussi aux besoins de formation dans d'autres tâches – accueil, nettoyage, entretien - régies à l'instar des soins de santé par des normes établies par les associations du personnel.

Il est important de noter qu'en cas d'urgence il ne sera pas possible d'exiger des bénévoles le même niveau de formation qu'on attendrait normalement du personnel permanent. Aussi faut-il établir les exigences minimales et les informations de base à communiquer sur certains sujets.

### **2.3.4 Soutien des travailleurs de la santé dans les LNT**

Dans les LNT, le soutien accordé aux travailleurs de la santé peut inclure :

- Soutien affectif ou assistance aux personnes affligées (pour permettre aux bénévoles de continuer à travailler et d'en limiter le départ dû à la peine ou au stress traumatisant).
- Aide aux familles (c'est-à-dire enfants, aînés, malades qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés). Cela soulève des questions concernant la prévention des infections s'il s'agit de rassembler les enfants ou d'autres personnes en vue de dispenser des soins en groupe.
- La santé-sécurité de l'emploi des travailleurs de la santé mis à disposition durant une pandémie.
- La santé-sécurité de l'emploi du conjoint qui se charge des soins à domicile permettant ainsi à l'autre de se consacrer aux services de santé à l'externe.

### **2.3.5 Autorisations et assurances : communiquer les changements apportés**

Les responsables des LNT et les professionnels de la santé chargés de programmes de soins doivent être informés des changements apportés aux autorisations d'exercer et aux régimes d'assurance. Les incidences sur la marge de manœuvre relative au déploiement du personnel et aux besoins d'effectif supplémentaire doivent également être précisées.

## **2.4 Planification des ressources humaines en période postpandémique**

Les activités durant cette période consisteront essentiellement à démobiliser les effectifs, bénévoles et autres. À celles-là s'ajoute l'évaluation des demandes d'indemnités ou d'assistance.



# Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : Annexe sur les communications

**Date de la version la plus récente : octobre 2006**

Sommaire des changements d'importance :

- Met en évidence une approche en cascade aux communications en cas de pandémie en accord avec les phases pandémiques de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Cette annexe est plus claire que la version précédente et reflète le travail accompli récemment aux niveaux F/P/T.



# Table des matières

Introduction .....	3
<b>Période interpandémique – Objectifs nationaux de communication</b>	
Agence de la santé publique du Canada .....	4
Santé Canada .....	6
Provinces et territoires .....	7
<b>Période d’alerte à la pandémie – Objectifs nationaux</b>	
Agence de la santé publique du Canada .....	9
Santé Canada .....	10
Provinces et territoires .....	12
<b>Période de pandémie – Objectifs nationaux de communication</b>	
Agence de la santé publique du Canada .....	14
Santé Canada .....	15
Provinces et territoires .....	16



## Introduction

L'objectif de la présente annexe est de montrer de quelles manières les partenaires en santé du Canada se préparent à répondre aux défis en matière de communications publiques relatives à la grippe pandémique. Les Canadiens auront besoin d'une information exacte, opportune et uniforme pour qu'ils puissent prendre les mesures appropriées en vue de réduire les décès, la maladie et la perturbation sociale.

Les stratégies énoncées dans l'annexe sur les communications présentent un cadre de communications publiques uniformes et coordonnées concernant toutes les organisations touchées. Les stratégies et les tactiques énoncées dans le présent document fournissent une orientation aux organisations visées et seront mises en œuvre en fonction des ressources disponibles.

L'annexe propose une approche en cascade aux communications sur la pandémie qui est étroitement liée aux phases pandémiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les rôles, les responsabilités et les stratégies sont énoncés par administration et par phase pandémique de l'OMS, afin que les communications soient appropriées au niveau de menace. À ce stade, l'annexe énumère les activités pour les périodes interpandémiques, d'alerte pandémique et pandémiques. Elle tient compte du mode de pensée actuel sur les communications relatives à la grippe pandémique et continuera d'être révisée à mesure que les plans des organisations évolueront et que de nouveaux renseignements et de nouvelles recherches seront disponibles.

La planification des communications en cas de grippe pandémique est fondée sur une approche stratégique de communication des risques. Cela signifie que nous communiquerions ouvertement les risques de grippe pandémique et les options de contrôle, et que les hypothèses, les valeurs, les méthodes et les plans seraient clairs et accessibles. Lorsque les faits sont incertains ou inconnus, l'approche de communication des risques favorise la transparence à l'égard des lacunes en matière d'information et des efforts déployés pour combler ces lacunes.

Les stratégies énoncées sont conçues pour promouvoir des communications bien coordonnées et efficaces par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les autres partenaires en santé. Chaque ordre de gouvernement au Canada a des intervenants et des responsabilités qui lui sont propres. L'annexe sur les communications tient compte des différences tout en reflétant la nécessité continue pour tous les ordres de gouvernement de présenter des messages uniformes pendant une pandémie de grippe.

Les plans opérationnels de communications publiques relèvent des organisations précises touchées dans l'intervention en cas de grippe pandémique. L'annexe sur les communications présente un outil de travail permettant de veiller à ce que les plans opérationnels soient étroitement liés aux rôles et aux responsabilités signalés à l'Annexe K.

Les ministères de la Santé des provinces et des territoires et les autorités locales assumeront la responsabilité principale des communications publiques dans leur administration. Si la pandémie touche plus d'une province ou si l'état d'urgence nationale a été déclaré, l'Agence de la santé publique du Canada est l'organisation principale chargée des communications nationales relatives à la santé; elle assure alors le leadership nécessaire afin de coordonner les stratégies et les activités de communication et veiller à l'uniformité des messages.

## Objectifs nationaux de communication

### Citoyens

Sensibiliser à la menace d'une pandémie de grippe (et d'autres types de grippe) en tirant parti des campagnes annuelles à ce sujet, ce qui donnera lieu à de meilleures mesures d'autoprotection.

### Intervenants et partenaires

Élaborer un plan général en cas de pandémie, en harmonie avec la communication des risques, qui définit clairement les rôles et les responsabilités.

### Organisations

Faire preuve de leadership et assurer la coordination entre les différentes administrations lors de la planification de la lutte contre la grippe et des interventions en cas de pandémie.

## Agence de la santé publique du Canada

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégie de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coprésider le Sous-comité des communications du CGP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former et maintenir le Sous-comité des communications du CGP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer des recherches formelles sur les intérêts et les priorités des Canadiens et des Canadiennes afin d'élaborer des stratégies et des messages.</li> <li>• Encourager le dialogue entre les principaux intervenants – FPT.</li> <li>• Élaborer et tenir à jour un plan de réseau ou un organigramme ainsi qu'une base de données.</li> <li>• Élaborer et tenir à jour une matrice.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve de leadership pour la gestion des plans de communication.</li> <li>• Établir des liens (aux échelons fédéral, provincial, territorial et international) pour améliorer les communications.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner les stratégies fédérales, provinciales et territoriales de communication.</li> <li>• Élaborer et tenir à jour un plan de communication.</li> <li>• Mettre en commun l'information.</li> <li>• Chercher des occasions de collaborer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrice.</li> <li>• Plan de travail pour réaliser la matrice.</li> <li>• Modèles de messages et ébauches de messages.</li> <li>• Réunions régulières et ateliers pour s'assurer que le plan et la matrice sont à jour.</li> <li>• Plan de relations avec les médias, élaboration et essai des messages, recherche.</li> </ul>

<b>Principaux rôles en matière de communications</b>	<b>Principales responsabilités en matière de communications</b>	<b>Options de communication</b>	<b>Stratégie de communication</b>	<b>Méthodes et outils</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir et établir des réseaux avec les intervenants et les partenaires nationaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des réseaux d'intervenants et définir les rôles et les responsabilités.</li> <li>• Appuyer les provinces et les territoires dans le cadre de l'établissement de réseaux d'intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléconférences – réunion tripartite du CGP – É.-U., Royaume-Uni et Canada, de même que réunions de l'OMS.</li> <li>• Harmonisation de la recherche.</li> <li>• Réunions, réseau d'ONG, consultations sur le rôle des intervenants, matrice pour définir les rôles et les responsabilités.</li> <li>• Fournir des outils et de l'information élaborés avec les intervenants et les partenaires nationaux, y compris une matrice, des plans et des modèles de messages.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer l'origine des principaux enseignements et les communiquer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir une perspective internationale au Canada.</li> <li>• Fournir une perspective fédérale et les principaux messages aux provinces et aux territoires.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en commun les pratiques exemplaires.</li> <li>• Résoudre les problèmes.</li> <li>• Prévoir régulièrement des occasions d'échanger de l'information.</li> <li>• Observer les résultats pour assurer l'apprentissage continu.</li> <li>• Intégrer la capacité de détection et de correction à tous les niveaux – doit faire partie des rôles et des attentes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir les ministres et les gouvernements au courant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les décideurs en matière de politiques sont au courant des risques potentiels et de l'intérêt général.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances régulières d'information, calendrier des allocutions, événements médiatiques.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer les médias à l'échelle nationale à jouer un rôle de soutien pour la diffusion d'information en cas de pandémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les médias disposent des renseignements nécessaires et qu'ils sont prêts à fournir le soutien requis en cas de pandémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct, consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive dans certains cas, opportuniste dans d'autres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulter les principaux médias au sujet des rôles et des responsabilités des médias et des principaux messages.</li> <li>• Effectuer des séances d'information techniques pour les principaux médias nationaux.</li> <li>• Communiquer de façon proactive avec les médias au sujet des mesures à prendre en cas de pandémie.</li> <li>• Séances d'information techniques.</li> <li>• Fiches d'information à l'intention des médias.</li> <li>• Déterminer des porte-parole pour répondre aux questions des médias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller au contrôle de la qualité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir et tenir à jour un système de suivi complet. Surveiller, détecter et corriger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct, consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépouiller régulièrement les médias (chaque jour).</li> <li>• Informer les porte-parole.</li> </ul>

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégie de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que tous les Canadiens et les Canadiennes ont accès aux renseignements généraux importants sur la pandémie de grippe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer des renseignements généraux sur la pandémie de grippe et en faire l'essai au préalable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afficher de l'information sur le site Web de l'ASPC.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir la planification de la continuité des activités au sein des entreprises et des collectivités.</li> <li>• Faire participer le public à la planification en cas d'une pandémie d'influenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer différents groupes de la menace et de ses répercussions; mettre à leur disposition l'information dont ils ont besoin pour se préparer.</li> <li>• Inciter les dirigeants d'entreprises à planifier la continuation des activités et les appuyer dans cette démarche.</li> <li>• Mieux comprendre les points de vue du public; aider ceux qui influencent l'opinion publique à comprendre les défis de gérer une pandémie d'influenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions des intervenants, document sur la planification communautaire, trousse d'outils, exercices et scénarios, discussions d'experts, assemblées publiques locales.</li> </ul>

## Santé Canada

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégie de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inciter les communautés des Premières nations et des Inuits à prendre part aux préparatifs et à la planification en cas de pandémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer avec les communautés à l'élaboration de plans de communication.</li> <li>• Fournir des ressources et des modèles en matière de communication aux communautés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'adresser aux communautés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive, consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions, ateliers, téléconférence.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencer le plan de communication pour les groupes qui relèvent de la compétence fédérale (militaires, détenus, établissements fédéraux, ambassades, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un plan de communication pour le secteur de responsabilité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les rôles et les responsabilités, élaborer un plan de communication.</li> <li>• Élaborer et tester les messages destinés à ces groupes en fonction des conseils de l'ASPC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrice, recherche, réunions.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer avec les autorités – Sécurité à la frontière, Agriculture et Transport Canada – pour les inciter à élaborer leur propre plan de communication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuyer la réponse du gouvernement du Canada à une pandémie de grippe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer une matrice des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral.</li> <li>• Exercice de simulation d'une pandémie par le groupe du BCP chargé de la sécurité.</li> <li>• Séance d'information sur la pandémie par le groupe du BCP chargé de la sécurité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie de communication interne du gouvernement du Canada visant à sensibiliser à la nécessité de la planification d'urgence.</li> <li>• Séances d'information.</li> <li>• Groupe de travail du CMIU.</li> </ul>

## Provinces et territoires

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégie de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre part au Sous-comité des communications du CGP.</li> <li>Désigner un coprésident provincial ou territorial du CGP.</li> <li>Le reste des provinces et des territoires participent au CGP en tant que membres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation au CGP.</li> <li>Représentation des intérêts des provinces et des territoires en matière de communications.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive, consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participer aux réunions du CGP.</li> <li>Élaborer des outils de communication, en fonction des modèles et des messages élaborés par le comité, pour sensibiliser les partenaires, les municipalités, les employés provinciaux, les intervenants et le public et s'assurer qu'ils sont prêts à agir.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire preuve de leadership en ce qui concerne le plan PT et la coordination nationale et régionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer et tenir à jour un plan de communication PT.</li> <li>Assurer la conformité du plan PT avec le plan national.</li> <li>Être sur la même longueur d'onde que les autorités sanitaires régionales et les municipalités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct, consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir un sous-comité provincial des communications.</li> <li>Réaliser des projets de recherche formelle qui sont conformes à la vision de l'ASPC. Option : évaluation de l'état de préparation du plan par les membres du sous-comité.</li> <li>Ateliers, réunions, téléconférences, sous-comité.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir et maintenir des réseaux avec les intervenants et les partenaires PT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communiquer directement avec les autorités sanitaires régionales.</li> <li>S'assurer que le plan PT est accessible et qu'il est bien compris par les intervenants et les partenaires, et que leurs rôles et leurs responsabilités sont bien définis.</li> <li>Veiller à ce que les régions sanitaires aient leur propre plan de communication ou les aider à en élaborer un et à le tenir à jour.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ateliers pour les partenaires et les intervenants.</li> <li>Courriels, messages sur le Web et téléconférences à l'intention des partenaires et des intervenants.</li> <li>Planifier afin d'assurer une méthode commune de communication des risques et mettre l'accent sur les mesures à prendre et la façon de les prendre.</li> <li>Protocoles pour l'échange d'information entre les organisations.</li> <li>Ateliers d'orientation et de réseautage.</li> <li>Programme sur les relations avec les médias.</li> <li>Mettre en commun les plans en cas de pandémie.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en commun les pratiques exemplaires et les modes de résolution de problèmes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir régulièrement (au moins une fois par année) des occasions d'échanger de l'information.</li> <li>Observer les résultats pour assurer l'apprentissage continu.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir des ateliers de réseautage.</li> <li>Sous-comité des communications provinciales et Sous-comité des communications du CGP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ateliers, courriels.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer l'origine de l'information et la communiquer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir régulièrement des occasions d'échanger de l'information.</li> <li>Observer les résultats pour assurer l'apprentissage continu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ateliers, courriels, messages d'intérêt public.</li> <li>Trousses d'information distribuées dans les écoles, dans les hôpitaux, par les médecins, etc.</li> <li>Lignes 1 800.</li> <li>Information sur l'autogestion de la santé sur les sites Web.</li> </ul>

<b>Principaux rôles en matière de communications</b>	<b>Principales responsabilités en matière de communications</b>	<b>Options de communication</b>	<b>Stratégie de communication</b>	<b>Méthodes et outils</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la liaison entre les administrations fédérale, régionales et locales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que les régions aient les messages fédéraux et PT et de l'information sur les mesures prises.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mises à jour régulières par courriel ou par téléconférence.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir les ministres et les gouvernements au courant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir les décideurs en matière de politiques au courant de l'intérêt général.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séances d'information régulières, calendrier des allocutions, événements médiatiques.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller au contrôle de la qualité dans l'ensemble du réseau PT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir un système de suivi PT complet.</li> <li>Fournir une rétroaction au CGP.</li> <li>Surveiller, détecter et corriger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépouiller les médias.</li> <li>Élaborer une stratégie de détection et de correction.</li> <li>Dépouiller régulièrement les médias (chaque jour).</li> <li>Informers quotidiennement les porte-parole.</li> <li>Conférences téléphoniques, courriels.</li> <li>Communiquer les réactions au Comité, s'il y a lieu.</li> </ul>

# Période d'alerte à la pandémie

## Objectifs nationaux

### Citoyens

Informers les citoyens que les organisations se mobilisent et que le risque est élevé/croissant. Mettre en œuvre des mesures d'autoprotection (si la menace se précise au Canada) pour leur permettre d'établir un plan personnel ou familial.

### Intervenants et partenaires

Informers les intervenants et les partenaires du risque élevé/croissant, indiquant la nécessité de commencer à mettre en œuvre leur plan organisationnel. Faire concorder les interventions et les messages.

### Organisations

Faire preuve d'un leadership actif et harmoniser les activités d'atténuation des risques (morbidity, mortalité et perturbation sociale) et les mesures d'intervention (rendement), tout en demeurant prêt à agir (si la situation s'aggrave). Faire concorder les interventions et les messages.

## Agence de la santé publique du Canada

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alerter les provinces et les territoires de l'aggravation de la situation pour qu'ils puissent préparer leurs interventions.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informer les provinces et les territoires du risque accru associé à la situation actuelle.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direct.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proactive.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Téléconférence, courriels, mise en commun des produits de communication.</li><li>• Mettre à jour la liste de personnes-ressources.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Désigner un porte-parole national.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fournir de l'information sur la situation nationale et internationale.</li><li>• Donner des directives.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direct.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proactive.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Former les principaux porte-parole.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre en œuvre le plan de communication concernant la période d'alerte à la pandémie.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revoir et mettre à jour les plans et les réseaux de communication.</li><li>• Communiquer les informations les plus récentes aux principaux intervenants.</li><li>• Informer le public.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direct.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proactive.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revoir et mettre à jour le plan, au besoin.</li><li>• Informer les médias.</li><li>• Informer les principaux intervenants nationaux, y compris l'AMC et d'autres groupes de fournisseurs de soins.</li><li>• Déclaration de l'ACSP aux médias.</li><li>• Séance d'information technique pour les médias.</li><li>• Site Web sur la grippe pandémique.</li><li>• Courriel aux principaux intervenants, puis déclaration aux médias.</li></ul>

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre le plan de communication concernant la période d'alerte à la pandémie. (suite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre les documents techniques au Sous-comité des communications du CGP avant la séance d'information technique.</li> <li>• Mettre régulièrement à jour le site Web.</li> <li>• Mettre à jour les renseignements fournis par la ligne téléphonique sans frais.</li> <li>• Vérifier la capacité de traduction disponible.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élargir et accroître les communications avec les ministres et les députés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que les ministres soient informés du risque accru et de ce que cela signifie pour leur ministère.</li> <li>• S'assurer que les députés ont des renseignements précis et uniformes à fournir à leurs commettants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les ministres fédéraux des derniers développements.</li> <li>• Fournir de l'information sur les activités de l'ASPC aux provinces pour faciliter la coordination des messages pour les ministres provinciaux.</li> <li>• Utiliser les mises à jour et les infocapsules fournies par le Sous-comité des communications du CGP comme documents d'information pour les ministres provinciaux et territoriaux.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échanger des renseignements techniques et scientifiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diriger les communications techniques relatives à la souche virale et à la stratégie de vaccination.</li> <li>• Interpréter les détails scientifiques, expérimentaux et statistiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour régulièrement les produits de communication (notes d'allocation, feuillets d'information, etc.) en fonction des nouvelles données scientifiques.</li> <li>• Séances d'information techniques, conférences de presse.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir les principaux intervenants nationaux au courant (particulièrement les fournisseurs de soins de santé).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les principaux intervenants nationaux ont des renseignements précis à fournir à leurs groupes et aux médias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les principaux groupes d'intervenants de la situation actuelle.</li> <li>• Fournir régulièrement des mises à jour aux principaux intervenants pour qu'ils puissent en faire part à leurs groupes.</li> <li>• Faire participer les principaux intervenants aux discussions relatives aux communications avec leurs intervenants et leurs groupes ainsi qu'à l'évaluation de l'efficacité de ces communications.</li> <li>• Renforcer les liens établis dans le cadre du processus de planification.</li> <li>• Mettre à jour la liste des intervenants et la base de données.</li> </ul>

## Santé Canada

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir les principaux intervenants nationaux au courant (particulièrement les fournisseurs de soins de santé).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer des mises à jour par courriel, télécopieur, téléphone. Afficher de brefs articles sur les sites Web des intervenants, les envoyer par courriel aux membres, etc.</li> </ul>

<b>Principaux rôles en matière de communications</b>	<b>Principales responsabilités en matière de communications</b>	<b>Options de communication</b>	<b>Stratégies de communication</b>	<b>Méthodes et outils</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer avec les Premières nations et les Inuits (voir l'Annexe B du Plan).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les messages des différents ordres de gouvernement aux Premières nations et aux Inuits concordent.</li> <li>• S'assurer que les messages du gouvernement fédéral concernant les Premières nations sont bien communiqués à tous les organismes partenaires et les intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct, consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer avec les agents des communications pour adapter les messages.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que l'information communiquée aux porte-parole est cohérente.</li> <li>• Élaborer d'autres outils de communication pour compléter ceux des provinces et des territoires.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la coordination avec les organismes internationaux et les gouvernements (au niveau de la sécurité).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la coordination avec d'autres ministères en ce qui concerne la stratégie de communication du gouvernement du Canada en cas de pandémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer l'établissement d'une stratégie de communication coordonnée pour l'ensemble du gouvernement.</li> <li>• Déterminer les porte-parole pour le gouvernement du Canada et cerner leur domaine de compétence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct, consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrice, réunions, ateliers.</li> <li>• Enseigner aux principaux porte-parole à communiquer les messages techniques au public.</li> <li>• Offrir de la formation sur la communication des risques.</li> <li>• Dresser une liste des principaux experts et en faire part aux médias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer l'efficacité continue des activités de communication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller et analyser la couverture médiatique.</li> <li>• Suivre et surveiller l'efficacité des communications et les besoins du public (recherche sur l'opinion publique, lignes 1 800, sites Web, renseignements au public).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S.O.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre le résumé de l'analyse de la couverture médiatique aux PT.</li> <li>• Dépouiller régulièrement les médias.</li> <li>• Informer quotidiennement les porte-parole.</li> <li>• Utiliser l'analyse des médias pour déterminer s'il est nécessaire de tenir d'autres séances d'information techniques ou d'autres formes de relations avec les médias.</li> <li>• Détecter, corriger et harmoniser.</li> <li>• Utiliser les analyses pour déterminer les lacunes et l'efficacité des méthodes de communication et des messages actuels.</li> <li>• Recherche sur l'opinion publique, examen de la correspondance, résumé des questions aux sites Web, lignes 1 800, etc.</li> </ul>

## Provinces et territoires

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les partenaires régionaux et locaux du risque accru de pandémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les partenaires régionaux et locaux du risque accru associé à la situation actuelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Courriel gouvernemental, intranet.</li> <li>• Envoyer un message à toutes les personnes qui participent au processus d'intervention en cas d'urgence.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre l'annexe sur les communications du plan provincial.</li> <li>• Favoriser la coordination.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir et mettre à jour les plans et les réseaux de communication.</li> <li>• Encourager, au moyen de réseaux de communication préétablis, la mise en œuvre coordonnée des plans de santé des régions et des districts.</li> <li>• Communiquer les informations les plus récentes aux principaux intervenants.</li> <li>• Informer le public.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir et mettre à jour les plans, au besoin.</li> <li>• Informer les principaux intervenants provinciaux (avant les médias).</li> <li>• Informer les principaux intervenants provinciaux.</li> <li>• Tenir des séances d'information technique pour les médias.</li> <li>• Mettre à jour régulièrement le site Web sur la pandémie de grippe.</li> <li>• Envoyer un courriel aux principaux intervenants, puis faire une déclaration devant les médias.</li> <li>• Transmettre les documents techniques aux autorités et aux régions sanitaires.</li> <li>• Fournir un site Web interactif pour les intervenants.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer des porte-parole et des experts pour parler aux médias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseigner aux principaux porte-parole à bien communiquer les messages techniques au public.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir aux porte-parole et aux principaux experts des séances de formation sur l'interaction avec les médias et les techniques de communication des risques ou des entrevues simulées.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer l'efficacité des activités de communication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller et analyser la couverture médiatique</li> <li>• Établir des normes, des lignes directrices et des critères pour l'analyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser l'analyse des médias pour déterminer s'il est nécessaire de tenir d'autres séances d'information techniques ou d'autres formes de relations avec les médias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élargir et accroître les communications avec les ministres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer régulièrement le Cabinet du premier ministre et les ministres des derniers développements.</li> <li>• S'assurer que les bureaux de caucus (députés provinciaux) disposent de renseignements exacts à fournir à leurs commettants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les mises à jour et les infocapsules fournies par le Sous-comité des communications du CGP comme documents d'information pour les ministres PT.</li> <li>• Joindre les mises à jour fédérales aux renseignements provinciaux et territoriaux afin de rendre pleinement compte de la situation aux ministres.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les principaux intervenants provinciaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les principaux intervenants provinciaux ont des renseignements précis à fournir à leurs groupes et aux médias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour la liste des intervenants et la base de données.</li> <li>• Effectuer des mises à jour par courriel, télécopieur, téléphone.</li> <li>• Brefs articles à afficher sur les sites intranet des intervenants, à envoyer par courriel aux membres, etc.</li> <li>• Tenir des réunions et des conférences téléphoniques pour cerner les lacunes et les prochaines étapes.</li> </ul>

<b>Principaux rôles en matière de communications</b>	<b>Principales responsabilités en matière de communications</b>	<b>Options de communication</b>	<b>Stratégies de communication</b>	<b>Méthodes et outils</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre les renseignements techniques et scientifiques aux autorités et aux régions sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir aux autorités et aux régions sanitaires des renseignements techniques sur la souche virale et la stratégie de vaccination provenant de l'ASPC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liens sur les sites Web provinciaux vers des détails techniques affichés sur le site de l'ASPC/ site national sur la pandémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notes d'informations techniques, conférences de presse (séances d'information quotidiennes, si nécessaire).</li> <li>• Sites Web.</li> <li>• Entrevues en profondeur d'experts avec des journalistes provinciaux ou des émissions radio d'affaires publiques couvrant le domaine de la santé.</li> <li>• Mettre régulièrement à jour les produits d'information (notes d'allocution, feuillets d'information, etc.) en fonction des nouvelles données scientifiques.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la mise en œuvre coordonnée des plans des provinces, des autorités ou des régions sanitaires et des principaux intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre au public des messages cohérents et exacts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussions au moyen de réseaux de communication préétablis.</li> <li>• Tenir régulièrement des réunions et des conférences téléphoniques à l'intention des membres des réseaux pour examiner les prochaines étapes de la mise en œuvre du Plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concevoir et tester une campagne d'éducation du public.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer une campagne d'éducation du public qui trouve écho parmi les résidents des provinces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche, groupes de discussion, entrevues individuelles.</li> </ul>

## Objectifs nationaux de communication

### Citoyens

Assurer l'efficacité des communications afin que les Canadiens et les Canadiennes mettent en œuvre leur plan personnel ou familial, et soient encouragés à obtenir l'avis des autorités et à suivre leurs recommandations (en raison du risque confirmé).

### Intervenants et partenaires

Mettre en œuvre intégralement les plans et suivre les recommandations des autorités. Faire concorder les interventions et les messages.

### Organisations

Assurer une gestion continue et efficace. Faire concorder les interventions et les messages.

## Agence de la santé publique du Canada

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre la phase pandémique du plan national.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir et mettre à jour le plan de communication et s'assurer qu'il peut être appliqué.</li> <li>Communiquer les informations les plus récentes aux principaux intervenants.</li> <li>Informers le public.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Téléconférence, courriels, mises à jour par le Web, mise en commun du matériel de communication.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informers d'autres ministères de l'activité pandémique dans le monde.</li> <li>Informers d'autres ministères des mesures prises par le portefeuille de la Santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire le point de la situation pandémique dans le monde.</li> <li>Coordonner les interventions de SC et de l'ASPC avec celles des autres ministères.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct, consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Téléconférence, courriels, mises à jour par le Web.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informers les ONG de l'activité pandémique dans le monde et des mesures prises par le portefeuille de la Santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire le point de la situation pandémique dans le monde.</li> <li>Coordonner les mesures prises par le portefeuille de la Santé avec celles des ONG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Téléconférences, courriels, mise en commun des produits de communication.</li> </ul>

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les provinces et les territoires de l'activité pandémique au Canada et dans le monde.</li> <li>• Informer les provinces et les territoires des mesures prises par le portefeuille de la Santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le point de la situation.</li> <li>• Coordonner les mesures prises par le portefeuille de la Santé avec celles des provinces et des territoires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléconférences, courriels, mise en commun des produits de communication.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les ministres et les députés des mesures prises par le portefeuille de la Santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le point des activités actuelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents d'information, info-capsules, questions et réponses.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre une campagne nationale de sensibilisation et d'éducation du public très médiatisée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer le public et les intervenants des mesures qu'ils doivent prendre pour se protéger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicités imprimées – publicités nationales à la radio et à la télévision – précisant quoi faire et ne pas faire et où obtenir le vaccin.</li> <li>• Publicités sur le Web.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la cohérence des messages avec ceux des provinces, de la communauté mondiale et des intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer, préciser et démystifier la situation, et tenir la population au courant des mesures à prendre pour protéger leur santé, de l'avancement de la situation (antiviraux/vaccin, etc.) et des mesures prises par le gouvernement fédéral et les intervenants pour fournir les services nécessaires au maintien de la santé de la population et de la stabilité sociale.</li> <li>• Tenir les intervenants et les partenaires au courant des derniers développements ainsi que de leurs rôles et de leurs responsabilités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre fréquemment à jour le site Web de l'ASPC – sections destinées au public et aux fournisseurs (feuilles d'information, questions et réponses, vidéos éducatives sur le lavage des mains). Établir des liens pertinents vers d'autres sites.</li> <li>• Opérationnaliser le centre d'appels et faire connaître les numéros sans frais que le public et les fournisseurs peuvent composer pour obtenir de l'information ou de l'aide.</li> </ul>

## Santé Canada

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les communautés des Premières nations de l'activité pandémique au Canada et des mesures prises pour les protéger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner l'intervention avec les provinces, les territoires et les communautés des Premières nations.</li> </ul>			

## Provinces et territoires

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre la phase pandémique du plan provincial/territorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliser les porte-parole provinciaux (de préférence formés à l'avance); veiller à ce qu'ils possèdent les compétences requises et à ce qu'ils soient adéquatement formés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir quotidiennement des conférences de presse.</li> <li>Assurer la disponibilité d'experts pour les entrevues techniques avec les médias et les séances d'information à leur intention, organiser des événements médiatiques locaux, etc.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'échange d'information, en temps opportun, avec le gouvernement fédéral, les organismes fédéraux, les municipalités, les intervenants et les fournisseurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire front commun avec les partenaires internationaux, fédéraux, municipaux et du secteur de la santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participer à des conférences de presse conjointes avec les municipalités locales, le gouvernement fédéral et les organismes fédéraux.</li> <li>Faire preuve de compassion, de sollicitude, d'empathie, de dynamisme et de sincérité dans nos communications.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre une campagne provinciale de sensibilisation et d'éducation du public très médiatisée en harmonie avec la campagne nationale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informers le public et les intervenants des mesures qu'ils doivent prendre pour se protéger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les provinces et les territoires doivent envisager les outils suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>publicités imprimées;</li> <li>publicités à la radio locale;</li> <li>publicités à la télévision précisant quoi faire et ne pas faire et où obtenir le vaccin;</li> <li>publicités sur le Web.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'uniformité des messages avec d'autres provinces (utiliser le gouvernement fédéral comme point de contact), la communauté mondiale et les organismes locaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer, préciser et démystifier la situation.</li> <li>Tenir la population au courant des mesures à prendre pour protéger leur santé, de l'avancement de la situation (antiviraux/vaccin, etc.) et des mesures prises par le gouvernement provincial et les intervenants pour fournir les services nécessaires au maintien de la santé de la population et de la stabilité sociale.</li> <li>Tenir les intervenants et les partenaires au courant des derniers développements ainsi que de leurs rôles et de leurs responsabilités.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliser le centre de liaison avec la presse.</li> <li>Sites Web PT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre fréquemment à jour le site Web du Ministère – sections destinées au public et aux fournisseurs (feuilles d'information, questions et réponses, vidéos éducatives sur le lavage des mains).</li> <li>Établir des liens pertinents vers d'autres sites.</li> <li>Opérationnaliser le centre d'appels et faire connaître les numéros sans frais que le public et les fournisseurs peuvent composer pour obtenir de l'information ou de l'aide.</li> </ul>

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'uniformité (suite).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que les médias disposent de renseignements à jour et faire preuve de transparence et de disponibilité.</li> <li>Choisir des porte-parole appropriés (formés).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proactive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'information est transmise aux travailleurs de la santé et des services sociaux au moyen de sites Web, de l'intranet, de l'extranet et de bulletins spéciaux.</li> <li>Des communiqués de presse et des conférences de presse (régulières ou au besoin) sont utilisés selon la gravité de la pandémie.</li> <li>Traduire les outils d'information publique.</li> <li>Choisir les porte-parole en fonction de la gravité de la situation (d'un conseiller en communications au médecin hygiéniste en chef ou à l'ACSP, ou au ministre).</li> <li>Mettre rapidement en service une ligne téléphonique pour répondre aux questions du public et le rassurer.</li> <li>Distribuer des dépliants et des affiches à grande échelle.</li> <li>Les presses écrite et électronique sont utilisées, au moyen d'annonces dans les médias et de relations publiques (réservations – programmes d'actualités).</li> <li>Bulletins paroissiaux.</li> <li>Médias nationaux.</li> <li>Stations de télévision communautaires et presse écrite.</li> <li>Mobiliser le réseau de retransmission de l'information (établi à la phase précédente) au moyen de divers médias déterminés à la phase précédente.</li> </ul>

Principaux rôles en matière de communications	Principales responsabilités en matière de communications	Options de communication	Stratégies de communication	Méthodes et outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'uniformité (suite).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Les stations de radio publiques, commerciales et com-munautaires constituent un on moyen de transmettre les messages à des groupes particuliers (p. ex., les régions les plus touchées par la pandémie).</li> <li>La possibilité de diffuser l'information sur des chaînes de radio spécialisées dans le domaine de la santé mérite d'être examinée.</li> <li>Les diffuseurs de radio amateur permettent aussi d'atteindre un groupe particulier dont les membres pourraient s'avérer utiles pour transmettre l'information.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des séances d'information pour transmettre des renseignements précis.</li> <li>Des conseils sanitaires préenregistrés (sur les mesures à prendre) pourraient être diffusés comme message d'attente au téléphone par des établissements du réseau des services de santé et des services sociaux.</li> </ul>

# Systeme fédéral de préparation et d'intervention d'urgence

**Date de la version la plus récente : octobre 2006**

Sommaire des changements d'importance :

- Reflète la création du nouveau ministère de Santé publique et Protection civile Canada et la création de l'Agence de la santé publique du Canada.
- Références précises au nouveau Système national d'intervention en cas d'urgence et le Plan d'intervention en cas d'urgence fédéral.



# Table des matières

1.0	Le système fédéral . . . . .	3
2.0	Plan d'intervention d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada . . . . .	7
3.0	Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence . . . . .	8



## 1.0 Le système fédéral

Dans le passé et conformément à la « Politique fédérale relative aux situations d'urgence », la responsabilité d'agir dans une situation d'urgence incombait tout d'abord à l'individu, puis aux ordres successifs de gouvernement, à mesure qu'on avait besoin de leurs compétences et de leurs ressources. On reconnaissait ainsi que lorsque survient une urgence, les personnes voient généralement elles-mêmes à assurer leur propre sécurité dans la mesure du possible puis, au besoin, demandent de l'aide aux autorités locales et provinciales ou territoriales. Celles-ci sollicitent à leur tour l'aide du gouvernement fédéral si une urgence dépasse leurs moyens. Cette aide peut consister en la coordination des approvisionnements et services pour les activités d'intervention et de rétablissement, le déploiement des Forces canadiennes pour assister les autorités civiles ou l'affectation d'une aide financière aux provinces et aux territoires (PT).

Le gouvernement du Canada collabore également avec les autorités locales ou régionales et coordonne l'intervention nationale lorsque les effets d'une situation d'urgence se font principalement sentir dans des domaines qui relèvent clairement de la compétence du gouvernement fédéral ou lorsqu'un événement est manifestement d'intérêt national et de nature interprovinciale ou internationale.

À l'échelle fédérale, la *Loi sur la protection civile* impose à chaque ministre fédéral la responsabilité inhérente d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures de protection civile. Cette responsabilité est à la base des activités de préparation et de gestion des urgences du gouvernement du Canada et a mené à l'élaboration par les ministères fédéraux de divers plans d'intervention, tels que le Plan national de lutte contre le terrorisme, le Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire, le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza et un certain nombre d'autres plans similaires.

Chaque PT dispose de sa propre législation en matière de protection civile qui s'applique à toutes les questions entourant la gestion des urgences sur son territoire.

À la lumière des urgences récentes, notamment le SRAS, les attentats terroristes du 11 septembre 2001 et la tempête de verglas de 1998, les intervenants canadiens dans le domaine de la gestion des urgences ont pris conscience de l'importance d'un cadre d'intervention « à l'échelle de l'ensemble de l'État ». Des événements survenus ces dernières années ont mobilisé les gouvernements à tous les niveaux ainsi que le secteur privé, grevant leur capacité de faire face aux urgences. Ces événements ont fait l'objet d'études approfondies visant à tirer des « leçons » et à proposer des mesures correctrices. Dans ce contexte, le Canada a pris un certain nombre d'initiatives, notamment la création d'un nouveau ministère, Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC), la création d'une nouvelle agence, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'élaboration d'une Politique de sécurité nationale, et est en train de mettre sur pied un Système national d'intervention en cas d'urgence (SNIU) pour mieux faire face aux différents événements avec lesquels doivent composer les Canadiens.

L'Agence de la santé publique du Canada a été créée en réponse aux préoccupations croissantes relativement à la capacité du système de santé publique du Canada de planifier et de réagir rapidement et efficacement aux menaces pour la santé publique. L'Agence servira de centre de coordination explicite pour le leadership et la responsabilité du gouvernement fédéral en matière

de gestion des urgences en santé publique et améliorera la collaboration intra et interprovinciale/territoriale.

La Politique de sécurité nationale reconnaît que pour intervenir face à de nombreux dangers et urgences, il faut adopter une approche qui soit coordonnée avec celle des provinces, des territoires, des organisations non gouvernementales (ONG), du secteur privé et des partenaires internationaux. La Politique établit les mécanismes pour mobiliser ces partenaires dans l'élaboration de plans coordonnés à l'appui du cadre général.

Sécurité publique et Protection civile Canada est en train de mettre sur pied le SNIU de façon que le Canada soit en mesure de répondre à toute urgence ou menace nouvelle, imminente ou en cours à l'échelle nationale afin d'assurer la protection et la sécurité des Canadiens. Chaque fois que différentes menaces ou urgences surgissent, qu'il s'agisse d'événements ou de catastrophes d'origine naturelle ou délibérément causés, le SNIU a pour mission de coordonner les mesures fédérales et d'offrir une intervention nationale intégrée et complémentaire.

Les situations d'urgence qui sont de grande envergure ou complexes ou encore qui dépassent les frontières provinciales ou internationales, telles qu'une pandémie d'influenza, nécessitent un partage des responsabilités. Elles mettent également en lumière la nécessité de diversifier ou d'accroître la capacité et la collaboration dans tous les domaines de la gestion des urgences : atténuation, préparation, intervention et rétablissement.

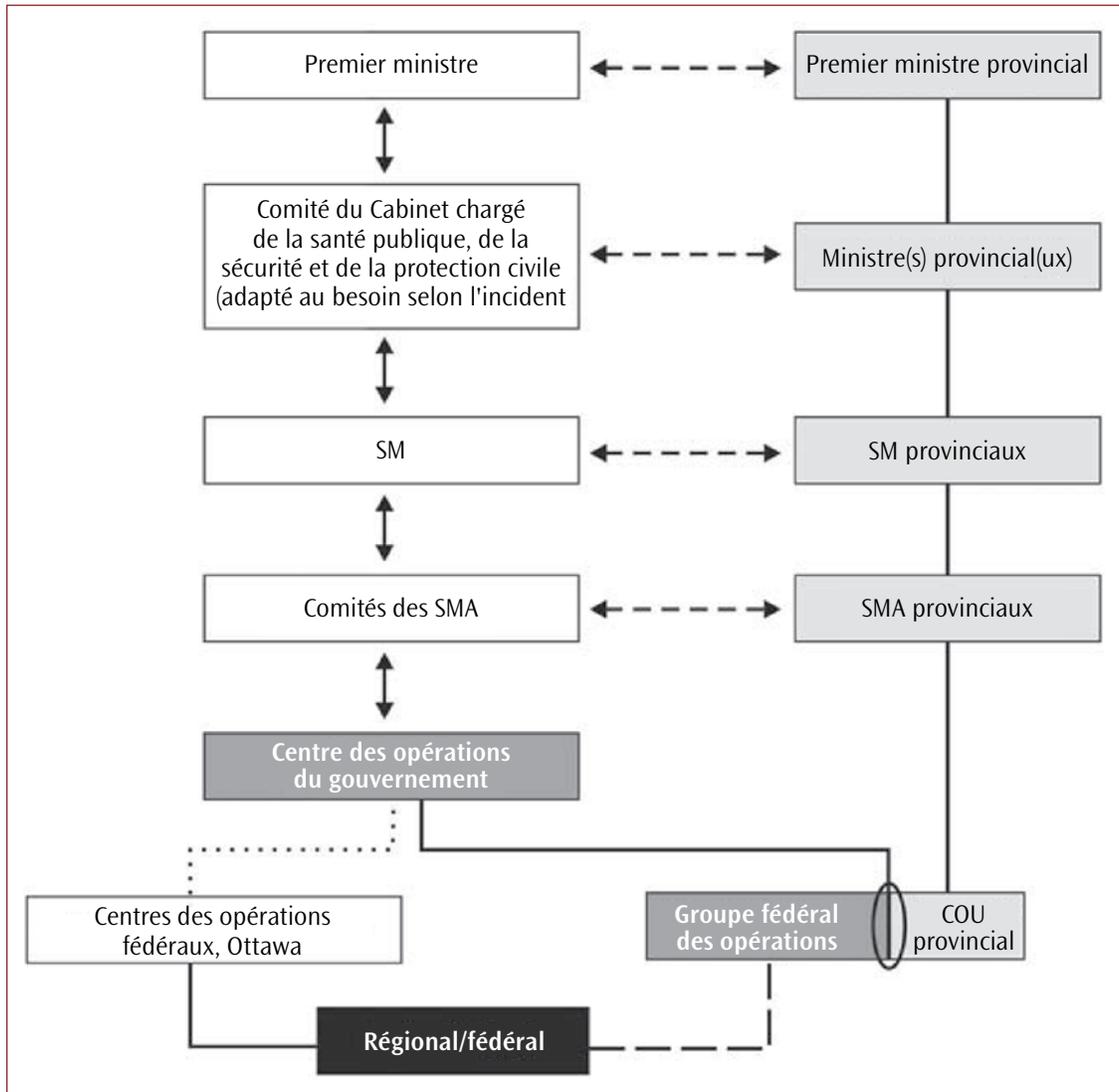
Un événement comme une pandémie d'influenza exigera une intervention qui dépasse grandement le secteur de la santé. À l'échelle fédérale, l'intervention sanitaire en cas de pandémie relèvera principalement de la responsabilité de l'ASPC, qui est l'instance fédérale responsable, les responsabilités étant partagées avec les autorités provinciales et territoriales, telles que définies dans le nouveau Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Toutefois, le SNIU coordonnera l'intervention fédérale plus générale. En effet, l'objectif du SNIU est de veiller à la coordination stratégique des mandats fédéraux dans le cadre de l'intervention d'urgence du gouvernement du Canada, conjointement avec les activités PT. Le SNIU se fonde sur le système de commandement des incidents et, en situation d'urgence, la coordination des mandats fédéraux sera assurée par l'entremise du Centre d'opérations du gouvernement (COG). Le COG sera dirigé par un coordonnateur fédéral des incidents, qui sera issu de SPPCC, mais il y aura aussi un coordonnateur fédéral adjoint des incidents, qui sera désigné par l'ASPC.

À l'échelle régionale, un Groupe fédéral des opérations (GFO), dont le rôle s'inscrira dans le prolongement de celui du COG, facilitera la coordination régionale et interministérielle des opérations d'urgence. Le rôle du GFO consiste entre autres à coordonner les ressources fédérales régionales ainsi que les activités d'intervention d'urgence et à assurer la coordination entre le centre d'intervention provincial et le COG.

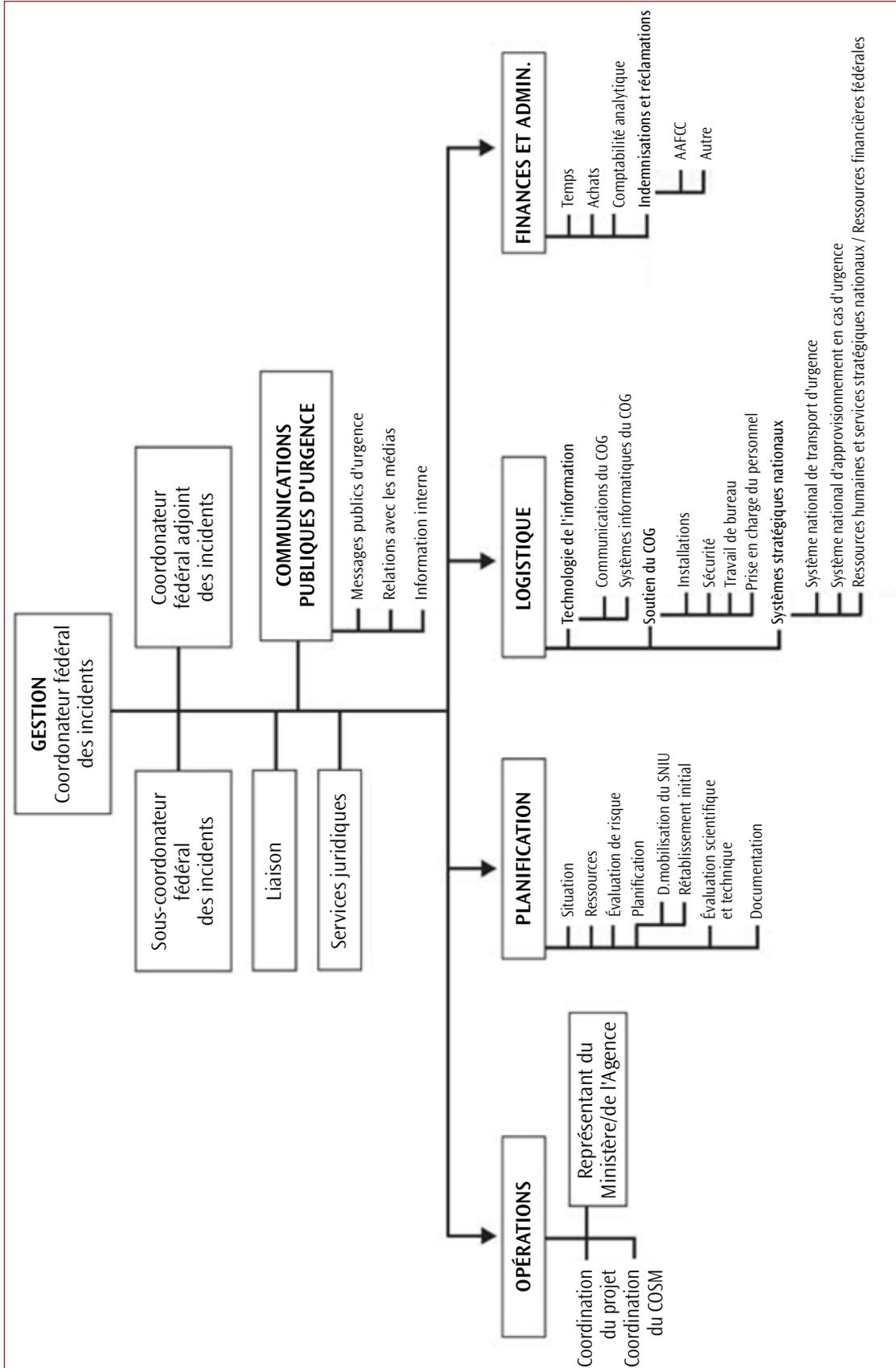
Ces nouveaux organismes et systèmes aideront à garantir que le gouvernement fédéral exerce son leadership en prenant des décisions rapidement, en coordonnant les activités et les ressources au niveau stratégique et en communiquant efficacement avec les autres entités fédérales, les PT, les organisations internationales, les ONG, le secteur privé et le grand public. Ce travail doit

être effectué tout en respectant les compétences PT. Sur le plan national, l'un des principaux objectifs de préparation est de s'assurer que les autorités à tous les niveaux disposent d'un cadre complémentaire pour faire face aux urgences. C'est un élément indispensable pour maintenir la confiance de la population et assurer notre crédibilité à l'échelle internationale.

**Structure nationale d'intervention**  
**Système national d'intervention en cas d'urgence (SNIU)**  
**Interface stratégique et interface fédérale, provinciale et territoriale**



# Système national d'intervention d'urgence (SNIU)



## 2.0 Plan d'intervention d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada

La *Loi sur la protection civile* de 1988 oblige tous les ministres fédéraux à s'assurer que leur ministère, leurs organismes ou sociétés de la Couronne disposent d'un plan de préparation d'urgence pour faire face aux urgences civiles dans leur domaine de responsabilité. Dans le cas du portefeuille fédéral de la santé, le ministre de la Santé est principalement responsable d'élaborer et de maintenir des plans en cas d'urgence civile pour :

- la protection de la santé publique, les services de santé d'urgence et le bien-être des Canadiens;
- la coordination de la planification et de l'intervention fédérales en cas d'urgences nucléaires ne faisant pas intervenir l'utilisation hostile d'armes nucléaires dans une guerre déclarée<sup>1</sup>.

Le Plan d'intervention en cas d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada (PIU ASPC/SC) identifie les fonctions du portefeuille fédéral de la santé comme étant soit un rôle de chef de file ou un rôle de soutien dans les interventions en cas d'urgence, notamment en fournissant des conseils médicaux, scientifiques et techniques, une aide, du matériel, des avis, alertes et avertissements à la population canadienne. L'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et le PIU sont des éléments clés du programme global de préparation en cas d'urgence du portefeuille fédéral de la santé.

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence appuiera les unités organisationnelles<sup>2</sup> dans l'élaboration de leurs plans pour faire face aux urgences qui relèvent de leur domaine de programme. Le PIU SC/ASPC est un élément clé dans la hiérarchie des documents de planification et d'intervention, qui inclut la Politique de planification des mesures d'urgence de SC et les politiques et plans de chacune des unités organisationnelles. C'est une étape dans l'élaboration et le développement d'un processus et d'une structure plus larges pour gérer les interventions de l'ASPC et de SC en réponse à diverses urgences qui pourraient avoir un impact sur la santé et le bien-être social des Canadiens.

Le PIU ASPC/SC est un plan « tous risques » qui définit le champ d'activité et le cadre de fonctionnement de l'ASPC et de SC pour que ces derniers interviennent de façon appropriée dans toute situation d'urgence. Il prévoit également des raccordements avec des plans pour des dangers précis et des lignes directrices procédurales pour le personnel d'urgence. Ce PIU tient compte de l'importance et de la nature des relations à tous les niveaux à l'intérieur du portefeuille fédéral de la santé et fournit un cadre pour l'élaboration de plans individuels pour régler certaines questions précises.

1 Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire.

2 Le terme « unité organisationnelle » sera utilisé dans tout le document pour désigner les centres, les directions, les directions générales, les programmes et autres organisations équivalentes dirigés par un gestionnaire au niveau du directeur général.

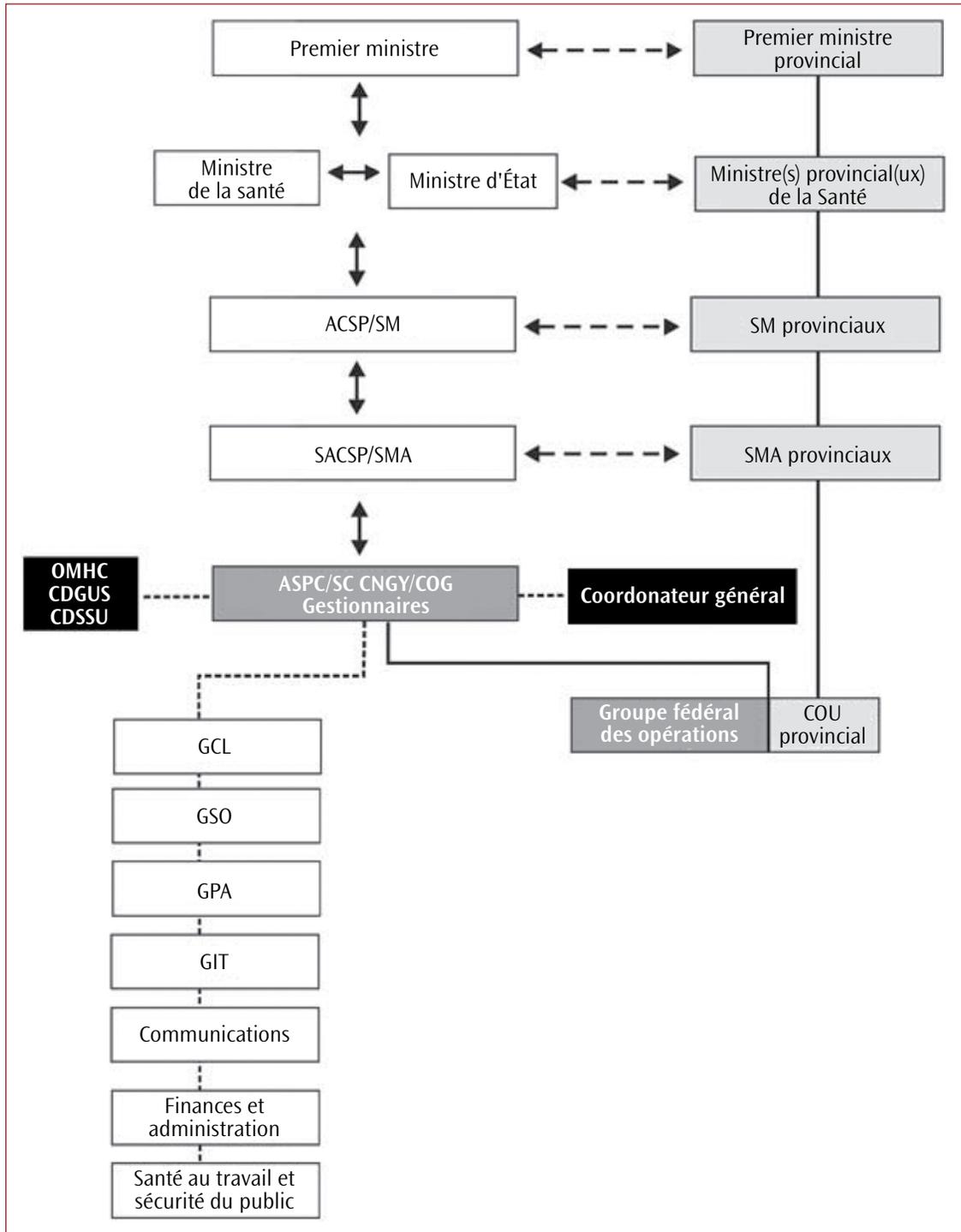
### **3.0 Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence**

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) assume des responsabilités particulières dévolues par l'Agence et le Ministère dans les domaines de la protection civile et de l'intervention d'urgence et agit à titre de « guichet unique » de l'ASPC et de SC pour les opérations de préparation et d'intervention « tous risques ». Toutefois, cela n'empêche pas les unités organisationnelles de prendre des mesures de préparation, de planification et de formation et d'intervention tous risques spécifiques à leur direction générale. Le personnel du CMIU est particulièrement responsable de la coordination inter-organisationnelle durant les opérations d'intervention de l'Agence et du Ministère.

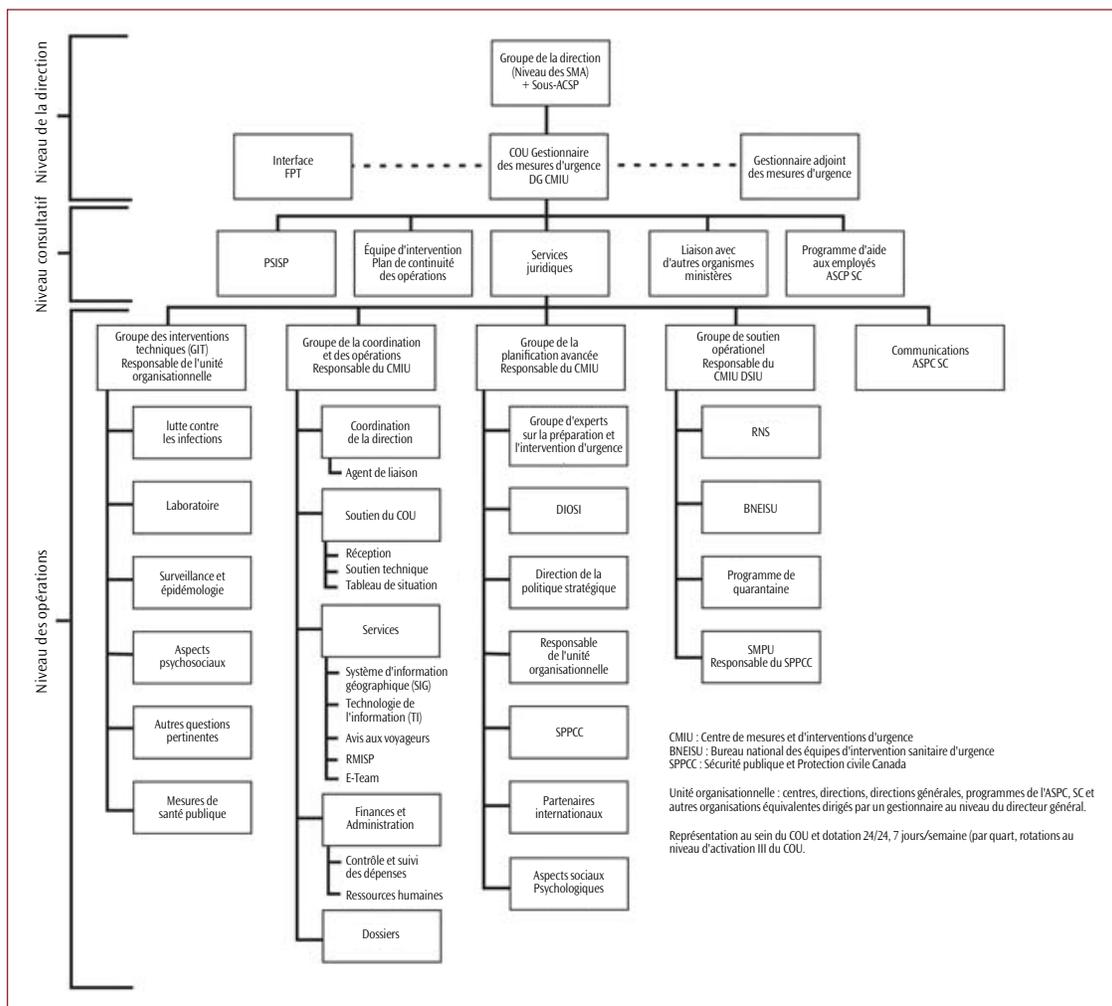
Le directeur général du CMIU joue le rôle de gestionnaire des mesures d'urgence, et le CMIU affecte des employés clés à l'effort d'intervention. Durant les interventions, le gestionnaire des mesures d'urgence rend des comptes au sous-administrateur en chef de la santé publique et au sous-ministre adjoint (SMA) de SC en suivant la filière appropriée.

Le CMIU gère et maintient le Centre d'opérations d'urgence (COU) du portefeuille de la santé, principale infrastructure pour appuyer les activités d'intervention. Le CMIU est également responsable du contrôle et du maintien de la Réserve nationale de secours (RNS). Cette réserve de ressources médicales, comprenant entre autres du matériel hospitalier et des produits pharmaceutiques, pourrait jouer un rôle critique dans une intervention d'envergure.

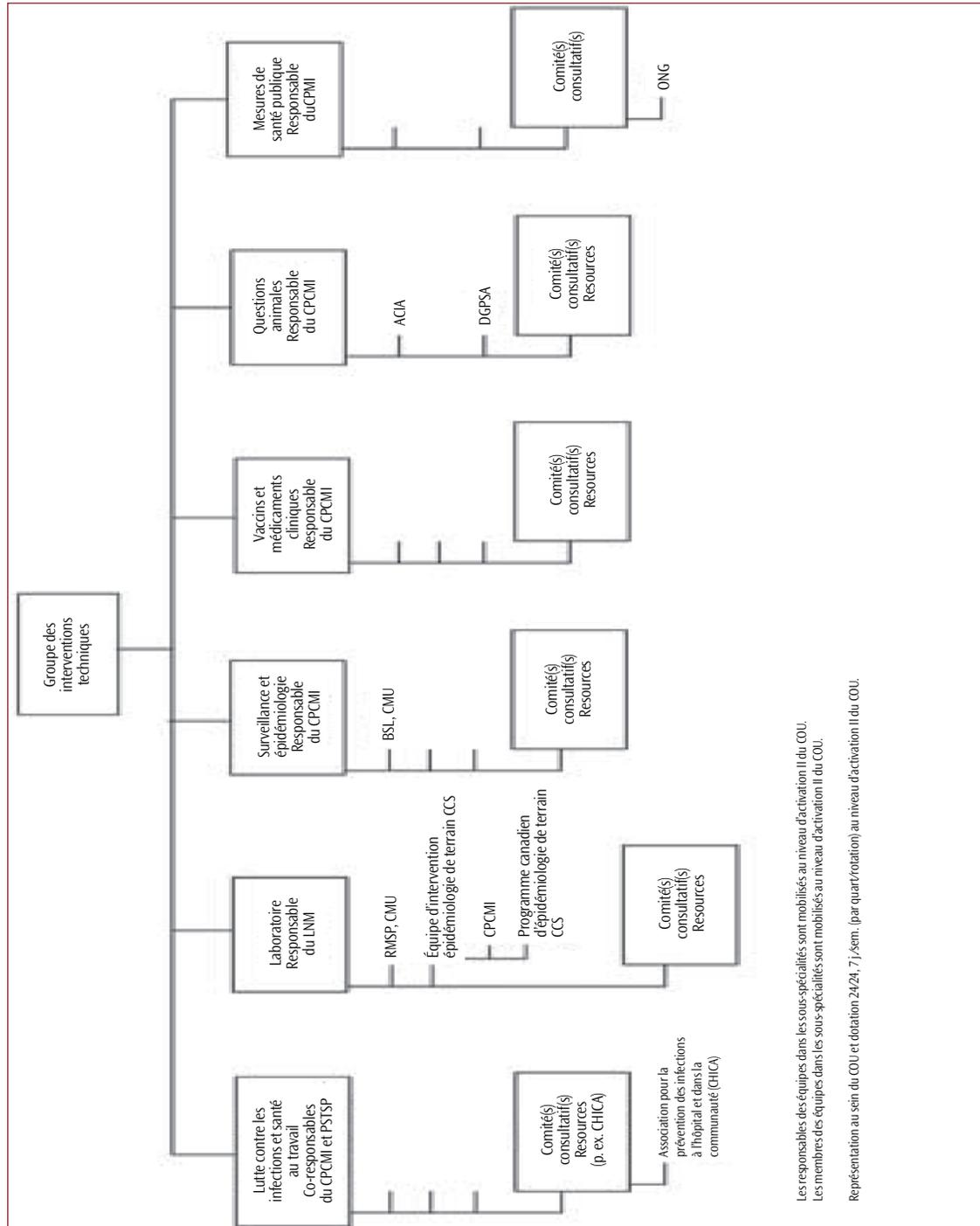
**Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada  
et interface fédérale, provinciale et territoriale**



## Structure d'intervention d'urgence en cas de pandémie d'influenza de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada



## Structure du Groupe des interventions techniques



Pour plus d'information sur le Plan d'intervention en cas d'urgence de l'ASPC/SC, veuillez communiquer avec le :

Directeur  
 Bureau des mesures d'urgence, de la planification et de la formation  
 Centre de mesures et d'interventions d'urgence  
 Agence de la santé publique du Canada  
 Ottawa (Ont.) K1A 0K9



# **Lignes directrices sur les mesures de santé publique**

**Date de la version la plus récente : octobre 2006**

Remarque :

- Il s'agit d'une nouvelle annexe publiée avec la version 2006 du Plan canadien de lutte contre la pandémie de l'influenza.





# Table des matières

1.0	Introduction	3
2.0	Principes et postulats	4
3.0	Éducation publique	6
3.1	Recommandations	6
3.2	Objectifs et résultats attendus	7
3.3	Justifications	7
3.4	Faisabilité et exigences	7
3.5	Impacts et groupes intéressés	8
3.6	Observance et acceptabilité prévues	8
4.0	Éclosions d'influenza aviaire au Canada durant la période interpandémique	8
5.0	Prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un syndrome grippal	9
5.1	Recommandations	10
5.2	Objectifs et résultats attendus	14
5.3	Justifications	15
5.4	Faisabilité et exigences	15
5.5	Impacts et groupes intéressés	16
5.6	Observance et acceptabilité prévues	16
6.0	Prise en charge des contacts des cas	17
6.1	Recommandations	17
6.2	Objectifs et résultats attendus	22
6.3	Justifications	23
6.4	Faisabilité et exigences	23
6.5	Impacts et groupes intéressés	24
6.6	Observance et acceptabilité prévues	24
7.0	Stratégies communautaires de lutte contre la maladie	25
7.1	Renforcer les consignes recommandant d'éviter les événements et les lieux publics (auto-isolément) si on a de la fièvre et si des symptômes respiratoires viennent d'apparaître	26
7.2	Fermer les écoles et les garderies	27
7.3	Restreindre les rassemblements publics à l'intérieur (ailleurs que dans les écoles)	28
7.4	Utilisation de masques par les personnes en santé	29
7.5	Mettre en place des postes pour le lavage des mains dans les endroits publics	30
7.6	Augmenter la fréquence du nettoyage des surfaces dans les lieux publics	31
7.7	Autres mesures dont la mise en œuvre n'est PAS recommandée	32
8.0	Collectivités isolées	32
9.0	Mesures liées aux voyages et prises aux frontières	33
	Bibliographie	41
	Appendice I : Résumé des recommandations	42



## 1.0 Introduction

À mesure qu'évoluera la pandémie d'influenza, le rôle des responsables de la santé publique et, partant, les mesures de santé publique mises en place changeront pour tenir compte des nouvelles priorités et stratégies. Les objectifs généraux des mesures de préparation et d'intervention en cas de pandémie d'influenza sont les suivants :

**Tout d'abord, réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général, et deuxièmement réduire au minimum les perturbations sociales au sein de la population canadienne résultant de la pandémie d'influenza.**

Les stratégies utilisées pour atteindre cet objectif varieront selon la phase de la pandémie, la disponibilité des ressources (p. ex., ressources humaines, vaccins, antiviraux) et l'épidémiologie de la pandémie. Comme ces variables peuvent se combiner de diverses façons, le présent document tente de donner une orientation générale. On s'attend à ce que les recommandations présentées soient examinées et modifiées si nécessaire au moment de prendre des mesures pour faire face à une pandémie ou à une menace de pandémie particulière.

Contrairement à d'autres aspects de cette maladie (p. ex., caractéristiques virologiques), les mesures de santé publique visant à lutter contre la maladie dans la collectivité n'ont pas été bien étudiées ni décrites dans la littérature scientifique. En préparant ce document, le Groupe de travail sur les mesures de santé publique du Comité de l'influenza pandémique (le Groupe de travail) s'est surtout fié à l'avis d'experts pour formuler les recommandations. Les conclusions de ce groupe ont été comparées avec les résultats d'une consultation internationale sur les mesures de santé publique effectuée lors d'une réunion de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en mars 2004<sup>(1)</sup> et on a constaté que les deux concordaient. Le rapport de la réunion de consultation de l'OMS a également été utilisé comme source de détails additionnels qui ont été inclus dans le présent document, plus précisément à la section 9, *Mesures liées aux voyages et prises aux frontières*, de l'Annexe.

Ne disposant pas de données scientifiques sur l'efficacité d'un bon nombre des mesures de santé publique possibles, le Groupe de travail présente ces recommandations en vue de faciliter l'adoption d'une approche commune pour lutter contre la maladie dans la collectivité. Il ne sera pas ainsi nécessaire d'expliquer et de justifier les approches divergentes au moment où survient une pandémie et cela peut également raviver la confiance de la population dans une période de grande incertitude. Un grand nombre des recommandations dépendent des facteurs déclenchants à l'échelle locale; les recommandations ne seront donc pas nécessairement mises en œuvre simultanément à la grandeur du pays, mais le type de mesures et les messages de santé publique seront idéalement uniformes. De façon générale, on s'entend dans le monde pour dire que lorsque des cas infectés par un virus nouveau apparaissent pour la première fois, des mesures énergiques aideront grandement à retarder ou peut-être à endiguer une pandémie en évolution.

Durant une pandémie d'influenza, les autorités de la santé publique participeront à tout un éventail d'activités, entre autres à la surveillance, la prise en charge des cas et des contacts, l'éducation de la population, la coordination et la mise en œuvre de programmes de vaccination, l'application de stratégies communautaires de lutte contre la maladie et éventuellement

l'organisation d'une stratégie antivirale orientée vers le traitement ainsi que la mise en place et la gestion de lieux de soins de santé. Comme les questions de surveillance, les programmes de vaccination et le rôle des services de santé publique dans des lieux non traditionnels ont été abordés dans d'autres sections du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (le Plan) (affiché à l'adresse : [http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index_f.html)), le présent document mettra l'accent sur d'autres activités de santé publique déjà identifiées.

## 2.0 Principes et postulats

Les recommandations présentées dans le document s'inspirent des principes et des postulats suivants :

- La période d'incubation, la période de transmissibilité et le mode de transmission de la nouvelle souche seront les mêmes que ceux d'autres souches connues du virus de l'influenza :
  - Période d'incubation : de 1 à 3 jours;
  - Période de transmissibilité : 24 heures avant jusqu'à 5 jours après l'apparition de la maladie (habituellement, jusqu'à 3 à 5 jours chez les adultes immunocompétents, jusqu'à 7 jours chez les jeunes enfants);
  - Mode de transmission : par grosses gouttelettes et par contact (direct et indirect);
  - Possibilité de transmission par voie aérienne incertaine<sup>1</sup>; et
  - Transmission possible pendant que la personne est asymptomatique mais plus efficace lorsque des symptômes, comme la toux, sont présents et que le taux d'excrétion virale est élevé (c.-à-d., au début de la période symptomatique).
- Le nouveau virus sera très contagieux (transmis efficacement d'une personne à l'autre).
- Le tableau clinique initial ressemblera à celui des infections causées par les souches connues d'influenza.
- Il y aura des cas d'infection infraclinique<sup>2</sup>.
- Il est peu probable qu'un vaccin efficace soit accessible au début de la pandémie d'influenza au Canada, mais il pourra être disponible pour une deuxième vague.
- Les autorités de la santé publique joueront un rôle de premier plan dans la distribution et l'administration du vaccin.
- Des campagnes d'immunisation de masse seront lancées lorsqu'on disposera de quantités suffisantes du nouveau vaccin; la demande de ressources humaines en santé publique s'en trouvera accrue.
- Le recours aux antiviraux pour réduire le risque de transmission d'un nouveau virus par les premiers cas infectés et leurs contacts sera envisagé comme stratégie visant à contenir

1 Une éclosion d'influenza à bord d'un avion a été attribuée à une propagation aéroportée du virus; toutefois, la propagation par de grosses gouttelettes pourrait être à l'origine de cette éclosion parce que les passagers ont été entassés et ont circulé pendant plusieurs heures dans un petit avion cloué au sol. Bien que la transmission expérimentale par voie aérienne du virus de l'influenza de type A ait été signalée chez des souris, rien n'indique qu'une telle transmission soit possible chez les humains.

2 Dans une étude britannique récente, 59 % des travailleurs de la santé présentant des signes sérologiques d'une infection récente ne pouvaient se rappeler avoir eu l'influenza; cela donne à penser que bon nombre d'entre eux étaient des cas infracliniques<sup>(2)</sup>.

ou à ralentir la propagation de nouveaux virus susceptibles de causer une pandémie qui sont détectés au Canada. L'adoption de cette stratégie sera limitée aux cas détectés tôt dans la période d'alerte pandémique<sup>3</sup> au Canada. Durant la période pandémique, cette stratégie évoluera pour mettre l'accent sur les groupes prioritaires préétablis.

- En l'absence de données sur la durée d'excrétion du virus et l'effet des inhibiteurs de la neuraminidase sur la charge virale et l'excrétion du nouveau virus, l'objectif du traitement aux antiviraux est d'améliorer le résultat clinique, ce qui devrait se traduire par une diminution de la transmissibilité.
- Les personnes qui se rétablissent après la maladie causée par la souche pandémique seront immunisées contre d'autres infections par cette souche.
- La nouvelle souche du virus de l'influenza et les premiers cas humains seront détectés à l'extérieur du Canada.
- Des mesures de surveillance sont en place pour détecter le syndrome grippal (SG) dans tout le Canada.
- La souche pandémique peut causer plus d'une vague de la maladie<sup>4</sup>.
- La population voudra connaître toutes les méthodes de protection individuelle contre l'infection.
- L'acceptation par la population de mesures de contrôle restrictives sera liée au degré de proximité des cas.
- Il peut être possible de retarder l'introduction de la souche pandémique dans des collectivités isolées; mais il est peu probable que cette stratégie puisse être maintenue, en particulier si le virus a acquis la capacité de se propager efficacement d'un humain à l'autre.
- La terminologie la plus récente de l'OMS et du Canada pour la phase pandémique sera utilisée dans les activités de planification et d'intervention.

Au cours d'une période d'alerte pandémique, on s'attend à ce que des mesures soient prises afin de contenir le nouveau virus à la source. Au cours d'une période pandémique, le but sera fixé sur l'atténuation des effets possibles, soit de minimiser la morbidité, la mortalité et la perturbation sociale. Les actions recommandées varient donc pour ces deux périodes distinctes. La recommandation de l'utilisation des antiviraux pour les contacts des cas en est un exemple. La stratégie afin de contenir la maladie exige des discussions plus avancées au niveau national; cependant on s'attend à ce que les mesures recommandées soient appliquées si cela devenait nécessaire.

---

3 Le rôle des antiviraux durant la phase interpandémique a été abordé ailleurs dans le cadre de l'intervention face à une épidémie d'influenza aviaire au Canada<sup>(3)</sup>.

4 L'OMS a noté que dans le passé, « la maladie s'est généralement manifestée sous une forme plus grave lors de la deuxième vague »<sup>(4)</sup>. Cette observation n'a pas influé sur les recommandations du présent document mais c'est un point important dont il faut tenir compte dans la planification.

## 3.0 Éducation publique

L'éducation publique est une activité clé pour les autorités de la santé publique durant toutes les phases de la pandémie. Pendant la période interpandémique (Phase 1 et Phase 2), la plupart des initiatives d'éducation liées à l'influenza consisteront probablement à communiquer surtout des données factuelles concernant la maladie, le vaccin et les tendances durant la saison en cours et les saisons récentes. Toutefois, cette période est également le moment idéal pour préparer des initiatives d'éducation et introduire les concepts (p. ex., nécessité de modifier les recommandations à mesure qu'évolue la pandémie) qui seront nécessaires durant une pandémie.

## 3.1 Recommandations

- Préparer du matériel éducatif à l'intention du grand public durant la période interpandémique; ce matériel peut être utilisé ou modifié pour chaque phase de la pandémie. L'accent mis sur les risques et l'évitement des risques, les précautions universelles d'hygiène (notamment l'« hygiène respiratoire ») et l'information nécessaire pour réduire la transmission de la maladie (notamment la façon de consulter un médecin afin de réduire au minimum les possibilités d'exposition) et pour préparer l'ensemble de la population à la phase suivante.
- Passer en revue et mettre à jour le matériel éducatif à l'intention des professionnels de la santé. Renforcer les recommandations existantes relatives à la prise en charge des patients qui présentent une maladie respiratoire fébrile, notamment en ce qui concerne la fourniture de masques pour les patients qui toussent.
- Prévoir les besoins spéciaux en matière d'éducation et de ressources, par exemple les besoins en traduction et les troussees ciblées destinées à des groupes plus précis (p. ex., cabinets de médecin, commissions scolaires, exploitants de garderies, autres propriétaires d'entreprises, voyageurs, etc.) :
  - Durant la période interpandémique, envisager de discuter avec les propriétaires d'entreprises en vue d'encourager l'élaboration d'un plan pour la continuité des opérations qui soit adapté aux défis particuliers associés à une pandémie d'influenza.
  - On devrait également encourager les commissions scolaires à élaborer des stratégies en ce qui concerne la poursuite de l'enseignement (p. ex., par Internet ou d'autres façons permettant aux élèves de recevoir et de remettre des devoirs) advenant la fermeture des écoles.
- Veiller à ce qu'une liaison adéquate soit assurée avec le personnel des communications à l'intérieur de l'organisation de services de santé publique et déterminer les rôles, les responsabilités et le mode d'acheminement de l'information advenant une pandémie. En collaboration avec le personnel des communications :
  - Faire installer une ligne d'information téléphonique sans frais ou faire en sorte qu'elle puisse être activée rapidement et préparer d'avance des textes pour les téléphonistes.
  - Penser aux éléments du processus de diffusion de l'information, notamment les affichages sur le Web de même que le matériel imprimé.
- Élaborer des modèles pour des besoins particuliers, par exemple pour le consentement à l'immunisation, l'éducation de la population en ce qui concerne le traitement aux antiviraux, l'accès aux antiviraux ou les systèmes d'établissement des priorités pour les antiviraux.

- Veiller à ce que les employés travaillant pour les autorités de la santé publique reçoivent une formation continue afin que l'expertise ne se perde pas à cause du roulement du personnel.

### **3.2 Objectifs et résultats attendus**

- Réduire au minimum le temps nécessaire pour diffuser du matériel éducatif à la population durant une alerte et au fur et à mesure que la pandémie évolue et les besoins en information changent.
- Développer les connaissances de base de la population (avant qu'une alerte soit émise) en fournissant de l'information sur la pandémie d'influenza durant la période interpandémique.
- Faire en sorte que les autorités de la santé publique soient reconnues comme une source crédible, fiable et exacte d'information sur la pandémie d'influenza grâce à des plans d'éducation et de communication bien coordonnés et bien conçus.

### **3.3 Justifications**

Une pandémie d'influenza est une urgence sanitaire mondiale, et la demande d'information de la part de la population sera par conséquent extrêmement forte et soutenue à mesure que la maladie dans les régions ou pays éloignés se propagera au Canada et aux collectivités locales. À la différence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) où l'épidémiologie de la maladie et l'organisme responsable étaient au départ inconnus, on dispose d'une somme importante d'information sur l'influenza, ce qui peut orienter l'élaboration de feuillets de renseignements généraux et de modèles spécifiques qui pourront être utilisés ultérieurement.

Avant d'avoir accès à un vaccin antipandémique, l'atténuation des effets possibles d'une pandémie dépendra pour une bonne part des mesures prises par une population qui reçoit à temps des messages d'éducation publique, qui trouve leur contenu crédible et qui y donne suite. Les autorités de la santé publique à tous les paliers administratifs devront faciliter ce processus le plus possible.

En mars 2004, l'OMS a organisé une consultation internationale sur les interventions prioritaires en matière de santé publique avant et durant une pandémie d'influenza. Le rapport de consultation a conclu : [TRADUCTION] « Les autorités de la santé publique devront prendre une série de décisions d'urgence dans un climat de grande incertitude scientifique et de confiance populaire précaire. Pour la planification des préparatifs, il est donc grandement nécessaire de disposer au préalable d'une indication des interventions qui ont le plus de chances d'être efficaces et applicables à différentes phases de la pandémie »<sup>(1)</sup>.

### **3.4 Faisabilité et exigences**

La plupart des autorités de la santé publique considèrent déjà que l'une de leurs principales responsabilités est d'éduquer la population en ce qui concerne ces types de problèmes sanitaires. Les contacts établis par d'autres programmes de santé publique qui ciblent les écoles, les grandes entreprises, les gouvernements et les municipalités pourraient faciliter l'application des recommandations ci-dessus – en particulier, par des exposés sur la préparation en cas de pandémie qui s'adresseraient expressément à ces groupes. Vu qu'on ignore quand un nouveau virus émergera et causera une pandémie, il importe que plusieurs employés dûment formés

demeurent au fait du problème et puissent être réaffectés sans préavis lorsqu'ils doivent travailler sur du matériel éducatif.

Le volet communications du Plan devra être examiné et intégré dans toutes les activités d'éducation publique afin que l'information soit coordonnée. Un site Web préétabli et bien annoncé ainsi que des canaux de distribution prédéterminés pour le matériel imprimé et les communications par courriel sont des besoins importants à combler si l'on veut que les campagnes d'éducation publique soient efficaces. Une ligne téléphonique sans frais exploitée par du personnel dûment formé contribuera également de façon importante à la diffusion la plus large possible des messages éducatifs.

### **3.5 Impacts et groupes intéressés**

Comme la demande d'information sera énorme et qu'elle risque de demeurer forte tout au long de la pandémie, l'impact sur la dotation au sein des autorités de la santé publique sera de taille. Les administrations municipales et l'infrastructure plus vaste d'intervention d'urgence participeront également à la diffusion des messages d'éducation publique à l'échelle locale; il y aura un impact sur les autorités de la santé publique si on leur demande d'élaborer ces messages et d'en revoir le contenu. L'objectif consiste à avoir un impact positif sur la population en prévoyant ses besoins en matière d'éducation et en prenant des mesures pour répondre à ces besoins le plus tôt possible. Si elles y parviennent, les autorités de la santé publique ont plus de chances d'être considérées comme des sources fiables d'information à jour.

Au nombre des groupes intéressés figureront probablement l'ensemble de la population qui aura besoin d'information générale et des groupes spécifiques qui auront besoin d'information particulière ou plus détaillée, notamment des conseils concernant les activités d'intervention.

### **3.6 Observance et acceptabilité prévues**

Étant donné que la plupart des autorités de la santé publique ont la capacité d'élaborer et d'offrir des services d'éducation publique et sont des sources établies d'information sanitaire sur leur territoire respectif, on prévoit que leur rôle d'éducateurs durant une pandémie d'influenza sera très bien reçu. Il sera cependant indispensable de maintenir cette crédibilité en diffusant des messages clairs, uniformes, éclairés et à jour.

L'observance des consignes d'éducation publique sera probablement élevée, en particulier si la collectivité a déjà connu des cas. Plus les cas seront proches, plus on aura conscience de son risque personnel; un nombre grandissant de personnes tenteront alors d'obtenir de l'information sur les mesures de protection individuelle.

## **4.0 Éclosions d'influenza aviaire au Canada durant la période interpandémique**

Bien que l'on juge peu probable qu'une souche pandémique émerge tout d'abord au Canada, le système de santé publique doit être prêt à faire face à une telle éventualité. Des éclosions récentes d'influenza aviaire en Asie et en Amérique du Nord ont souligné la nécessité de disposer de lignes directrices claires pour la gestion de ces éclosions. Après l'éclosion d'influenza aviaire hautement pathogène en Colombie-Britannique au printemps 2004, des lignes directrices provisoires ont été élaborées. Ces lignes directrices ont récemment été mises à jour et on les retrouve dans le

document *Problèmes de santé humaine liés aux éclosions nationales d'influenza aviaire au Canada*. Ce document a été élaboré par l'ASPC en collaboration avec toutes les provinces et tous les territoires et on peut y accéder par le lien sur l'influenza aviaire sur le site Web de l'ASPC (disponible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca>).

L'objectif de ces lignes directrices provisoires est de fournir des recommandations et des outils aux autorités de la santé publique et à d'autres intervenants qui participent à la gestion des problèmes de santé humaine liés aux éclosions d'influenza aviaire au Canada. Ces recommandations sont présentées de façon à reprendre certaines composantes du Plan, notamment surveillance, mesures de santé publique, lutte contre les infections, antiviraux et programmes de vaccination. Parce que la survenue d'un seul cas humain d'influenza aviaire annonce habituellement le début de la période d'alerte pandémique au Canada, les lignes directrices provisoires reprennent les recommandations contenues dans ce document pour la prise en charge des cas et des contacts durant la période d'alerte pandémique, la phase pandémique canadienne 3.1. La présente annexe (annexe M, *Mesures de santé publique*) deviendra le document de référence si une transmission interhumaine du nouveau virus est observée; des mesures énergiques devront alors être prises pour limiter ou retarder la propagation du virus. Ces mesures sont présentées aux rubriques Période d'alerte pandémique à la section 5, *Prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un syndrome grippal*, et à la section 6, *Prise en charge des contacts des cas*, dans les pages qui suivent.

## **5.0** **Prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un syndrome grippal**

Cette section contient des recommandations relatives à la prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un SG qui ont été infectées par un nouveau virus de l'influenza pendant une alerte pandémique et des personnes répondant à la définition nationale de cas durant la pandémie. (La définition actuelle du SG est affichée à l'adresse : [www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index_f.html).) Des définitions de cas modifiées, élaborées pendant une alerte pandémique ou durant une pandémie, seront également affichées sur le site Web de l'ASPC et diffusées directement aux provinces et aux territoires par l'ASPC.

Ces activités seront entreprises lorsqu'un ou plusieurs humains infectés par le nouveau virus auront été détectés au Canada. Entre-temps, la prise en charge des cas et des contacts devrait se faire conformément aux lignes directrices pour la période interpandémique (ou à toute version des lignes directrices pour la période interpandémique modifiée à cause de la survenue d'une alerte pandémique à l'extérieur du Canada). Si un médecin hygiéniste soupçonne cependant qu'une personne malade pourrait être infectée par le nouveau virus (p. ex., voyageur malade qui a un lien épidémiologique avec une zone touchée ou dont on attend les résultats de laboratoire), les mesures décrites ci-dessous peuvent être prises à titre de précaution jusqu'à ce que le cas soit confirmé.

Les recommandations ci-dessous ont trait à la prise en charge des personnes malades identifiées au Canada durant les périodes pandémiques et les phases pandémiques canadiennes spécifiées.

## 5.1 Recommandations

- Encourager toutes les personnes malades (et ceux qui leur dispensent des soins) à avoir de bonnes habitudes d'hygiène manuelle et respiratoire (p. ex., se laver souvent les mains, se couvrir la bouche lorsqu'on tousse, etc.) et à nettoyer et à désinfecter fréquemment les surfaces qui pourraient être potentiellement contaminées par des gouttelettes respiratoires pendant toute la durée de leur maladie. (Voir l'Annexe F pour d'autres détails et recommandations sur les mesures de lutte contre les infections.) Leur conseiller également quand consulter un médecin et comment procéder pour réduire au minimum les expositions possibles (p. ex., utiliser un véhicule privé au lieu des transports en commun si possible).

### **Recommandation pour la prise en charge de personnes souffrant de SG (présumé nouveau/influenza pandémique) :**

#### ***Période d'alerte pandémique : Activité sporadique au Canada – Phase 3.1, Phase 4.1 et Phase 5.1***

**Indicateur :** Cas humain(s) isolé(s) infecté(s) par un nouveau sous-type de virus au Canada sans propagation ou, tout au plus, de rares cas de transmission à un contact étroit seulement. À l'extérieur du Canada, des grappes de cas résultant d'une transmission interhumaine peuvent survenir (p. ex., Phase 4.1 et Phase 5.1), mais le virus ne se transmet pas de façon assez efficace pour causer une pandémie.

- Faciliter la prise en charge appropriée des personnes malades soupçonnées d'être infectées par le nouveau virus qu'on a identifié grâce au système de surveillance.
  - Diffuser des messages aux travailleurs de la santé de première ligne en plus de protocoles de surveillance améliorés pour la notification et la déclaration des cas préoccupants (ceux qui présentent un facteur de risque potentiel en raison d'un voyage ou d'un contact avec une source aviaire ou animale infectée), des mises à jour sur les précautions pour lutter contre les infections, la prise en charge clinique ou les recommandations relatives aux épreuves de laboratoire.
- Signaler les cas malades aux autorités provinciales ou territoriales et fédérales selon ces modalités requises et faciliter les épreuves de laboratoire, tel que convenu dans le processus de surveillance accrue.
- Isoler les personnes malades soit à l'hôpital (si c'est indiqué ou recommandé du point de vue clinique, d'après les données épidémiologiques disponibles) conformément aux lignes directrices actuelles en matière de lutte contre les infections, ou encore à domicile.
  - La prise en charge à domicile devrait comporter un suivi du cas et de ses contacts étroits (voir les recommandations générales à la section 6.1 ci-dessous) au moyen d'une surveillance active, d'information sur les précautions pour lutter contre les infections à domicile et d'instructions concernant les mesures à prendre si la maladie progresse.
  - Les adultes auxquels on a recommandé de s'isoler à la maison devraient y demeurer pendant au moins 5 jours après l'apparition des symptômes (7 jours pour les jeunes enfants) ou jusqu'à ce que les symptômes aient disparu, le délai le plus long étant retenu, à moins

qu'ils ne doivent consulter un dispensateur de soins<sup>5</sup> ou à moins qu'un autre diagnostic ne soit posé. Durant cette période, ils devraient éviter tout contact étroit avec des membres du ménage non exposés.

- La prise en charge médicale de ces personnes devrait comporter l'administration d'antiviraux, selon le profil de sensibilité du nouveau virus. Ce traitement devra faire l'objet d'une surveillance, tout résultat pertinent (p. ex., détérioration de l'état clinique malgré la mise en route du traitement aux antiviraux dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes, signes biologiques d'une résistance virale, problèmes d'observance du traitement, événements indésirables) devant être signalé à l'autorité de la santé publique compétente.

### **Recommandation pour la prise en charge de personnes souffrant de SG (préssumé nouveau/ influenza pandémique) :**

#### ***Période d'alerte pandémique : Grappe(s) localisée(s) ou étendue(s) de cas au Canada – Phase 4.2 ou Phase 5.2***

**Indicateur :** Grappe(s) survenant au Canada qui présente(nt) un risque pandémique « limité » (Phase 4.2) ou « substantiel » (Phase 5.2) d'après divers facteurs, comme le taux de transmission, la localisation et la propagation géographiques, la gravité de la maladie, l'impact des mesures de lutte, la présence de gènes de souches humaines (si le virus provient d'une souche animale), d'autres renseignements tirés du génome viral ou d'autres données scientifiques. À l'extérieur du Canada, des grappes peuvent se déclarer (on présume que l'origine du virus n'est pas le Canada), mais le virus ne se transmet pas de façon assez efficace pour causer une pandémie.

- Mettre activement en œuvre des protocoles de prise en charge des cas d'influenza et de gestion des éclosions<sup>6</sup> en tenant compte des recommandations relatives à la lutte contre les infections à l'Annexe F<sup>7</sup>. Au nombre de ces mesures figurent :
  - l'isolement des cas,
  - les épreuves de laboratoire pour les cas suspects,
  - l'interdiction aux visiteurs, etc., d'avoir accès aux services hospitaliers ou aux établissements touchés,
  - la recherche et le suivi énergiques des contacts (voir la section 6 ci-dessous, *Prise en charge des contacts des cas*) et
  - la déclaration de chaque cas aux autorités provinciales, territoriales et fédérales de la santé publique.
- La prise en charge médicale des cas qui consultent dans les 48 heures suivant l'apparition de leurs symptômes peut comporter un traitement antiviral si ces médicaments sont disponibles. Les autorités de la santé publique peuvent aider à coordonner la distribution des antiviraux

5 Le cas devrait recevoir des instructions concernant les mesures de lutte contre les infections à prendre s'il doit quitter la maison pour consulter un dispensateur de soins (p. ex., téléphoner au préalable, porter un masque).

6 Il est reconnu que la prise en charge individuelle des cas par les autorités de la santé publique ne pourra pas être maintenue longtemps et, selon la répartition géographique des cas, elle pourra devoir être interrompue avant la phase pandémique, dans les provinces ou territoires qui sont durement touchés durant la période d'alerte pandémique (Phase pandémique canadienne 5.2)

7 Par exemple, cela peut comprendre le triage et la fourniture de masques chirurgicaux aux patients présentant des maladies respiratoires qui viennent se faire évaluer par un médecin (lorsque des cas sont déjà survenus dans cette collectivité).

parce que les stocks seront limités et il faudra établir un ordre de priorité. (Voir l'Annexe E, *Recommandations relatives à l'utilisation des antiviraux durant une pandémie*, pour plus de détails.)

- Comme nous l'avons déjà mentionné, il faudra surveiller le traitement antiviral et communiquer les résultats (cliniques, biologiques et observance), à l'autorité de la santé publique compétente.

**Nota :** Durant la période d'alerte pandémique (c.-à-d., avant la déclaration d'une pandémie), on prévoit que les antiviraux seront utilisés pour traiter les premiers cas détectés au Canada et ainsi tenter de limiter la propagation subséquente de ces cas. Lorsque la pandémie est déclarée ou que les stocks prévus pour cette stratégie initiale de lutte contre l'influenza sont épuisés, la stratégie d'utilisation des antiviraux sera recentrée sur l'objectif général de l'intervention en cas de pandémie, les médicaments étant dispensés de préférence selon la stratégie antivirale pour une période pandémique préétablie à l'échelle nationale.

### **Recommandation pour la prise en charge de personnes souffrant de SG (préssumé nouveau/ influenza pandémique) :**

#### **Période pandémique : Cas sporadiques survenant au Canada – Phase 6.1**

**Indicateur :** Cas humain(s) isolé(s) infectés par le virus pandémique détecté(s) au Canada. Aucune grappe décelée au Canada.

**Nota :** Si la période d'incubation, la période de transmissibilité et le mode de transmission de la nouvelle souche correspondent à ceux d'autres souches connues du virus de l'influenza, il est probable que cette phase sera de très courte durée ou même qu'on saute cette étape au Canada (l'activité du nouveau virus peut ne pas être détectée avant la survenue d'une grappe de cas).

- Faciliter la prise en charge adéquate des personnes malades soupçonnées d'être infectées par le nouveau virus, qui ont été identifiées grâce au système de surveillance.
  - Diffuser rapidement aux travailleurs de la santé de première ligne des messages indiquant que le nouveau virus a été détecté dans la collectivité.
  - Au besoin, mettre à jour et distribuer le protocole de déclaration des cas suspects (en soulignant ce qui peut avoir changé entre la période d'alerte pandémique et la période pandémique du point de vue des attentes liées à la déclaration des cas).
  - Diffuser toute mise à jour sur les précautions de lutte contre les infections, la prise en charge clinique ou les recommandations relatives aux épreuves de laboratoire.
- Signaler les cas malades aux autorités PT et fédérales selon les modalités requises.
- Faciliter les épreuves de laboratoire convenues pour la période pandémique.
- Isoler les personnes malades, conformément aux lignes directrices actuelles pour la lutte contre les infections, à l'hôpital si c'est indiqué ou recommandé du point de vue clinique, d'après les données épidémiologiques disponibles, ou dans un autre centre de santé ou encore à domicile.
  - La prise en charge à domicile devrait comporter un suivi des cas et de leurs contacts étroits (voir recommandations à la section 6.1 ci-dessous), notamment une surveillance active,

de l'éducation concernant les précautions de lutte contre les infections à domicile et des instructions relatives à ce qui doit être fait si la maladie progresse.

- Les personnes auxquelles on recommande de s'isoler à la maison devraient y demeurer au moins 5 jours après le début des symptômes (7 jours pour les jeunes enfants) ou jusqu'à ce que les symptômes aient disparu, le délai plus long étant retenu, ou si on le sait, jusqu'à la fin de la période durant laquelle on pense qu'elles seront contagieuses, à moins qu'elles ne doivent consulter un dispensateur de soins<sup>8</sup> ou à moins qu'un autre diagnostic ne soit posé. Durant cette période, elles devraient éviter tout contact étroit avec des membres du ménage non exposés.
- On s'attend à ce que l'utilisation des médicaments antiviraux de la Réserve nationale soit pour le traitement de toute personne souffrant de syndrome grippaux (SG) (préssumé l'influenza pandémique) qui soit suffisamment malade pour nécessiter des soins et qui a été évaluée dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes. (Voir l'Annexe E pour d'autres détails sur les antiviraux.)
- Si des cas sont survenus au Canada avant cette période, il sera nécessaire de communiquer tout changement apporté aux recommandations relatives à la prise en charge des cas maintenant que le virus pandémique est arrivé au Canada.

**Recommandation pour la prise en charge de personnes souffrant de SG (préssumé nouveau/ influenza pandémique) :**

***Période pandémique : Activité localisée ou étendue du virus au Canada – Phase 6.2***

**Indicateur :** Transmission soutenue du virus entraînant au départ des grappes de cas suivies par une activité localisée et étendue dans la population canadienne en général.

- À mesure qu'augmentera le nombre de cas, assurer la liaison avec le groupe en charge des mesures de lutte contre la pandémie sur son territoire pour appliquer les sections du Plan qui concernent les soins cliniques (p. ex., coordonner l'acheminement des patients vers les lieux ou centres compétents).
- Passer de la déclaration des cas individuels à la déclaration d'indicateurs généraux de l'impact de la pandémie (p. ex., niveau d'activité, nombre d'hospitalisations) conformément aux lignes directrices relatives à la surveillance.
- Communiquer des messages publics<sup>9</sup> sur les soins personnels (y compris l'isolement), la déclaration des cas, les modalités (où, quand, comment) à suivre pour obtenir une évaluation médicale et avoir accès aux ressources limitées (interrompre la surveillance active des individus).

8 Le cas devrait recevoir des instructions concernant les mesures de lutte contre les infections à prendre s'il doit quitter la maison pour consulter un dispensateur de soins (p. ex., téléphoner au préalable, porter un masque).

9 L'accent mis sur la prise en charge des cas individuels devra être changé parce que cette approche n'est pas viable lorsque le nombre de cas augmente dans la collectivité locale. Durant la consultation de l'OMS, on a reconnu qu'à mesure que les niveaux de morbidité et de mortalité augmentent durant une pandémie, les mesures qui étaient logiques durant les premières phases, telles que l'isolement des patients, la recherche des contacts et la quarantaine volontaire cesseront d'être efficaces ou applicables à cause du grand nombre de cas<sup>(1)</sup>.

- Déterminer la durée d'isolement des personnes malades soignées à l'extérieur d'un établissement de santé<sup>10</sup>, d'après les données épidémiologiques alors disponibles.
  - En l'absence de données sur la période de transmissibilité du nouveau virus, isoler les patients jusqu'à 24 heures après la disparition de leurs symptômes<sup>11</sup>.
  - Sauf lorsqu'elles consultent un dispensateur de soins, ces personnes devraient demeurer à la maison durant cette période et éviter tout contact étroit avec des membres du ménage non exposés (à moins qu'un autre diagnostic ne soit posé).
  - Envisager de prolonger cette période d'isolement dans le cas des patients immunodéprimés ou des enfants qui risquent d'excréter le virus plus longtemps.
- On s'attend à ce que l'utilisation des médicaments antiviraux de la Réserve nationale soit pour le traitement de toute personne souffrant de syndrome grippal (SG) (présumé l'influenza pandémique) qui soit suffisamment malade pour nécessiter des soins et qui a été évaluée dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes. (Voir l'Annexe E pour d'autres détails sur les antiviraux.)
- Si des cas sont survenus au Canada avant cette période, il sera nécessaire de communiquer tout changement apporté aux recommandations relatives à la prise en charge des cas maintenant que le virus pandémique est arrivé au Canada.
- À mesure que le nombre de cas diminue à la fin d'une vague pandémique :
  - Il peut être possible d'accorder une attention plus personnalisée, notamment déclarer et prendre en charge les cas individuels (se reporter aux recommandations de la Phase canadienne 6.1 à la section 5.1.3 de la présente annexe) et
  - On devrait songer à évaluer les stratégies de prise en charge des cas mises en œuvre afin d'améliorer la réponse à d'autres vagues ou d'autres pandémies<sup>12</sup>.

## 5.2 Objectifs et résultats attendus

- Connaissance par les cas de la façon de réduire la transmission de la maladie
- Possibilité réduite de transmission du nouveau virus
- Endiguement possible d'un virus qui se transmet de façon inefficace ou propagation retardée du virus pandémique
- Documentation et déclaration des cas qui répondent aux définitions de cas pour la surveillance
- Un système bien intégré de prise en charge des cas qui s'adapte à la situation

<sup>10</sup> Les patients dans un établissement de santé devraient être pris en charge conformément aux recommandations relatives à la prévention des infections alors en vigueur. Cette recommandation tient compte du fait que les services de santé publique peuvent devoir recommander une période d'isolement des cas qui demeurent dans la collectivité (à domicile).

<sup>11</sup> Au moment de la pandémie, il peut être nécessaire que les travailleurs essentiels retournent au travail durant leur période de convalescence même s'ils sont toujours contagieux. Dans une telle situation, l'autorité de la santé publique compétente peut formuler des recommandations à ces personnes afin de réduire le risque de transmission (p. ex., porter un masque dans les endroits publics).

<sup>12</sup> Il ne serait pas nécessaire d'effectuer des études d'évaluation dans toutes les provinces et tous les territoires. Pour obtenir rapidement une rétroaction, on devrait envisager de coordonner ces efforts. Par exemple, différentes provinces ou différents lieux pourraient être invités à examiner différents aspects de l'intervention.

## 5.3 Justifications

L'isolement des cas au début de la période d'alerte pandémique ou au début de la période pandémique au Canada peut prévenir la survenue de cas secondaires ou ralentir la propagation de la maladie au sein de la population<sup>13</sup>. Il peut également contribuer à prévenir ou à réduire la perturbation du système de santé en « aplatissant » la courbe épidémique, c'est-à-dire en diminuant la demande de services de santé associée à une éclosion intense de courte durée de façon qu'elle soit à un niveau plus gérable et s'étende sur une plus longue période. Cette mesure pourrait également réduire les perturbations sociales et permettrait peut-être d'avoir le temps de fabriquer et d'administrer le vaccin, ce qui atténuerait les effets de la pandémie dans l'ensemble de la collectivité.

Une hygiène des mains et une hygiène respiratoire méticuleuses peuvent réduire la transmission du virus, en particulier si celui-ci se propage principalement par gouttelettes.

Le recours aux antiviraux pour le traitement des personnes infectées par le virus présumé nouveau ou virus de l'influenza pandémique qui consultent dans les 48 heures suivant le début de leurs symptômes (la période durant laquelle les inhibiteurs de la neuraminidase aident le plus à améliorer les résultats cliniques) est sensé réduire la durée des symptômes, le taux de complications et possiblement réduire la période de transmissibilité<sup>14</sup>. Comme le nombre de cas durant la période d'alerte pandémique sera limité, la plupart des cas devraient être logés dans des hôpitaux où les mesures de lutte contre les infections ont plus de chances d'être uniformes et rigoureuses comparativement à celles prises à la maison.

La prise en charge des cas individuels au début de la pandémie facilitera la collecte de données épidémiologiques pouvant être utilisées pour caractériser la façon dont le virus se présente au Canada. L'évaluation continue des données épidémiologiques sur les cas individuels et les comparaisons avec l'information provenant d'autres pays touchés pourront aider à concentrer les efforts de lutte contre la pandémie.

Une déclaration rapide des cas ou d'indicateurs généraux de l'impact de la pandémie<sup>15</sup> permettra aux autorités de la santé publique de suivre la progression de la maladie partout au Canada. Ces données serviront de fondement pour la prise des décisions concernant tous les aspects du plan d'intervention, y compris l'affectation des stocks limités, l'efficacité de la surveillance et des mesures de santé publique, et elles faciliteront l'établissement d'une communication constante avec tous les groupes concernés, y compris le grand public.

## 5.4 Faisabilité et exigences

Pour endiguer si possible la maladie, il faudra identifier rapidement et isoler immédiatement les cas. L'accès à une quantité suffisante de tests rapides de détection de l'influenza A et aux résultats du sous-typage aidera à concentrer les efforts intenses qui devraient être déployés si des cas sont détectés au Canada avant le début de la période pandémique à l'échelle mondiale (Phase 6). Un

<sup>13</sup> Si des cas surviennent au Canada avant que le virus n'ait acquis la capacité de se transmettre efficacement d'une personne à l'autre, des mesures et un traitement énergiques peuvent permettre d'endiguer le virus.

<sup>14</sup> Si au cours d'une période d'alerte pandémique le nouveau virus cause des maladies graves et si les données semblent indiquer que la mise en route du traitement 48 heures après l'apparition des symptômes est bénéfique, cette recommandation sera revue et modifiée au besoin.

<sup>15</sup> On présume que le protocole de surveillance sera suivi le plus possible. Il sera probablement nécessaire de passer à des « indicateurs généraux », tels que les hospitalisations, la fréquentation des cliniques ou la mortalité toutes causes confondues, parce que le suivi du nombre de cas individuels ne sera pas faisable après les premiers stades de la pandémie. (Voir l'Annexe N pour les détails concernant la surveillance.)

protocole pour les épreuves de laboratoire approuvé par toutes les parties concernées accroîtra la faisabilité de cette intervention.

On devrait toujours faciliter l'hygiène manuelle et respiratoire de base en veillant à ce qu'on ait accès à des stocks et à du matériel adéquats pour tous les cas, peu importe l'endroit où ils sont soignés durant leur maladie (p. ex., accès à du savon et à de l'eau courante ou à des désinfectants pour les mains à base d'alcool). L'accès à des chambres d'isolement dans les hôpitaux deviendra rapidement un problème, et il est probable que l'établissement d'étages ou d'installations réservés sera nécessaire à mesure que la pandémie progressera et que les hôpitaux deviendront comblés. Des lieux de soins satellites ou non traditionnels peuvent devoir être créés afin de faire face à l'augmentation de la demande<sup>16</sup>.

Pour respecter les exigences en matière de déclaration des cas, il faudra une équipe affectée exclusivement à cette tâche et disposant de protocoles de communication préétablis. Idéalement, l'existence de bases de données électroniques permettant une déclaration des cas sur le Web améliorera l'efficacité de cette tâche. Pour utiliser efficacement les indicateurs généraux de l'impact de la pandémie, des données de base sur ces indicateurs devraient être recueillies à l'échelle locale ou régionale durant la période interpandémique.

## 5.5 Impacts et groupes intéressés

Avant que l'activité grippale n'atteigne un niveau pandémique au Canada, les laboratoires seront grandement touchés par l'augmentation de la demande de tests de détection de l'influenza. (Voir l'Annexe C, *Procédures de laboratoire*, pour des recommandations durant la période d'alerte pandémique et la période pandémique.)

Lorsque le niveau d'activité grippale augmente, ce seront les établissements de santé qui seront le plus touchés : demande de chambres et de services d'isolement, fournitures d'isolement et disponibilité potentielle du personnel pour soigner les patients qui peuvent avoir besoin de soins intensifs. À tout le moins, le personnel devra consacrer plus de temps à cause des exigences relatives aux procédures d'isolement.

L'isolement à domicile aura une incidence non seulement sur le patient mais également sur l'ensemble du ménage à cause des précautions spéciales à prendre pour réduire au minimum la transmission dans ces milieux (voir la section 6 ci-dessous, *Prise en charge des contacts des cas*).

L'accroissement des exigences en matière de déclaration des cas et la nécessité d'effectuer constamment des bilans de l'état des patients (en particulier au début de la pandémie lorsqu'il est important d'effectuer la caractérisation épidémiologique d'une pandémie au Canada) exerceront des pressions sur les établissements de soins primaires et les autorités de la santé publique.

## 5.6 Observance et acceptabilité prévues

Si des cas sont détectés au Canada avant qu'on dispose de preuves d'une propagation efficace du virus, l'observance des recommandations relatives à l'isolement et à la prévention des infections peut varier et sera probablement liée à la gravité de la maladie observée alors dans les cas. Si des cas se sont déjà produits ailleurs dans le monde, la connaissance de l'existence et de l'issue de ces cas peut également influencer sur l'observance.

<sup>16</sup> La Réserve nationale de secours (RNS) dispose d'environ 33 000 lits et lits de camp dans ses 165 à 200 hôpitaux mobiles; une demande peut être acheminée par le système RNS.

À mesure que la population prendra conscience de l'activité pandémique du virus à l'extérieur du Canada, elle s'attendra probablement davantage à ce qu'on protège la santé des Canadiens. L'isolement des individus malades comme stratégie de lutte sera probablement bien accueilli par la population, en particulier si le nouveau virus cause des maladies graves et des décès. On devrait insister sur l'efficacité potentielle et le rôle d'une hygiène manuelle et respiratoire scrupuleuse comme moyen de limiter la propagation du nouveau virus. Le grand public peut percevoir ces mesures « rudimentaires » de base comme étant insuffisantes, et l'observance peut ainsi être loin d'être optimale. Si les autorités de la santé publique envoient des messages cohérents et soulignent adéquatement l'importance de ces mesures de base, notamment le fait de se couvrir la bouche lorsqu'on tousse et le lavage fréquent des mains, celles-ci pourraient devenir tellement ancrées dans les habitudes qu'il deviendrait « socialement inacceptable » de ne pas s'en soucier.

L'observance chez les sujets isolés variera probablement en fonction de la gravité de la maladie et de la mesure dans laquelle ils croient ou non être infectés par le virus responsable de la pandémie. Certaines situations personnelles (p. ex., la tolérance des employeurs ou une certaine forme d'indemnisation) peuvent également influencer sur l'observance. Les agents de santé publique et même les tribunaux peuvent ordonner l'isolement de patients dans certaines situations; toutefois, cette intervention centrée sur l'individu ne pourrait probablement pas persister au-delà des premiers stades de la pandémie.

Si la pandémie se propage au point où une collectivité est durement touchée et où les ressources sont épuisées, il est possible que l'auto-isolement à domicile, peu importe la gravité de la maladie, soit accepté comme stratégie de lutte contre la maladie.

## **6.0** Prise en charge des contacts des cas

Cette section contient des recommandations concernant la prise en charge par les services de santé publique des contacts des cas suspects ou confirmés. Pour les besoins du présent document, un « contact » est un sujet qui a été personnellement exposé dans un rayon d'un mètre à un cas. On ignore quelle est la durée d'une exposition importante; les expositions devront donc être examinées dans le cadre d'une évaluation du risque. Le suivi des contacts devrait être plus énergique durant la période d'alerte pandémique et éventuellement lors du premier stade de la période pandémique avant que les ressources en santé publique ne soient submergées. Cette activité devrait être moins personnalisée à mesure que la pandémie progresse, les messages destinés aux contacts étant véhiculés surtout par le biais de campagnes d'éducation populaire, avant que les ressources en santé publique ne soient réaffectées à d'autres stratégies de lutte contre la maladie.

## **6.1** Recommandations

- Les travailleurs de la santé qui sont des contacts de cas en raison de leur exposition au travail devraient suivre les recommandations fournies par leurs services de santé au travail ou de prévention des infections au sein de leur établissement.
- Des évaluations du risque devraient être effectuées pour s'assurer que les recommandations incluses dans le présent document sont adaptées aux situations particulières, notamment avant la déclaration d'une pandémie (p. ex., si la manifestation clinique prédominante est la conjonctivite par opposition à une maladie plus grave, les recommandations relatives à la restriction des activités des contacts étroits peuvent ne pas inclure la quarantaine).

- Tous les contacts des cas devraient recevoir de l'information (sous une forme qui tient compte des niveaux de capacité en lecture et la langue de préférence) sur :
  - les mesures de protection individuelle (p. ex., lavage des mains),
  - symptômes du SG,
  - ce qu'il faut faire si des symptômes apparaissent (p. ex., qui appeler et quand),
  - comment consulter un médecin pour une raison ou une autre et
  - les objectifs et attentes pour ce qui est de la restriction des activités.
- Encourager les contacts et les membres de leur ménage à adopter de bonnes habitudes d'hygiène manuelle et respiratoire (p. ex., lavage fréquent des mains, la bouche couverte quand on tousse, etc.) et à nettoyer fréquemment puis désinfecter les surfaces de la maison qui pourraient être contaminées, particulièrement durant les 3 jours suivant la dernière exposition à un cas.
- Si un contact d'un cas manifeste un ou plusieurs symptômes compatibles avec l'influenza, il devrait être pris en charge conformément à la section 5, *Prise en charge par les services de santé publique des personnes présentant un syndrome grippal*, dans la présente annexe.
- Toute prise d'antiviraux dans le cadre d'une prophylaxie post-exposition au cours d'une période d'alerte pandémique devrait également être surveillée, les résultats cliniques (infection chez les personnes traitées et événements indésirables) étant signalés aux autorités de la santé publique compétentes.
- À mesure que le nombre de cas et de contacts augmente, il faut envisager la mise en place de lignes téléphoniques d'urgence ou de cliniques d'évaluation désignées.

## Recommandations pour la prise en charge des contacts des cas

### *Période d'alerte pandémique : Activité sporadique au Canada – Phase 3.1*

**Indicateur :** Un ou des cas humains isolés infectés par un nouveau sous-type de virus dans la population canadienne, sans qu'il ne se propage, ou tout au plus rares cas de propagation à un contact étroit uniquement. Des cas sporadiques peuvent survenir à l'extérieur du Canada sans se propager, ou tout au plus le virus peut se propager, dans de rares cas, à un contact étroit seulement.

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retracer les contacts des cas et être à l'affût des symptômes de la maladie pendant les 3 jours qui suivent la dernière exposition au cas, ou pour la durée de la période d'incubation associée au nouveau virus, le délai le plus long étant retenu.</li> <li>▪ La surveillance de la maladie peut être passive (c.-à-d., on encourage les contacts à s'auto-surveiller et à signaler toute maladie) ou active, avec ou sans restrictions des activités, selon la situation particulière et à la discrétion du médecin hygiéniste local.</li> </ul>
Restriction des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envisager de conseiller aux contacts de reporter leurs voyages dans des régions non touchées pendant toute la durée de la période de surveillance<sup>17</sup>.</li> </ul>

<sup>17</sup> Cette mesure de précaution vise à réduire le risque de transmission de l'infection par le contact d'un cas lorsqu'on ignore s'il y a transmission interhumaine du virus<sup>17</sup>.

Usage des antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas offrir systématiquement une prophylaxie post-exposition aux antiviraux aux membres du ménage et à d'autres contacts étroits de cas humains si l'on ne soupçonne pas de transmission interhumaine du virus<sup>18</sup>; envisager toutefois cette stratégie dans les cas graves ou inhabituels ou lorsqu'une transmission interhumaine limitée ne peut être écartée.</li> </ul>
----------------------	---

## Recommandations pour la prise en charge des contacts des cas

### *Période d'alerte pandémique : Activité sporadique au Canada – Phase 4.1 et Phase 5.1*

**Indicateur :** Infection(s) humaine(s) sporadique(s) par un nouveau sous-type de virus dans la population canadienne. Des grappes de cas à l'extérieur du Canada résultant d'une transmission interhumaine ont été signalés mais la transmission du virus n'est pas assez efficace pour causer une pandémie.

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retracer les contacts des cas et être à l'affût des symptômes de la maladie pendant les 3 jours qui suivent la dernière exposition au cas ou pour la durée de la période d'incubation associée au nouveau virus, le délai le plus long étant retenu.</li> </ul>
Restriction des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si les contacts sont rapidement identifiés (à l'intérieur de la période d'incubation), mettre les contacts en quarantaine ou à tout le moins leur demander de restreindre leurs contacts avec d'autres pendant les 3 jours qui suivent l'exposition au cas ou pour toute la durée de la période d'incubation, le délai le plus long étant retenu<sup>19</sup>.</li> <li>Recommander que les contacts s'abstiennent de voyager pendant la période de surveillance.</li> </ul>
Usage des antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager d'avoir recours aux antiviraux pour une prophylaxie post-exposition, selon les stocks disponibles et le degré de résistance du nouveau virus.</li> </ul>

## Recommandations pour la prise en charge des contacts des cas

### *Période d'alerte pandémique : Grappes de cas localisées ou étendues au Canada – Phase 4.2*

**Indicateur :** Petite(s) grappe(s) localisée(s) survenant au Canada et risque « limité » de pandémie (Phase 4) d'après divers facteurs, p. ex., taux de transmission, localisation et propagation géographiques, gravité de la maladie, impact des mesures de lutte, présence de gènes de souches humaines (si le virus est dérivé d'une souche animale), autres renseignements provenant du génome viral ou d'autres données scientifiques.

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retracer énergiquement les contacts des cas et exercer une surveillance active de la maladie chez ces personnes.</li> </ul>
Restriction des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si les contacts des cas sont rapidement identifiés (à l'intérieur de la période connue ou prévue d'incubation), mettre en quarantaine ces personnes ou à tout le moins leur demander de restreindre leurs contacts avec d'autres pendant une période de 3 jours après la dernière exposition au cas ou pour toute la durée de la période d'incubation associée au nouveau virus, le délai le plus long étant retenu.</li> </ul>

<sup>18</sup> Voir l'entrée n° 3 à la section *Bibliographie* pour obtenir des recommandations additionnelles concernant les contacts de cas non humains d'infection par le nouveau virus de l'influenza (aviaire ou animale).

<sup>19</sup> La décision de mettre en quarantaine se fonderait sur les résultats de l'évaluation du risque, qui tient compte des caractéristiques particulières de la situation, y compris de la gravité de la maladie et du risque que le virus cause une pandémie.

Restriction des activités (suite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommander que les contacts s'abstiennent de voyager pendant la période de surveillance.</li> </ul>
Usage des antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager d'avoir recours aux antiviraux pour une prophylaxie post-exposition des contacts étroits, selon le degré de résistance du nouveau virus.</li> <li>Les autorités de la santé publique s'occuperont de la coordination de la distribution des antiviraux à cette fin; cette stratégie ne sera utilisée que pendant la période d'alerte pandémique en vue de limiter la propagation du nouveau virus.</li> <li>Mettre fin à cette stratégie une fois qu'un facteur déclenchant prédéterminé (p. ex., propagation du virus dans la collectivité) est présent ou que les stocks réservés à cette stratégie précoce de lutte/endigement sont épuisés<sup>20</sup>.</li> </ul>

## Recommandations pour la prise en charge des contacts des cas

### *Période d'alerte pandémique : Grappe(s) localisée(s) ou étendue(s) au Canada – Phase 5.2*

**Indicateur :** Grappe(s) survenant au Canada et risque « substantiel » de pandémie d'après divers facteurs, p. ex., taux de transmission, localisation et propagation géographiques, gravité de la maladie, impact des mesures de lutte, présence de gènes de souches humaines (si le virus est dérivé d'une souche animale), d'autres renseignements provenant du génome viral ou d'autres données scientifiques).

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer énergiquement les protocoles pour la prise en charge des cas d'influenza et la gestion des éclosions le plus longtemps possible<sup>21</sup> tout en tenant compte des recommandations relatives à la lutte contre les infections à l'Annexe F<sup>22</sup>.</li> <li>L'évaluation de l'exposition peut comporter la détermination des lieux d'exposition possibles (p. ex., écoles, lieu de travail) plutôt que d'essayer d'identifier les personnes qui ont été en contact étroit avec le cas.</li> <li>Si possible, envisager une surveillance active des contacts étroits du ou des cas.</li> <li>Faciliter et encourager l'auto-surveillance du SG chez les personnes qui ont un lien avec un lieu d'exposition possible mais qui ne savent pas si elles ont été exposées au(x) cas.</li> <li>Fournir les consignes et les ressources nécessaires pour permettre à ceux qui exercent une auto-surveillance de signaler immédiatement les premiers symptômes de SG (24 heures sur 24, 7 jours par semaine) et pour recevoir les instructions concernant l'isolement et la prise en charge médicale.</li> </ul>
--------------	---

<sup>20</sup> À ce moment-ci, une décision concernant toutes les indications pour la prophylaxie durant la période pandémique, y compris la prophylaxie post-exposition des contacts étroits, n'a pas encore été prise. La taille de la Réserve nationale n'a pas été augmentée afin de rendre possible ce traitement ou toute autre indication de prophylaxie.

<sup>21</sup> On reconnaît que la prise en charge des cas individuels par les autorités de la santé publique ne pourra être maintenue longtemps et, selon la répartition géographique des cas, elle pourra devoir cesser avant la période pandémique dans les provinces ou territoires qui sont durement touchés durant la période d'alerte pandémique.

<sup>22</sup> Parmi les mesures recommandées peuvent figurer, par exemple, le triage et la fourniture de masques chirurgicaux aux patients souffrant d'une maladie respiratoire qui se présentent pour une évaluation médicale (lorsque des cas dus à la souche pandémique d'influenza sont déjà survenus dans cette collectivité particulière).

Restriction des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en quarantaine les contacts étroits et les personnes ayant un lien avec les lieux d'exposition ou à tout le moins demander à ces personnes de restreindre leurs contacts avec d'autres pendant une période de 3 jours après la dernière exposition au cas ou pendant toute la durée de la période d'incubation associée au nouveau virus, le délai le plus long étant retenu.</li> <li>▪ Si les contacts et les personnes qui ont un lien avec des lieux d'exposition ne sont pas mis en quarantaine, recommander qu'ils s'abstiennent de voyager pendant la période de surveillance.</li> </ul>
Usage des antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envisager d'avoir recours aux antiviraux pour une prophylaxie post-exposition des contacts étroits, selon les stocks disponibles et le degré de résistance du nouveau virus.</li> <li>▪ Les autorités de la santé publique s'occuperont de la coordination de la distribution des antiviraux à cette fin; cette stratégie ne sera utilisée que pendant la période d'alerte pandémique en vue de limiter la propagation du nouveau virus.</li> <li>▪ Mettre fin à cette stratégie une fois qu'un facteur déclenchant prédéterminé (p. ex., propagation du virus dans la collectivité) est présent ou que les stocks réservés à cette stratégie précoce de lutte/endigement sont épuisés<sup>23</sup>.</li> </ul>

## Recommandations pour la prise en charge des contacts des cas

### *Période pandémique : Activité sporadique au Canada – Phase 6.1*

**Indicateur :** Cas humain(s) isolé(s) infecté(s) par le virus responsable de la pandémie ayant été détecté au Canada. Aucune grappe décelée au Canada.

**Nota :** Si la période d'incubation, la période de transmissibilité et le mode de transmission de la nouvelle souche concordent avec ceux d'autres souches connues du virus de l'influenza, il est probable que cette phase sera de très courte durée et peut ne pas exister du tout au Canada (l'activité du nouveau virus peut ne pas être détectée avant la survenue d'une grappe de cas).

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer les lieux d'exposition possibles et recommander à tous les contacts étroits des cas et aux personnes ayant des liens avec le lieu d'exposition (p. ex., passagers à bord d'un même avion) d'exercer une auto-surveillance des premiers signes de SG pendant 3 jours après la dernière exposition au cas ou pendant toute la durée de la période d'incubation associée au nouveau virus, le délai le plus long étant retenu.</li> <li>▪ Fournir les consignes et les ressources nécessaires pour permettre à ceux qui exercent une auto-surveillance de signaler immédiatement les premiers symptômes de SG (24 heures sur 24, 7 jours par semaine) et de recevoir des instructions concernant l'isolement et la prise en charge médicale.</li> </ul>
Restriction des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renseigner les contacts connus et potentiels de cas sur la période de transmissibilité de l'influenza et la nécessité de s'isoler immédiatement s'ils commencent à présenter des signes de SG.</li> <li>▪ Décourager les voyages durant la période d'auto-surveillance.</li> </ul>

<sup>23</sup> À ce moment-ci, une décision concernant toutes les indications pour la prophylaxie durant la période pandémique, y compris la prophylaxie post-exposition des contacts étroits, n'a pas encore été prise. La taille de la Réserve nationale n'a pas été augmentée afin de rendre possible ce traitement ou toute autre indication de prophylaxie.

Usage d'antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>À ce moment-ci, une décision concernant toutes les indications pour la prophylaxie durant la période pandémique, y compris la prophylaxie post-exposition des contacts étroits, n'a pas encore été prise. La taille de la Réserve nationale n'a pas été augmentée afin de rendre possible ce traitement ou toute autre indication de prophylaxie.</li> </ul>
--------------------	---

## Recommandations pour la prise en charge des contacts des cas

### *Période pandémique : Activité localisée ou étendue au Canada – Phase 6.2*

**Indicateur :** Transmission soutenue du virus entraînant au départ des grappes de cas, puis une activité localisée et étendue dans la population canadienne en général.

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>À mesure que le nombre de cas et de contacts subséquents augmente, les conseils donnés aux contacts devraient être intégrés dans les messages s'adressant à l'ensemble de la collectivité touchée.</li> <li>Fournir des conseils sur la façon de surveiller les signes de SG (p. ex., consigner la température ou identifier les symptômes respiratoires).</li> <li>Le suivi des contacts peut s'intensifier afin de déterminer la fin d'une vague pandémique lorsque l'activité pandémique semble décliner.</li> </ul>
Restriction des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si on avait auparavant mis en quarantaine les contacts, envisager de cesser cette pratique durant cette phase, c.-à-d., lorsqu'on sait que le virus se propage efficacement d'une personne à l'autre, et lorsque les ressources peuvent être affectées de préférence à d'autres activités.</li> </ul>
Usage des antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>À ce moment-ci, une décision concernant toutes les indications pour la prophylaxie durant la période pandémique, y compris la prophylaxie post-exposition des contacts étroits, n'a pas encore été prise. La taille de la Réserve nationale n'a pas été augmentée afin de rendre possible ce traitement ou toute autre indication de prophylaxie.</li> </ul>

### Période post-pandémique

**Indicateur :** Les rapports sur le nombre de cas et d'autres indicateurs généraux de l'activité pandémique au Canada semblent indiquer que le virus responsable de la pandémie ne cause plus une morbidité importante dans la population.

- Envisager des activités d'évaluation qui portent sur l'efficacité des stratégies de prise en charge des contacts utilisées durant la ou les vagues pandémiques.

## 6.2 Objectifs et résultats attendus

- Identification des contacts infectés avant qu'ils ne deviennent contagieux
- Détection précoce des cas additionnels, diminution de l'intervalle entre le début de la transmissibilité et l'isolement
- Limitation potentielle de la propagation ou ralentissement de la propagation
- Information des personnes en contact étroit avec des cas concernant la façon de réduire la possibilité d'exposition ultérieure au virus
- Développement des connaissances concernant l'impact des stratégies mises en œuvre

## 6.3 Justifications

Advenant que des éclosions surviennent au Canada pendant que la transmission du virus demeure relativement inefficace (soit durant la période d'alerte pandémique), il serait possible de les endiguer si l'on est en mesure de prendre en charge rapidement et efficacement les contacts, notamment par des mesures comme la restriction des activités et la quarantaine et peut-être l'usage prophylactique d'antiviraux.

Si l'on s'assure que les sujets qui ont eu des contacts avec un cas font l'objet d'une surveillance adéquate et connaissent le nom de la personne à contacter lorsqu'ils deviennent symptomatiques, il sera plus facile de détecter les cas précoces et d'offrir le traitement précoce aux antiviraux. Au début de la pandémie, des données épidémiologiques sur ces premiers cas aideront à caractériser l'activité pandémique ainsi que l'épidémiologie au Canada. Cette information pourra aider à l'intervention, surtout à celles qui nécessitent l'identification des groupes à risque élevé.

Comme les stocks d'antiviraux seront possiblement limités pour la stratégie d'endiguement, au cours de la période d'alerte pandémique un usage ciblé est recommandé pour les contacts des premiers cas identifiés dans une région où l'on sait qu'une transmission interhumaine existe. Ces efforts en vue de réduire la propagation du virus auront vraisemblablement une application limitée parce qu'ils seront inapplicables une fois que le virus se transmet à grande échelle dans la collectivité.

Les autorités de la santé publique sont chargées de fournir de l'information sur la façon de prendre en charge toute maladie potentielle chez les contacts des cas ou chez les membres de leur ménage et sur la façon de réduire le risque d'infection virale. Si elles s'acquittent bien de cette tâche, les individus (et la collectivité dans son ensemble) percevront les autorités de la santé publique comme un partenaire dynamique dans cette crise sanitaire et comme un acteur crédible dans toute intervention future en santé publique (en particulier lorsque les stratégies qui risquent d'être moins populaires comportent l'établissement d'un ordre de priorité pour la distribution de stocks limités).

## 6.4 Faisabilité et exigences

On ne prévoit pas que le recours à la quarantaine soit aussi efficace pour lutter contre l'influenza que pour d'autres maladies dont la période d'incubation est plus longue. Mais si des cas et des grappes de cas surviennent au Canada avant le début de la pandémie, il sera essentiel de restreindre les activités des cas afin de contenir l' (les) éclosion(s). Cette intervention aura le plus de succès si les cas et par la suite leurs contacts sont identifiés très rapidement après l'apparition de la maladie chez les cas et si la nouvelle souche ne se transmet pas de façon efficace entre humains (comme pour la période d'alerte pandémique). Dans ces conditions, les mesures de quarantaine individuelle devraient être utilisées à la discrétion des autorités locales de la santé publique et seulement lorsque des ressources suffisantes peuvent être consacrées à cet effort.

La mise en quarantaine des contacts nécessitera d'importantes ressources en santé publique; son efficacité comme stratégie d'endiguement et de lutte dépendra de l'exhaustivité de la recherche des contacts, de la rapidité de la mise en œuvre et de la continuité de la surveillance. Ces efforts ne pourront être maintenus au-delà de la période d'alerte pandémique et, selon l'ampleur des éclosions, ils devront peut-être être interrompus au cours de la période d'alerte pandémique (c.-à-d., avant les Phase 6.1 et Phase 6.2 au Canada).

L'information des contacts sera effectuée au départ à l'échelle individuelle au moyen de feuillets de renseignements ou de conseils téléphoniques. Pour ce faire, on devra compter sur du personnel dûment formé qui a accès à la liste des contacts produite au terme de la recherche des cas. Cette approche peut être applicable tôt dans la pandémie, mais elle devra rapidement changer pour être remplacée par une stratégie plus efficace en population (voir section 3, *Éducation publique*, dans la présente annexe).

La disponibilité des antiviraux et les ressources humaines dévouées détermineront la faisabilité de la mise en œuvre d'une prophylaxie post-exposition pour les contacts des cas. Les autorités de la santé publique devront vraisemblablement s'assurer que les médicaments sont distribués aux personnes ciblées.

En raison de l'épidémiologie de l'influenza (p. ex., la possibilité de transmission avant l'apparition des symptômes), il serait extrêmement difficile d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de prise en charge des contacts influenceront sur l'activité pandémique du virus dans une collectivité quelconque. Pour ce qui est de la gestion des ressources, cependant, il peut être utile d'examiner la façon dont les ressources sont affectées à la prise en charge des contacts et si des changements peuvent être apportés à ces stratégies afin d'améliorer l'efficacité de la réponse globale à la pandémie.

## **6.5 Impacts et groupes intéressés**

La survenue d'un cas aura immédiatement pour effet d'accroître le nombre de « personnes intéressées » parce que les contacts du cas demanderont des conseils concernant l'atténuation de leur risque personnel. Les autorités locales de la santé publique peuvent être inondées de demandes de renseignements, et la nécessité de recueillir de l'information sur les contacts pourra bientôt céder la place à d'autres priorités. Pour ce qui est de l'éducation et de la communication, l'ensemble de la population devrait être considérée dans une telle situation comme des contacts potentiels d'un cas.

## **6.6 Observance et acceptabilité prévues**

Si des cas sont détectés au Canada avant qu'on dispose de preuves d'une propagation efficace du virus, l'observance des recommandations relatives à l'isolement et à la lutte contre les infections peut varier et sera probablement liée à la gravité de la maladie observée alors chez les cas.

Si l'on se fie à l'expérience du SRAS en 2003, où des contacts de cas ont été notifiés et ont fait l'objet d'une surveillance par les autorités locales de la santé publique tout au long de l' (des) éclosion(s)<sup>(5)</sup>, la population peut ne pas comprendre pourquoi les contacts des nouveaux cas d'influenza peuvent ne pas être avisés et mis en quarantaine ou pourquoi cette stratégie peut n'être utilisée qu'au début de l'activité du virus au Canada. Une campagne proactive d'éducation peut rendre les recommandations proposées plus acceptables, ces recommandations excluant une quarantaine systématique durant la période pandémique. Il importe de reconnaître que des personnes peuvent décider de se mettre elles-mêmes en quarantaine ou que d'autres établissements (p. ex., écoles, lieux de travail) peuvent appliquer leurs propres règles en matière de quarantaine et il faut être prêt à faire face à une telle situation.

Si les médicaments antiviraux sont distribués au départ aux contacts des premiers cas dans une province ou un territoire donné, il sera difficile de mettre fin à cette intervention lorsque celle-ci ne sera plus applicable ou efficace du point de vue de la population dans son ensemble ou que ce ne soit pas une utilisation recommandée pour les antiviraux de la Réserve nationale durant

une période pandémique. Le public devra être informé à l'avance des stratégies de distribution des antiviraux et des raisons qui les sous-tendent. Cette information facilitera l'acceptation des décisions en matière de santé publique qui mettent l'accent sur l'objectif principal de réduire le nombre général de cas et de décès. Deux concepts devront être pris en compte dans les messages d'éducation et de communication du risque afin d'optimiser l'observance et faciliter l'acceptation des décisions en matière de santé publique; que certaines mesures de santé publique devront changer à mesure que la pandémie évolue et que l'utilisation des médicaments de la Réserve nationale était basée sur des décisions au niveau national afin de faciliter l'accès équitable et l'usage optimal partout au Canada.

Les activités d'évaluation peuvent être plus efficaces si elles sont coordonnées de façon que certains centres examinent des questions particulières, ce qui réduira peut-être le dédoublement des efforts et ne nécessitera pas la participation de tous les centres. Cette approche peut contribuer à améliorer l'acceptabilité des activités d'évaluation par les autorités sanitaires dans les provinces et territoires qui sont encore en train de se rétablir de la pandémie.

## **7.0 Stratégies communautaires de lutte contre la maladie**

Il ne sera probablement pas possible de limiter la propagation de l'influenza dans la collectivité si l'on ne dispose pas d'un vaccin efficace (dans l'hypothèse où le nouveau virus causera une morbidité ayant des caractéristiques similaires à celle associée à d'autres virus de type A). Plus précisément, la courte période d'incubation, la grande contagiosité, la capacité du virus de survivre pendant de longues périodes sur des surfaces dans l'environnement, la non-spécificité des symptômes cliniques et le risque d'infection asymptomatique et de propagation du virus par des personnes asymptomatiques limitent grandement l'efficacité et la faisabilité de la plupart des mesures classiques de santé publique visant à lutter contre la maladie. Durant l'épidémie de SRAS, on ne disposait d'aucun vaccin ni d'aucun médicament spécifique au virus pour le traitement ou la prophylaxie; il s'est donc avéré crucial d'isoler efficacement les cas transmissibles et d'identifier leurs contacts et de les mettre en quarantaine. Un exercice récent de modélisation a conclu que l'influenza pourrait être difficile à contrôler même avec un taux de quarantaine et de recherche de contacts de 90 %, à cause du grand nombre de cas de transmission présymptomatique<sup>(6)</sup>.

Comme le taux d'attaque potentiellement élevé d'un nouveau virus dans la population en général entraînera une surutilisation de toutes les ressources existantes dans le domaine des soins de santé, les planificateurs devraient idéalement envisager d'affecter des ressources uniquement aux mesures qui atténueront efficacement l'impact de la pandémie. Malheureusement, la plupart des mesures communautaires à l'étude, y compris l'usage généralisé de masques, l'annulation des rassemblements publics et la fermeture des écoles et des entreprises, ont été décrites comme inefficaces dans des rapports anecdotiques, ou encore leur efficacité n'a pas été évaluée en bonne et due forme. Le recours à des modèles mathématiques pour prédire l'efficacité potentielle de ces types d'interventions peut fournir des estimations de leur impact qui aideront à élaborer des documents futurs de planification.

Malgré l'absence de données sur les mesures efficaces, il est recommandé de tenir compte des conclusions relatives aux mesures et aux interventions décrites ci-dessous au moment d'élaborer des plans en vue d'une pandémie. Ces recommandations reposent principalement sur l'opinion d'experts et visent à faciliter l'adoption d'une approche cohérente. Elles ne cherchent pas à remplacer les mesures qui peuvent être ordonnées par les autorités PT.

Les facteurs qui déclencheront l'adoption des mesures suivantes dépendront de la vitesse et du mode d'évolution de la pandémie. En général, les décisions concernant la mise en œuvre de ces mesures seront probablement prises par les autorités locales de la santé publique (médecins hygiénistes). Toutefois, on reconnaît que des directives peuvent également être données par les autorités PT ou régionales afin de garantir la cohérence d'une approche à grande échelle.

## **7.1 Renforcer les consignes recommandant d'éviter les événements et les lieux publics (auto-isollement) si on a de la fièvre et si des symptômes respiratoires viennent d'apparaître<sup>24</sup>**

### **Facteur déclenchant**

- Arrivée d'un ou plusieurs cas confirmés dans la province ou le territoire. Les autorités locales devraient renforcer cette recommandation lorsque des cas surviennent sur leur territoire.

### **Avantages**

- Possibilité d'abaisser le nombre de personnes exposées à un sujet malade et, partant, de réduire (ou de retarder) la propagation de la maladie.
- Mesure facile à appliquer comme « recommandation à l'intention de la population ».
- A des chances d'être bien acceptée par la population.

### **Inconvénients**

- L'observance variera et ne sera pas mesurable (l'efficacité ne pourra donc être quantifiée).
- Cela peut entraîner un absentéisme inutile chez les travailleurs essentiels vu qu'à cause des symptômes non spécifiques, des personnes atteintes d'autres maladies resteront à la maison.
- On peut s'attendre à ce que les autorités de la santé publique fournissent les ressources pour « appliquer » la recommandation.

### **Conclusion**

Il s'agit d'une mesure sensible, faisable et facile à mettre en œuvre du point de vue de la santé publique. Bien qu'elle puisse perturber le fonctionnement des entreprises et de la société dans son ensemble, elle peut retarder la propagation de la maladie à l'intérieur de la collectivité. Cet « aplatissement » de la courbe épidémique est utile parce qu'il peut réduire la demande des services de santé durant une journée ou une semaine donnée, la demande demeurant élevée mais étant étalée sur plusieurs semaines.

- Mise en œuvre fortement recommandée.

<sup>24</sup> Les personnes souffrant de troubles respiratoires chroniques devraient envisager de demeurer à la maison si elles présentent une fièvre et une exacerbation de leurs symptômes respiratoires.

## 7.2 Fermer les écoles et les garderies

### Facteur déclenchant

Déclaration d'un ou plusieurs cas confirmés dans la collectivité locale par les autorités locales de la santé publique (c.-à-d., confirmation de la présence d'une pandémie), suivant le contexte épidémiologique (mesure dans laquelle les lieux touchés risquent de favoriser la transmission du virus d'après l'âge des cas observés, etc.). Il n'est pas nécessaire ni souhaitable d'attendre qu'on ait démontré que le virus s'est propagé dans ces milieux.

### Avantages

- On sait que les enfants transmettent efficacement l'influenza; la fermeture des écoles et des grosses garderies peut réduire la transmission ou ralentir la propagation de la maladie (dans ce groupe d'âge et chez les frères et sœurs plus jeunes, les parents et les contacts étroits des personnes qui fréquentent l'école et la garderie).
- La plupart des autorités de la santé publique ont légalement le pouvoir de mettre en œuvre cette mesure et ont des relations de travail avec les commissions scolaires.

### Inconvénients

- D'autres modalités de garde des enfants devront être adoptées, ce qui peut mener à des « rassemblements » d'enfants à l'extérieur de l'école, annulant ainsi l'avantage recherché de la fermeture d'écoles.
- Cette mesure ne s'applique qu'aux enfants d'âge scolaire et à ceux qui fréquentent les grosses garderies.
- Les travailleurs essentiels peuvent être réaffectés à la garde d'enfants.

### Conclusion

Cette mesure est faisable et serait la plus efficace si la pandémie entraînait des taux d'attaque élevés chez les enfants d'âge préscolaire ou scolaire. On reconnaît que les commissions scolaires ou les administrateurs de garderies peuvent décider indépendamment de fermer leurs établissements peu importe l'épidémiologie de la pandémie. Le Groupe de travail recommande cette mesure comme un des éléments clés à considérer afin de réduire la transmission de l'influenza dans une collectivité.

- Mise en œuvre de cette mesure à envisager.

## 7.3 Restreindre les rassemblements publics à l'intérieur (ailleurs que dans les écoles)

(p. ex., fermer les cinémas et d'autres lieux où s'entassent un grand nombre de gens à l'intérieur, interrompre les services de transport en commun)

### Facteur déclenchant

Indication par les autorités locales de la santé publique que le virus se transmet à l'intérieur de la collectivité<sup>25</sup>.

### Avantages

- Réduit le nombre d'endroits où le virus peut se propager à un grand nombre de personnes.

### Inconvénients

- Peut alimenter la panique dans la population et causer des perturbations sociales.
- Impact économique négatif sur les propriétaires d'entreprises (peut entraîner des demandes d'indemnisation).
- Il peut être difficile de maintenir cette mesure pendant toute la durée de la pandémie, en particulier si l'activité pandémique est étendue.

### Conclusion

Ce type de mesure peut être applicable, mais il peut être difficile d'assurer son observance et son maintien pendant une longue période, en particulier parce que son efficacité n'est pas prouvée. C'est notamment vrai dans le cas des rassemblements et des activités qui sont jugés « essentiels » (p. ex., transport en commun) et cela perturberait grandement la société, si l'on y mettait fin.

Si l'épidémiologie de la pandémie semble indiquer une morbidité ou une mortalité plus grande dans un groupe donné (p. ex., adolescents), l'annulation d'événements susceptibles d'attirer ce groupe à risque élevé devrait donc être envisagée, en particulier si le virus se transmet efficacement. L'objectif de ces annulations ou restrictions ciblées serait d'éviter une augmentation soudaine de la demande de services de santé à la suite d'une « accumulation » du nombre de cas associés à une transmission efficace du virus lors d'un grand rassemblement.

Une fois que le virus circule dans une collectivité, les rassemblements à l'intérieur dans le cadre d'événements ou dans des endroits associés à des activités commerciales peuvent être suspendus sans intervention de la part des services de santé publique parce que la population évite de participer à de grands rassemblements. Comme l'efficacité de cette mesure n'est pas établie et comme il est difficile de la maintenir longtemps, le Groupe de travail ne recommande pas sa mise en œuvre à grande échelle. Toutefois, il est recommandé que ceux qui parrainent de grands rassemblements veillent à ce qu'il y ait tout ce qu'il faut pour se laver les mains dans les toilettes publiques.

- Mise en œuvre à grande échelle non recommandée.
- À envisager si l'on peut identifier des rassemblements à risque élevé.

<sup>25</sup> Ces types de mesures auraient le plus de chances d'être efficaces avant que des cas ne soient transmis dans la collectivité. Mais en l'absence de cas, il serait difficile de justifier cette mesure draconienne compte tenu du fait qu'on ne dispose pas de données rigoureuses quant à son efficacité.

## 7.4 Utilisation de masques par les personnes en santé

### Facteur déclenchant

Déclaration par les autorités locales de la santé publique qu'un ou plusieurs cas confirmés sont survenus dans la collectivité locale.

### Avantages

- Peut réduire l'exposition à de grosses gouttelettes contenant le virus.
- Rassure psychologiquement les gens parce qu'ils ont l'impression de prendre des mesures pour prévenir l'infection.

### Inconvénients

- Les mains et d'autres surfaces peuvent être contaminées lorsque le masque est enlevé (nécessite une éducation de la population).
- Cela peut causer une panique si l'accès à des masques est limité.
- L'achat public de masques peut restreindre les stocks de masques dans les milieux de soins où l'on en a besoin.
- Les membres de la population ne peuvent pas tous se payer des masques. Si cette mesure est recommandée par les autorités de la santé publique, on pourrait s'attendre à ce que les programmes de santé publique financent et fournissent ces masques.
- Il n'est pas possible de porter constamment un masque pour toute la durée de la vague pandémique.
- L'usage de masques, en dehors des activités de lutte contre les infections, a une efficacité limitée et peut générer un faux sentiment de sécurité.

### Conclusion

Cette mesure n'est pas applicable ni ne peut être maintenue longtemps à l'échelle d'une population. Il est peu probable qu'elle réduise efficacement la propagation de la maladie dans la population en général et elle n'est donc pas recommandée comme stratégie communautaire. On reconnaît que les personnes qui portent un masque recommandé de façon adéquate au moment d'une exposition peuvent se protéger grâce à la barrière qu'offre le masque. L'OMS recommande que l'usage du masque par le public soit basé sur le risque, y compris la fréquence et la proximité des rapports avec une personne infectée et suggère, d'après cette évaluation du risque, que l'utilisation de masques dans des endroits bondés tels que les transports communs peut être justifiable<sup>(7)</sup>. Cependant, au cours d'une pandémie, lorsque le virus circule dans la collectivité, il sera impossible aux autorités de santé publique d'évaluer et de comparer les risques d'exposition dans des environnements publics particuliers (soit transport en commun, restaurants, centres récréatifs). Les membres de la population peuvent donc vouloir acheter et utiliser des masques pour leur protection personnelle; en dehors des lieux à risque élevé connus (p. ex., un hôpital qui héberge des cas), une telle mesure ne constituerait pas cependant un bon usage des deniers publics.

Les personnes en santé qui prennent soin de cas dans un lieu non traditionnel ou à domicile devraient suivre les recommandations fournies par le Groupe de travail sur la lutte contre les infections à l'intention des personnes qui exercent ces fonctions (voir Annexe F).

- Intervention ou mesure non recommandée à l'échelle de la collectivité.

## **7.5 Mettre en place des postes pour le lavage des mains dans les endroits publics**

(p. ex. transports en commun)

### **Facteur déclenchant**

Indication par les autorités locales de la santé publique que le virus se transmet dans la collectivité.

### **Avantages**

- Peut accroître la fréquence du lavage des mains et, partant, réduire la propagation de la maladie.
- Renforce le message clé concernant le lavage des mains.

### **Inconvénients**

- Son efficacité dépend du degré d'observance dans la population.
- Ne sera pas efficace contre la transmission par des gouttelettes projetées lors de la toux et des éternuements.
- Requiert des ressources humaines et financières pour l'approvisionnement adéquat des postes.
- Peut être coûteuse à mettre en place et à maintenir.
- Peut donner aux gens un faux sentiment de sécurité.

### **Conclusion**

Le lavage fréquent des mains est une mesure efficace de lutte contre les infections lors d'un contact avec des sujets qui sont infectieux. Cette mesure est applicable, mais le maintien de ces postes de lavage des mains au moment d'une pandémie ne serait probablement possible que si la tâche de les approvisionner pouvait être assumée par d'autres organisations que les organisations de santé publique.

L'efficacité des postes publics de lavage des mains comme stratégie communautaire en situation de pandémie n'est pas connue et serait grandement tributaire du taux d'observance dans la population (lequel pourrait varier grandement) et de la proportion de personnes infectieuses dans les endroits publics à n'importe quel moment dans le temps. Cette mesure (c.-à-d., la mise en place de nouveaux postes pour le lavage des mains) n'est donc pas considérée comme un moyen efficace de réduire substantiellement la propagation de la maladie dans la population en général. Ce n'est pas une stratégie communautaire recommandée parce que les avantages supplémentaires prévus qu'elle offre sont minimes.

---

28 Ibid.

La diffusion de messages publics concernant le lavage des mains doit être encouragée et les toilettes publiques existantes devraient être adéquatement approvisionnées en tout temps. Pour les raisons déjà invoquées et à cause de la difficulté de maintenir ces postes au moment d'une pandémie, l'établissement de nouveaux postes de lavage des mains dans des endroits publics n'est cependant pas considéré comme une utilisation adéquate des ressources publiques.

- Intervention ou mesure non recommandée à l'échelle de la collectivité.

## **7.6 Augmenter la fréquence du nettoyage des surfaces dans les lieux publics**

(p. ex., transports en commun, établissements de grande taille, entreprises)

### **Facteur déclenchant**

Indication par les autorités locales de la santé publique que le virus se transmet dans la collectivité.

### **Avantages**

- Peut permettre d'enlever des virus viables sur les surfaces fréquemment touchées et de réduire ainsi la propagation de la maladie.
- Renforce le message clé concernant le mode de transmission et l'hygiène personnelle.

### **Inconvénients**

- Requiert des ressources pour maintenir ces lieux propres.
- Impossible de « cibler » les efforts de nettoyage.
- L'efficacité dépend de la fréquence et de la qualité du nettoyage (au moyen des fournitures et des techniques appropriées).
- La fréquence optimale du nettoyage ne peut être établie et pourrait ne pas pouvoir être respectée au plus fort de la pandémie dans la collectivité.
- Cette mesure peut être coûteuse.

### **Conclusion**

Le nettoyage de l'environnement est des plus efficaces dans le cas des surfaces qui viennent en contact avec des personnes contagieuses. L'augmentation de la fréquence du nettoyage est possible, mais l'identification des personnes contagieuses dans les endroits publics ne l'est pas. En raison de la fréquence avec laquelle les mains viennent en contact avec diverses surfaces « publiques », il faudrait pratiquement effectuer un nettoyage constant pour contribuer tant soi peu à réduire le nombre de micro-organismes sur ces surfaces. Cette mesure ne peut réalistement être mise en œuvre; il n'est donc pas recommandé de l'utiliser à grande échelle comme stratégie communautaire d'endiguement de la maladie.

Les personnes qui peuvent vouloir réduire leur risque d'exposition à des gouttelettes infectieuses voudront peut-être procéder à un nettoyage plus fréquent de leur propre environnement et limiter leurs contacts manuels avec les « surfaces publiques » (p. ex., boutons d'ascenseur,

téléphones publics)<sup>26</sup>. Ces stratégies pourraient être incluses dans des messages d'éducation publique.

- Intervention ou mesure non recommandée à l'échelle de la collectivité.

## 7.7 Autres mesures dont la mise en œuvre n'est PAS recommandée

Toutes les mesures ou tous les principes généraux dont il est question dans le présent document ont également été abordés durant la consultation internationale menée par l'OMS (mars 2004), comme il est indiqué dans le rapport de la réunion<sup>(1)</sup>. Les participants s'entendaient pour dire que les mesures qui suivent étaient soit inutiles ou inadéquates. Le Groupe de travail sur les mesures de santé publique souscrit également à ces conclusions.

Mesure	Commentaires
Inciter l'ensemble de la population dans une zone touchée à vérifier au moins une fois par jour la présence d'une fièvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesure qui est susceptible de réduire l'intervalle entre l'apparition des symptômes et l'isolement des patients, mais qui ne s'est pas avérée efficace dans d'autres situations</li> </ul>
Mettre en place des imageurs thermiques dans des lieux publics	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'expérience n'a pas montré que cette mesure était efficace</li> </ul>
Désinfecter à grande échelle l'environnement ou l'air	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas pratique</li> </ul>
Désinfecter les vêtements, les chaussures ou d'autres effets des personnes qui quittent les zones touchées	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non recommandée à des fins de santé publique</li> <li>▪ Peut être requise par les autorités vétérinaires pour prévenir la propagation de l'infection chez les animaux</li> </ul>
Restreindre les déplacements en direction ou en provenance des zones touchées	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ On ne pourra appliquer ces restrictions dans la plupart des pays</li> <li>▪ Risque d'être appliqué volontairement lorsque la population se rend compte du risque</li> </ul>
Cordon sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en œuvre peu pratique</li> </ul>

## 8.0 Collectivités isolées

Certaines des interventions communautaires ainsi que les mesures visant les voyages et prises aux frontières présentées dans le document peuvent être plus faciles à appliquer dans les collectivités isolées que dans des zones densément peuplées. C'est que les lieux d'exposition communautaire possible peuvent être identifiés plus facilement dans les collectivités isolées et que le mouvement des personnes peut être surveillé ou éventuellement restreint. Des rapports anecdotiques signalent que durant la pandémie d'influenza espagnole de 1918 et 1919, de petits villages en Alaska qui ont restreint de façon rigoureuse les entrées et sorties du village n'ont pas été touchés par l'influenza. Bien que cette mesure ne soit plus faisable aujourd'hui, il peut être davantage possible dans les collectivités isolées que dans les régions plus peuplées de retarder l'introduction de la souche pandémique jusqu'à ce que les vaccins soient disponibles. Les responsables de la planification des mesures antipandémiques dans ces régions devraient songer à faire participer les résidents à la planification afin de voir s'ils appuieraient ces premières mesures restrictives mais potentiellement utiles.

<sup>26</sup> Des rapports anecdotiques signalent que durant la pandémie d'influenza espagnole de 1918 et 1919, on décourageait les gens de se saluer en se serrant la main.

## 9.0 Mesures liées aux voyages et prises aux frontières

Le rapport de la consultation internationale de l'OMS sur le sujet<sup>(1)</sup> contient une longue liste de mesures de santé publique qui pourraient être envisagées à l'échelle internationale. De façon générale, on n'encourage pas le dépistage du virus à l'entrée chez les voyageurs en provenance de régions touchées, sauf les régions indemnes qui sont isolées géographiquement (p. ex., îles) où cette mesure est considérée comme pouvant être plus faisable. On s'entendait pour dire cependant que le dépistage à la sortie était potentiellement utile pour tous les voyageurs venant de zones où il existe des cas connus d'infection humaine ou de transmission interhumaine (c.-à-d., à partir de la période d'alerte pandémique, Phase 4 et Phase 5). Pour ce faire, on pourrait utiliser les déclarations et les questionnaires de santé, et peut-être le dépistage de la fièvre, tout en diffusant à grande échelle un message qui recommande aux personnes malades de reporter leur voyage. L'adoption de listes de personnes isolées ou en quarantaine était considérée possible dans certains pays, mais n'était pas en général encouragée, non plus que l'examen médical des voyageurs à risque ou présentant une fièvre.

Le texte qui suit est divisé en période et phase pandémiques. Il vise à décrire les mesures liées aux voyages et prises aux frontières qui peuvent être adoptées au Canada pour contrer la pandémie, que celle-ci provienne de l'extérieur du Canada (c.-à-d., origine internationale) ou de l'intérieur du Canada (c.-à-d., origine nationale). Il a pour but de fournir des lignes directrices sur les rôles possibles des services locaux et PT de santé publique en ce qui concerne les mesures liées aux voyages et prises aux frontières.

### Origine internationale : Phase pandémique canadienne 3.0

**Indicateur :** Infection(s) humaine(s) par un nouveau sous-type de virus dans un ou plusieurs endroits à l'extérieur du Canada, mais risque pandémique immédiat faible (aucune propagation, sinon, dans de rares cas, propagation à un contact étroit seulement).

#### Avis

Un avis aux voyageurs sera affiché sur le site Web de l'ASPC pour informer les voyageurs concernant la survenue d'infections humaines dans certaines régions géographiques d'autres pays et pour recommander des mesures de santé personnelle en vue de réduire les risques pour la santé. Il sera recommandé dans les avis de consulter un médecin pour une évaluation du risque personnel avant le voyage et une évaluation médicale après le voyage visant à détecter les maladies qui se développent en voyage ou au retour.

#### Mesures de santé publique

- Être prêt à répondre à des communiqués de presse et à des avis aux voyageurs affichés sur des sites Web des services de santé publique internationaux et nationaux (p. ex., ASPC, OMS), informant les voyageurs de la survenue de cas d'infection humaine par un nouveau virus de l'influenza<sup>27</sup> dans une région géographique d'un pays donné.
- Fournir des mises à jour à l'intention des professionnels de la santé pour :
  - Sensibiliser les professionnels de la santé qui dispensent des conseils avant les voyages.

<sup>27</sup> Ces messages peuvent avoir été précédés par des articles dans les médias et des alertes concernant des éclosions dans des populations aviaires ou animales dans lesquels on conseillera à la population d'éviter tout contact avec des sources possibles du virus (p. ex., fermes avicoles, marchés d'animaux vivants).

- Sensibiliser davantage les professionnels de la santé qui évaluent le SG chez les voyageurs à leur retour aux facteurs de risque d'infection par le nouveau virus qui sont liés aux « voyages ».
- Veiller à ce que les mesures de surveillance recommandées, l'infrastructure et les liens soient en place. (La section sur la Surveillance du Plan, qui est en train d'être élaborée pour la prochaine édition du Plan, renfermera des recommandations spécifiques.)
- Prendre en charge tout cas du point de vue de la santé publique (voir section 5, *Prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un syndrome grippal*, dans la présente annexe).

### Origine nationale : Phase pandémique canadienne 3.1

**Indicateur :** Infection(s) humaine(s) par un nouveau sous-type de virus dans la population canadienne, mais risque immédiat de pandémie faible (aucune propagation, sinon, dans de rares cas, propagation à un contact étroit).

#### Avis

Le Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC) et l'ASPC pourraient afficher ensemble (sur le site Web de l'ASPC) un avis aux voyageurs informant les Canadiens de la survenue d'infections humaines dans une certaine région du Canada. Cet avis fournirait des renseignements à jour et complets sur les risques pour la santé et indiquerait s'il est recommandé ou non de se rendre dans la zone touchée, c'est-à-dire la zone définie par les autorités locales ou PT de la santé publique où le(s) cas est (sont) survenu(s). La diffusion de Conseils de santé aux voyageurs en plus de l'affichage sur le site Web de l'ASPC serait décidée par le CMHC et l'ASPC. Il pourrait s'agir de messages directs destinés à des publics particuliers (p. ex., Association médicale canadienne) ou aux médias.

#### Mesures de santé publique

- Être prêt à donner suite aux communiqués de presse et aux messages affichés sur le site Web des organismes de santé publique (ASPC et OMS) qui visent à informer les voyageurs internationaux au Canada et l'ensemble de la population canadienne concernant la survenue de cas d'infection humaine par un nouveau virus de l'influenza<sup>28</sup> dans une région géographique donnée du Canada.
- Fournir des mises à jour aux professionnels de la santé afin de :
  - Sensibiliser les professionnels de la santé canadiens qui peuvent devoir répondre à des demandes de renseignements de leurs clients concernant leurs risques, s'ils se rendent dans la région touchée au Canada;
  - Mieux faire comprendre les facteurs de risque d'infection par le nouveau virus associé aux voyages aux professionnels de la santé qui peuvent évaluer des personnes présentant un SG ayant visité la région touchée ou l'ayant quittée récemment;
  - Veiller à ce que les mesures de surveillance recommandées, l'infrastructure et les liens soient en place (la section sur la Surveillance du Plan, qui est en train d'être élaborée pour la prochaine édition du Plan, renfermera des recommandations spécifiques);

<sup>28</sup> Ibid.

- Prendre en charge les cas du point de vue de la santé publique (voir section 5, *Prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un syndrome grippal*, dans la présente annexe).

## **Origine internationale : Phase pandémique canadienne 4.0, Phase 4.1, Phase 5.0 et Phase 5.1**

**Indicateur :** Grappe(s) survenant à l'extérieur du Canada mais risque de pandémie « limité » (Phase 4.0) ou « substantiel » (Phase 5.0) d'après divers facteurs, par exemple, taux de transmission, localisation et propagation géographiques, gravité de la maladie, impact des mesures de lutte, présence de gènes provenant de souches humaines (si le virus est dérivé d'une souche animale), d'autres renseignements tirés du génome viral ou d'autres données scientifiques. Des cas sporadiques peuvent être ou non importés au Canada (illustrés par la Phase 4.1 et la Phase 5.1).

### **Avis**

À la lumière des données disponibles, des Conseils de santé aux voyageurs ou une Mise en garde aux voyageurs seront affichés sur le site Web de l'ASPC pour renseigner les voyageurs sur la survenue de cas de transmission interhumaine dans une ou des régions géographiques particulières d'autres pays et pour recommander le report de tout voyage non essentiel vers une destination donnée. Cette mesure peut viser des groupes facilement identifiés pouvant courir un risque très élevé ou elle peut s'appliquer à tous les voyageurs, selon la situation.

L'ASPC peut songer à diffuser des messages de santé publique par d'autres moyens (p. ex., affiches, moniteurs de télévision, grands écrans vidéo) aux points d'entrée. Les provinces et les territoires seront avisés de ces décisions et consultés pour ce qui est du contenu des messages qui auront des répercussions sur la prestation des services de santé publique et des services cliniques sur leur territoire.

### **Mesures de santé publique**

- Prendre en charge tous les cas qui arrivent ou qui sont détectés au Canada conformément à la section 5, *Prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un syndrome grippal*, dans la présente annexe (voir également « Logistique du dépistage » ci-dessous).
- Prendre en charge tous les contacts des cas conformément à la section 6, *Prise en charge des contacts des cas*, dans la présente annexe (voir également « Logistique de la prise en charge des contacts » ci-dessous).
- Les autorités PT et locales de la santé publique doivent songer à la façon de prendre en charge les voyageurs en provenance des régions touchées à qui l'on conseille de se surveiller pour voir s'ils font de la fièvre :
  - cela peut comporter au départ un suivi direct et une surveillance des contacts par les services de santé publique,
  - cela peut inclure des lignes téléphoniques désignées pour l'auto-déclaration par les voyageurs symptomatiques et
  - cela peut comporter l'établissement de lieux d'évaluation désignés par les services de santé locaux qui seraient liés aux activités de surveillance de la santé publique.

- Veiller à ce que les mises à jour des Conseils de santé aux voyageurs et des Mises en garde aux voyageurs soient diffusées rapidement et adéquatement (on peut notamment déployer des efforts afin de faire mieux connaître le site Web).
- Fournir les derniers renseignements sur les éclosions, des conseils et un appui aux représentants des gouvernements et des organisations non gouvernementales et les établissements qu'ils représentent (pour l'ASPC, cela inclurait probablement les autorités portuaires, l'Agence des services frontaliers du Canada, la Gendarmerie royale du Canada et les transporteurs aériens internationaux).
- Les autorités FPT et locales de la santé publique devront collaborer à la pré-notification de l'arrivée des voyageurs malades et à l'évaluation, à la libération ou à la détention et au transfert des voyageurs malades pour qu'ils subissent un examen médical.
- L'ASPC fera remplir des formulaires pour l'information sur les contacts en voyage (FICV) s'il y a lieu à bord des transporteurs aériens appropriés :
  - initialement aux douanes;
  - dans les 48 heures sur certains transporteurs aériens.
- L'ASPC distribuera des Avis d'alerte médicale aux points d'entrée aux voyageurs internationaux à leur retour :
  - initialement au moment du débarquement et
  - dans les 48 heures sur certains transporteurs aériens.
- L'ASPC et les PT envisageront de diffuser du matériel additionnel d'éducation publique (p. ex., affiches, moniteurs de télévision, écrans vidéo) à tous les points d'arrivée aux points d'entrée pour renforcer les messages contenus dans les Avis d'alerte médicale.

### **Logistique du dépistage**

Les évaluations médicales des voyageurs malades qui arrivent au Canada continueront d'être effectuées comme à l'habitude, conformément à la *Loi sur la quarantaine*. Le dépistage par imageur thermique, inspection visuelle ou d'autres moyens chez tous les voyageurs internationaux qui arrivent ou de ceux qui arrivent de régions géographiques données ne sera probablement pas envisagé. Les participants à la réunion de consultation internationale de l'OMS ne considéraient pas qu'un tel dépistage était efficace, mais qu'il s'agissait plutôt d'un exemple d'intervention qui demande beaucoup de ressources et qui pourrait néanmoins être adopté face aux pressions populaires et politiques<sup>(1)</sup>.

### **Logistique de la prise en charge des contacts**

Une recherche des contacts sera entreprise dans le cas de ceux qui arrivent à bord de transporteurs internationaux (avions, navires) avec un cas confirmé (ou un cas suspect, si on le juge nécessaire). Le cadre opérationnel pour accéder aux renseignements sur les contacts des passagers aériens sera laissé à la discrétion des PT.

On pourrait contacter directement les passagers en utilisant les renseignements recueillis dans le manifeste de vol ou les FICV s'ils ont été remplis à bord des transporteurs aériens. Ou bien on pourrait communiquer avec les passagers par le biais d'un message public diffusé par des médias.

Si les PT décident de contacter directement les passagers, ils devront demander officiellement que l'ASPC obtienne le manifeste de vol ou transmette les FICV pertinents pour les vols en question. Pour avoir accès au manifeste de vol, l'ASPC sollicitera officiellement des

renseignements sur les contacts des passagers auprès des transporteurs aériens et transmettra cette information aux autorités nationales et internationales de la santé publique compétentes pour qu'elles puissent communiquer directement avec chacun des voyageurs. Pour faciliter la recherche des contacts des voyageurs, le système de FICV peut être implanté à bord de certains transporteurs aériens.

À mesure que des grappes de cas continueront d'apparaître ou se multiplieront, la recherche et la notification des contacts seront probablement effectuées indirectement (de façon passive) par des messages publics plutôt que par une communication directe avec chaque voyageur. Ce passage à une recherche indirecte des contacts peut se faire dans des régions spécifiques du Canada avant la déclaration d'une pandémie, si l'activité du virus dans ces régions est à ce point intense durant cette période d'alerte qu'il est difficile de maintenir les ressources disponibles pour cette initiative.

## **Origine nationale : Phase pandémique canadienne 4.2 et Phase 5.2**

**Indicateur :** Grappe(s) survenant à l'extérieur du Canada et risque pandémique « limité » (Phase 4.0) ou « substantiel » (Phase 5.0) d'après divers facteurs, p. ex., taux de transmission, localisation et propagation géographiques, gravité de la maladie, impact des mesures de lutte, présence de gènes provenant de souches humaines (si le virus est dérivé d'une souche animale), d'autres renseignements tirés du génome viral ou d'autres données scientifiques.

### **Avis**

Le CMHC et l'ASPC peuvent recommander de concert le report de tous les voyages non essentiels vers des régions géographiques touchées au Canada. Cette recommandation peut viser directement des groupes de voyageurs identifiés qui courent un risque très élevé ou s'appliquer à tous les voyageurs, selon les données épidémiologiques disponibles concernant la région touchée.

Des Avis d'alerte médicale peuvent être distribués par les PT aux points d'entrée dans les zones touchées. Ces avis contiendront (i) des renseignements sur l'éclosion qui correspondent aux données fournies dans les avis aux voyageurs et d'autres communications officielles, (ii) des lignes directrices ou un questionnaire pour l'auto-dépistage et (iii) des lignes directrices pour signaler aux professionnels de la santé ou d'autres fonctionnaires certains symptômes (p. ex., fièvre) qui débutent au cours d'un laps de temps compatible avec la période d'incubation connue ou observée de la maladie. Les provinces et les territoires peuvent envisager de diffuser des messages de santé publique similaires dans les installations de transport en commun qui sont fréquentées par des voyageurs canadiens.

### **Mesures de santé publique**

- Zone touchée : prendre en charge les cas tel que prévu à la section 5, *Prise en charge par les services de santé publique des personnes souffrant d'un syndrome grippal*, dans la présente annexe (voir également « Logistique du dépistage » ci-dessous).
- Zone touchée : prendre en charge tous les contacts des cas tel que prévu à la section 6, *Prise en charge des contacts des cas*, dans la présente annexe (voir également « Logistique de la prise en charge des contacts » ci-dessous).
- Les PT en collaboration avec les autorités locales de la santé publique peuvent effectuer un dépistage à la sortie des aéroports canadiens qui desservent les zones touchées au Canada. Ce dépistage peut être effectué de concert avec l'ASPC en vertu d'un pouvoir délégué par les provinces ou la *Loi sur la protection civile*.

- Multiplier les messages publics encourageant les gens à rester à la maison, plus particulièrement à ne pas voyager lorsqu'ils sont malades et
- Veiller à ce que les consignes destinées aux personnes symptomatiques identifiées au moyen du processus de déclaration de l'état de santé aux aéroports soient claires et conformes aux mesures locales prises contre la pandémie.
- Zones non touchées : Voir « Logistique de la prise en charge des contacts » et « Logistique du dépistage » ci-dessous.
- Les autorités PT et locales de la santé publique dans les régions qui ne signalent pas de grappes de cas doivent examiner la façon dont se fera la prise en charge des voyageurs en provenance des zones touchées qui n'ont pas été expressément identifiés comme des contacts d'un cas :
  - peut comporter une surveillance active ou passive ou l'accès à des lignes téléphoniques désignées pour l'auto-déclaration par les voyageurs symptomatiques,
  - peut comporter la désignation de lieux d'évaluation qui seraient liés aux activités de surveillance de la santé publique, et
  - peut comporter la diffusion continue, appropriée et rapide de mises à jour des Conseils de santé aux voyageurs et des Mises en garde aux voyageurs ainsi que des dernières données sur les éclosions dans toutes les régions.

### **Logistique de la prise en charge des contacts**

Bien qu'on ne prévoie pas que les cas identifiés circulent dans les endroits publics, la recherche des contacts pour ce qui est des personnes qui arrivent dans une zone non touchée à bord de transporteurs nationaux (p. ex., avions, autobus, trains) avec un cas confirmé (ou un cas suspect, si on le juge nécessaire) peut être entreprise. Le cas échéant, les PT demanderont officiellement des renseignements sur les contacts des voyageurs à bord de transporteurs aériens nationaux et transmettront tous les renseignements sur les contacts relativement aux voyageurs canadiens aux autorités nationales appropriées de la santé publique pour des activités de suivi des contacts. À la discrétion de l'autorité provinciale, l'ASPC peut être invitée à communiquer avec le transporteur aérien et à transmettre les renseignements appropriés aux PT concernés. Ces derniers devront communiquer tous les renseignements sur les contacts s'appliquant aux voyageurs internationaux à l'ASPC, qui les relaira aux autorités internationales de la santé publique compétentes.

Dans le cas peu probable où une détention de courte durée (de 1 à 3 jours) des voyageurs arrivant d'une zone géographique à risque au Canada s'avère nécessaire, les PT en collaboration avec les autorités locales de la santé publique s'occuperont de gérer l'initiative. À la discrétion des autorités provinciales, elles peuvent demander à l'ASPC de fournir ce service.

À mesure que les grappes de cas continuent d'apparaître ou de se multiplier, la recherche et la notification des contacts se feront probablement de façon passive par des messages publics plutôt que par des efforts en vue de contacter chacun des voyageurs. Cette transition peut survenir avant la déclaration d'une pandémie si le nombre accru de notifications fait en sorte qu'on ne puisse plus poursuivre ces activités.

### **Logistique du dépistage**

Les PT pourraient procéder à des évaluations de la santé de tous les voyageurs qui arrivent à bord d'un vol intérieur en provenance d'une zone infectée au Canada. Ou bien, ils pourraient

demander l'aide de l'ASPC pour la mise en œuvre de ces évaluations de la santé en vertu de pouvoirs délégués.

Le dépistage à la sortie chez tous les voyageurs en provenance des zones touchées au Canada (c.-à-d., où sont survenues des grappes de cas d'infection humaine) serait probablement effectué durant cette phase sous la forme de questionnaires de déclaration de l'état de santé<sup>29</sup>. Ces mesures s'appliqueront probablement uniquement aux personnes qui quittent l'endroit par avion.

Aux points de sortie (aéroports, ports de mer, points de passage frontaliers) des zones touchées au Canada, des versions modifiées des Avis d'alerte médicale (ou des « déclarations de santé ») contenant (i) des renseignements sur les éclosions correspondant aux données fournies dans les Conseils de santé aux voyageurs et d'autres communications officielles, (ii) un questionnaire pour l'auto-dépistage et (iii) des conseils pour la déclaration des signes spécifiés de la maladie seraient probablement distribués. D'autres méthodes de dépistage visant à détecter les personnes potentiellement affectées peuvent également être envisagées à l'instigation du CMHC et de l'ASPC.

## **Période pandémique : Phase pandémique canadienne 6.0, Phase 6.1 et Phase 6.2**

**Indicateur :** Amplification et transmission soutenue dans la population

### **Avis**

Durant ces phases, on pourra renforcer le contenu des avis aux voyageurs afin de recommander expressément de ne pas voyager en aucune circonstance dans les zones touchées. Une telle mesure peut ne pas être nécessaire si la demande de voyages diminue et si les compagnies aériennes cessent de desservir certains endroits.

Pendant que l'activité pandémique s'intensifie au Canada, des mesures adoptées durant la période d'alerte pandémique (Phase 4 et Phase 5) ne pourront bientôt plus être maintenues. Une fois que le virus se transmet à grande échelle dans la collectivité au Canada, l'affectation des ressources aux efforts en vue d'empêcher le virus d'entrer au pays deviendra inutile et les ressources devraient être réaffectées.

### **Mesures de santé publique**

- On prendra les mêmes mesures que durant la période d'alerte pandémique (Phase 4 et Phase 5) jusqu'à ce que cela ne soit plus faisable ou que cela soit jugé inefficace à cause de l'activité généralisée du virus.
- Les mesures de santé publique ciblant les voyageurs seront probablement abandonnées ou réduites à différents moments dans différentes provinces ou territoires selon l'épidémiologie locale de la pandémie.
- Durant les vagues subséquentes de la pandémie, les messages et la formulation des déclarations de santé et les activités de dépistage pourront devoir être révisés pour tenir compte des personnes qui étaient malades durant la première vague et qui sont maintenant probablement immunisées.

<sup>29</sup> Les pressions populaires ou politiques peuvent forcer l'imposition d'interventions plus visibles, comme le dépistage par imageur thermique ou la mesure de la température auriculaire. Nota : Les compagnies aériennes ont également la responsabilité d'empêcher les personnes manifestement malades de monter à bord de leurs avions.

## Période post-pandémique

**Indicateur :** Les rapports sur le nombre de cas et d'autres indicateurs généraux de l'activité pandémique au Canada semblent indiquer que le virus responsable de la pandémie ne cause plus une importante morbidité dans la population.

### Avis

Les avis aux voyageurs devraient être révisés pour tenir compte du déclin de l'activité pandémique dans diverses régions géographiques. Les messages publics peuvent mettre l'accent à nouveau sur les voyageurs comme sources de l'infection si des provinces ou territoires particuliers ont déjà vu passer la vague et si l'on n'observe plus de transmission du virus dans la collectivité.

### Mesures de santé publique

- Peuvent être similaires à celles prises durant la période d'alerte pandémique (Phase 3.1), c.-à-d., accent mis sur l'éducation de la population et des travailleurs de la santé par opposition à une activité intense aux aéroports.
- Appuyer les activités recommandées de surveillance tel que prévu dans le volet surveillance du Plan.

1. Department of Communicable Disease Surveillance and Response, World Health Organization. *WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004. [On trouvera un résumé intitulé « Consultation OMS sur les interventions prioritaires en matière de santé publique avant et pendant une pandémie d'influenza, Genève, 16-18 mars 2004 » dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire, n° 11, 12 mars 2004, Organisation mondiale de la Santé].
2. Nguyen-Van J. Do influenza epidemics affect patterns of sickness absence among British hospital staff? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20:691–94.
3. Comité canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, Santé Canada, *Problèmes de santé humaine liés aux écloptions nationales d'influenza aviaire, mai 2005*. URL : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/daio-enia/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/daio-enia/index_f.html). Date de consultation : mai 2005.
4. Programme mondial de lutte contre l'influenza, Organisation mondiale de la Santé, *Influenza aviaire : évaluation du risque de pandémie*, 2005 (prépublication). URL : [http://www.who.int/csr/disease/influenza/WHO\\_CDS\\_2005\\_29fr/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/influenza/WHO_CDS_2005_29fr/en/index.html). Date de consultation : janvier 2005.
5. Svoboda T, Henry B, Shulman L, et al. *Public health measures to control the spread of the severe acute respiratory syndrome during the outbreak in Toronto*. *N Engl J Med* 2004;350(23):2352–61.
6. Fraser C, Riley S, Anderson R et al. *Factors that make an infectious disease outbreak controllable*. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004;101(16):6146–51.

## Résumé des recommandations

### A.1 Résumé de la prise en charge des cas et des contacts

Phase pandémique canadienne	Prise en charge des cas	Prise en charge des contacts
3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Isoler les adultes pendant 5 jours (jeunes enfants pendant 7 jours) ou jusqu'à ce que les symptômes aient disparu, le délai le plus long étant retenu (ou pendant la période de transmissibilité, si on la connaît).</li> <li>Exercer une surveillance active des personnes isolées à domicile.</li> <li>Signaler chaque cas.</li> <li>Faciliter les épreuves de laboratoire.</li> <li>Traitement précoce aux antiviraux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercer une surveillance active ou passive des symptômes pendant 3 jours ou durant la période d'incubation si elle est connue.</li> <li>Envisager de demander le report des voyages pendant la durée de la période de surveillance.</li> <li>Envisager une prophylaxie post-exposition aux antiviraux dans les cas graves ou inhabituels ou lorsqu'une transmission interhumaine ne peut être écartée.</li> <li>Recommander la vaccination annuelle contre l'influenza.</li> </ul>
4.1 ou 5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme 3.1 ci-dessus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercer une surveillance active des symptômes pendant 3 jours ou pendant la période d'incubation si on la connaît.</li> <li>Imposer une quarantaine ou restreindre les activités afin de limiter les contacts avec d'autres.</li> <li>Envisager une prophylaxie post-exposition aux antiviraux.</li> </ul>
4.2 ou 5.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme 3.1 ci-dessus.</li> <li>Fermer les services et restreindre les visites si possible.</li> <li>Signaler les cas et les grappes de cas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme 4.1 ou 5.1 ci-dessus.</li> <li>Pour 5.2, recommander une auto-surveillance dans le cas de ceux qui sont liés à un lieu d'exposition possible (au lieu d'une surveillance active de chaque personne).</li> </ul>
6.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme 3.1 ci-dessus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auto-surveillance des symptômes.</li> <li>Aucune quarantaine.</li> <li>Report des voyages durant la période d'auto-surveillance à envisager.</li> <li>Recours aux antiviraux selon la stratégie nationale pour une période pandémique.</li> </ul>

Phase pandémique canadienne	Prise en charge des cas	Prise en charge des contacts
6.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Isoler pendant 24 heures après la disparition des symptômes ou pendant la période de transmissibilité si on la connaît.</li> <li>Messages publics sur les soins personnels (y compris l'isolement), déclaration des cas de maladie, modalités (où, quand et comment) de consultation pour une évaluation médicale, et accessibilité à des ressources limitées (cesser la surveillance active de chaque sujet).</li> <li>Traitement aux antiviraux pour les personnes se présentant dans les 48 heures et pour lesquelles un traitement médical s'avère nécessaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme 6.1 ci-dessus.</li> <li>Davantage de messages publics.</li> <li>Pas de quarantaine.</li> </ul>

## 1.2 Stratégie communautaire de lutte contre la maladie

Recommandée comme intervention communautaire	Non recommandée comme intervention communautaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rester à la maison, ne pas participer à des événements publics et éviter les lieux publics (auto-isolement) si on est fiévreux et si des symptômes respiratoires viennent d'apparaître.</li> <li>Envisager la fermeture des écoles et des garderies.</li> <li>Restreindre les rassemblements publics à l'intérieur (ailleurs que dans les écoles) si des lieux « à risque élevé » peuvent être identifiés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restrictions générales visant les rassemblements publics à l'intérieur, ailleurs que dans les écoles.</li> <li>Utilisation des masques par les individus bien portants (n'incluant pas les dispensateurs de soins).</li> <li>Mise en place de postes pour le lavage des mains dans les endroits publics.</li> <li>Augmentation de la fréquence du nettoyage des surfaces dans les endroits publics.</li> <li>Encouragement de toute la population dans une zone touchée à prendre au moins une fois par jour sa température.</li> <li>Utilisation d'imageurs thermiques dans les lieux publics.</li> <li>Désinfection de l'air.</li> <li>Désinfection des vêtements, des chaussures ou d'autres effets des personnes qui quittent les zones touchées.</li> <li>Limitation active des déplacements en direction et en provenance des zones touchées.</li> <li>Cordon sanitaire.</li> </ul>



# **Lignes directrices pour la surveillance de la pandémie d'influenza**

**Date de la version la plus récente : octobre 2006**

Remarque

- Il s'agit d'une nouvelle annexe publiée avec la version 2006 du Plan canadien de lutte contre la pandémie de l'influenza.





# Table des matières

Préambule .....	3
Introduction .....	3
Période interpandémique .....	7
Tableau 1 : Période interpandémique .....	7
Tableau 2 : Période d'alerte pandémique .....	11
Tableau 3 : Période padémique .....	24
Tableau 4 : Période post-pandémique .....	30
Appendice 1 : Protocole générique d'enquête sérologique chez les personnes exposées à l'influenza .....	32
Annexe 1 : Exemple de questionnaire d'enquête sériologique sur l'influenza aviaire .....	36
Appendice 2 : Système national de Surveillance de l'influenza .....	43
Appendice 3 : Éléments d'information du Formulaire national de rapport d'enquête sur les MRS .....	44



## Préambule

Depuis 2004, les intervenants canadiens responsables de la surveillance de la santé publique, par l'intermédiaire de groupes de travail nationaux, définissent les rôles et les responsabilités, de même que les normes minimales, concernant les données de surveillance nationales à recueillir durant les périodes interpandémique et pandémique.

Toutes les lignes directrices de surveillance doivent prévoir la capacité de s'adapter à des circonstances qui évoluent à un rythme rapide. En l'occurrence, l'annexe qui suit fait partie d'un plan de préparation courant et en constante évolution. On reconnaît que bien que la dernière version publiée énonce des lignes directrices de surveillance de haut niveau, un document plus détaillé et, en particulier, une description des activités de surveillance simplifiée pour la phase 6, doivent être élaborés en vue de fournir des lignes directrices nationales exhaustives.

Par conséquent, l'annexe devrait tenir compte de la liste suivante des prochaines étapes :

- Examiner la viabilité des activités de surveillance systématique et explorer les possibilités qui s'offrent dans le contexte de la surveillance simplifiée, notamment axer davantage les activités sur des indicateurs plus fiables ou modifier/simplifier les activités de surveillance systématique durant la pandémie.
- Établir l'ordre de priorité des activités de surveillance selon la phase.
- Examiner les possibilités quant à l'élaboration de nouvelles activités de surveillance dans le cadre de la préparation à la pandémie, p. ex., surveillance de la mortalité en temps réel, de même que la faisabilité de cette initiative.

## Introduction

Les objectifs généraux des mesures de préparation et d'intervention en cas de pandémie d'influenza sont les suivants :

*Tout d'abord, réduire le plus possible le nombre de cas de maladies graves et de décès en général et, deuxièmement, réduire au minimum les perturbations sociales causées par une pandémie d'influenza au sein de la population canadienne.*

Les stratégies adoptées pour atteindre ces objectifs dépendront d'un certain nombre de facteurs, dont l'épidémiologie de la pandémie. La détermination des paramètres épidémiologiques et des indicateurs aidera grandement à orienter les interventions en santé publique. À mesure que la pandémie franchit chacune des phases prévues, les activités de surveillance essentielles pour guider les mesures de santé publique évolueront, la surveillance accrue exercée durant les phases d'alerte pandémique cédant le pas à une surveillance simplifiée au plus fort de la pandémie.

Dans le présent document sont décrites les lignes directrices pour la surveillance de l'influenza, notamment pour la collecte, la compilation, l'analyse et la diffusion/communication des données aux fins de la surveillance clinique et virologique, à chacune des phases de la pandémie. En outre, des protocoles détaillés pour la surveillance virologique et d'autres procédures de laboratoire sont fournis à l'Annexe C du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Ce document a été rédigé pour faciliter la planification advenant une pandémie et pour l'adoption d'une approche standardisée de la surveillance nationale de l'influenza durant la période interpandémique. Bien qu'on ne connaisse pas les caractéristiques éventuelles d'un nouveau virus grippal, l'expérience du SRAS et d'éclosions d'infection humaine par le virus A (H5N1) a fait ressortir l'importance de bien se préparer et d'établir une structure de surveillance pour la détection et le contrôle des infections respiratoires émergentes. Le cadre qui suit traite de la planification des mesures de surveillance en termes généraux; il faut cependant comprendre que bien que certaines des mesures recommandées puissent être préparées à l'avance, d'autres recommandations et alertes propres à des situations données devront s'appuyer sur des informations qui ne seront disponibles qu'à mesure que la situation évoluera.

Il est nécessaire de disposer de lignes directrices pour s'assurer que les données sont recueillies de façon uniforme dans toutes les provinces et tous les territoires afin de permettre une analyse à l'échelle nationale et des comparaisons interprovinciales. Les lignes directrices donnent un aperçu des activités minimales recommandées pour la surveillance nationale de l'évolution de la pandémie. Les autorités provinciales et territoriales peuvent décider, d'après leur propre évaluation du risque et leur expérience, d'accroître la sensibilité des activités de surveillance (p. ex., accélérer la collecte de données et la présentation de rapports ou utiliser des définitions de cas plus sensibles aux fins de la surveillance), tout en respectant les normes nationales en matière de rapports sur la santé. De plus, les activités de surveillance et de présentation de rapports pourront être raffinées au besoin pour tenir compte des nouvelles informations disponibles au cours de la pandémie.

Ces lignes directrices ont pour objectif d'aider les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) à élaborer ou à améliorer les activités de surveillance, lesquelles faciliteront :

- l'évaluation continue du risque de pandémie d'influenza à partir des sources nationales et internationales;
- la détection précoce et la surveillance de l'arrivée d'un virus grippal nouveau ou pandémique où que ce soit au Canada;
- la description en temps opportun des caractéristiques épidémiologiques et virologiques de la pandémie;
- la détection et la caractérisation des tendances ou des manifestations inhabituelles/imprévues de la maladie;
- la surveillance en temps réel des indicateurs de la gravité de la maladie, c.-à-d., par une surveillance en temps réel des hospitalisations ou des décès;
- la mise en œuvre et l'interruption appropriées des mesures de santé publique<sup>1</sup>;
- l'évaluation continue des activités de surveillance clinique et virologique pendant chaque phase de la pandémie (p. ex., rapidité, sensibilité et spécificité adéquates, efficacité dans l'orientation des mesures de santé publique);
- la comparaison des nouvelles souches de virus grippal afin qu'elles correspondent à celles contenues dans le vaccin antipandémique;
- l'identification des domaines où des études spéciales et d'autres recherches sont nécessaires.

<sup>1</sup> Se reporter aux « Mesures de santé publique », Annexe M, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

## Hypothèses

- Le Protocole d'intervention en cas d'éclosion de maladie respiratoire (PIEMR)<sup>2</sup> sera approuvé et mis en œuvre afin de faciliter l'échange et la communication de données au Canada durant la pandémie. Ce document décrit les processus locaux, PT et fédéraux de présentation de rapports.
- L'information sur l'évaluation du risque actuel, les descriptions épidémiologiques, virologiques et cliniques (basées sur la situation dans le monde) seront disponibles et communiquées rapidement par nos partenaires internationaux (p. ex., l'OMS).
- La majorité, sinon l'ensemble, de la population sera réceptive à la souche pandémique.
- Durant la période d'alerte pandémique (les premiers stades de l'arrivée d'un nouveau virus) susceptible de donner lieu à une pandémie au Canada, les services de santé publique pourront communiquer des données épidémiologiques détaillées et rechercher les contacts des premiers cas.
- À mesure que la transmission interhumaine devient plus efficace, l'activité du nouveau virus devenant étendue au Canada, on s'attend à ce que les ressources affectées à la surveillance deviennent débordées. Cela peut avoir un impact sur les taux de participation aux activités de surveillance systématique et de déclaration des cas, telles que la surveillance sentinelle du syndrome grippal (SG). Bien que dans certaines régions, la participation puisse être maintenue à des niveaux suffisants pour permettre une surveillance assez précise des tendances dans la population à l'échelle locale, voire provinciale/territoriale, les taux de participation peuvent chuter ailleurs, ce qui limitera la représentativité des données dans certaines régions ou à l'échelle du pays. Au plus fort de la pandémie, si les taux de SG dans la population ne sont plus assez fiables pour qu'on puisse surveiller la propagation de la maladie ou l'impact sur la population, en particulier à l'échelle régionale ou nationale, la surveillance peut se limiter à la comptabilisation des éclosions dans les établissements résidentiels ou à l'évaluation des niveaux d'activité grippale à l'échelle régionale (surveillance simplifiée).
- La nouvelle souche virale (souche pandémique) supplantera d'autres souches grippales en circulation.
- La pandémie durera de 12 à 18 mois et il peut y avoir plus d'une vague au cours d'une période de 12 mois et ces vagues ultérieures pourraient avoir des répercussions similaires ou plus graves que la vague initiale.
- L'ASPC suivra les recommandations contenues dans le *Règlement sanitaire international*.

## Études spéciales

Il faudra élaborer des protocoles pour les études spéciales qui pourront être effectuées durant la pandémie et les mettre préalablement à l'essai au cours des périodes interpandémiques ou d'alerte pandémique, tout en reconnaissant que des améliorations pourront être nécessaires au moment d'une pandémie. Ces études seront fort probablement effectuées parallèlement à d'autres activités de surveillance.

Ces études spéciales peuvent comprendre entre autres des enquêtes sérologiques<sup>3</sup> portant sur les premiers cas/grappes de cas d'infection humaine par un nouveau virus grippal, des études sur

2 Le PIEMR est le fruit d'une entente entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux visant à orienter les procédures de fonctionnement pour faciliter la coordination des enquêtes et des mesures de lutte contre les éclosions graves de maladies respiratoires au Canada.

3 On peut consulter un protocole générique d'enquête sérologique à l'Annexe 1 : « Protocole générique d'enquête sérologique chez les personnes exposées à l'influenza ».

l'efficacité des vaccins, le rôle des bactéries pathogènes dans le développement de complications secondaires et les effets cliniques graves, des enquêtes sur les événements indésirables après l'immunisation (EIAI) qui sont signalés, la surveillance de la résistance aux antiviraux et des études sur les modes de transmission (p. ex., dans la collectivité ou à l'hôpital).

En outre, des études ciblées peuvent aider à compléter les données de surveillance systématique pour l'évaluation de l'impact de la pandémie sur le système de santé et des répercussions sociales. Même si elles sont effectuées à la fin de la vague pandémique, les études spéciales peuvent permettre d'évaluer et de raffiner les diverses interventions mises de l'avant pour réduire l'impact de vagues pandémiques successives.

## Activités de surveillance selon les phases pandémiques au Canada

La surveillance de la pandémie d'influenza devrait reposer sur des activités de surveillance représentatives, complètes et en temps opportun, qui sont à la base de la surveillance systématique continue de l'activité grippale annuelle, notamment :

- Surveillance clinique et épidémiologique;
- Surveillance biologique et virologique, y compris la surveillance de la résistance aux antiviraux;
- Échange continu de l'information par des réseaux établis de communication (p. ex., le CCSIE, le programme *Surveillance de l'influenza*, les réseaux provinciaux et territoriaux).

Plusieurs autres activités de surveillance de la pandémie d'influenza sont recommandées tant pour la détection améliorée des signaux avertisseurs précoces que pour la surveillance durant une pandémie, notamment :

- Surveillance de la santé animale (détection précoce des éclosions chez les animaux ou de la transmission de l'animal à l'homme durant les périodes interpandémiques et d'alerte pandémique);
- Surveillance de la réception de vaccins et d'antiviraux;
- Surveillance des événements indésirables après l'immunisation.

Les tableaux qui suivent décrivent les objectifs de la surveillance, les rôles et responsabilités des intervenants en santé publique à chaque niveau de gouvernement (fédéral, provincial/territorial et local). Ils sont présentés pour chaque phase successive d'une pandémie d'après les phases pandémiques au Canada, qui rendent compte tant de la situation mondiale (phases 1.0, 2.0, 3.0, etc.) que du niveau le plus élevé d'activité du nouveau virus au Canada (sous-phases 3.1, 4.1, 5.1, etc.). Voir la section *Contexte* du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour avoir plus de détails.

*Remarque : Dans la description des phases, le terme « animal » utilisé englobe tant les oiseaux que les mammifères.*

## Période interpandémique

### Tableau 1 : Période interpandémique

---

#### Phase pandémique canadienne

- 1.0 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Un sous-type du virus de l'influenza ayant causé une infection chez l'homme peut être présent chez les animaux à l'extérieur du Canada. Le cas échéant, le risque d'infection ou de maladie chez l'homme est faible.
- 1.1 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Un sous-type du virus de l'influenza ayant causé un cas d'infection chez l'homme est présent dans les animaux au Canada, mais le risque d'infection ou de maladie chez l'homme est faible.
- 2.0 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Cependant, un sous-type du virus de l'influenza détecté chez un animal et posant un risque important pour l'homme se transmet chez les animaux à l'extérieur du Canada.
- 2.1 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Cependant, un sous-type du virus de l'influenza posant un risque important pour l'homme se transmet chez les animaux au Canada.

#### Objectifs de surveillance, rôles et responsabilités

##### Objectifs :

- Évaluer le fardeau saisonnier de l'influenza et détecter et décrire les événements inhabituels, y compris l'émergence de nouvelles souches et des effets inattendus tels que des changements dans la distribution ou une aggravation des cas.
- Établir les niveaux d'activité grippale de base.

##### Échelle fédérale

- Exercer un leadership constant en organisant des téléconférences/réunions, en fournissant au besoin des conseils et des recommandations relatives à la surveillance;
- Harmoniser les plans nationaux de surveillance de la pandémie avec les plans mondiaux de surveillance de la pandémie de grippe de l'OMS;
- Participer au Réseau de surveillance mondiale de la grippe de l'OMS;
- Balayer régulièrement l'information et vérifier l'activité épidémiologique internationale d'intérêt pour la santé publique, p. ex., ministères de la Santé d'autres pays ou d'autres réseaux de surveillance internationale;
- Coordonner les activités de surveillance systématique de l'influenza annuelle à l'échelle nationale par l'entremise du système *Surveillance de l'influenza*, notamment organiser des réunions nationales de surveillance de l'influenza et diriger l'élaboration de recommandations pour l'amélioration continue du système *Surveillance de l'influenza*;
- Élaborer des recommandations ou des protocoles de surveillance nationaux pour l'amélioration de la surveillance des infections respiratoires graves (IRG) émergentes en vue d'une détection précoce et d'une intervention rapide en cas d'infections respiratoires émergentes

- Assurer la diffusion et l'analyse régulières de l'information de surveillance (rapports hebdomadaires *Surveillance de l'influenza*, rapports annuels sur l'influenza);
- Fournir au besoin aux intervenants FPT œuvrant dans le domaine de la santé publique de l'information, une évaluation du risque et des recommandations en matière de surveillance à la suite d'événements signalés susceptibles de déclencher une pandémie (p. ex., influenza aviaire)<sup>4</sup>;
- Diriger l'élaboration de normes nationales pour les définitions de cas, les ensembles de données minimales et les mécanismes de collecte de données et de présentation de rapports durant les phases pandémiques;
- Améliorer les liens entre les ministères fédéraux, y compris les liens entre les partenaires s'occupant de la surveillance, soit de la santé humaine ou de la santé animale (p. ex., Agence canadienne d'inspection des aliments, Centre national des maladies animales exotiques, Centre canadien coopératif de la santé de la faune, etc.);
- Élaborer des plans de continuité des opérations et accroître la capacité et la formation ou établir des priorités pour répondre aux besoins en matière de surveillance durant chaque phase d'une pandémie. On déterminera notamment quelles activités systématiques peuvent être interrompues ou réduites durant une pandémie;
- Élaborer un plan de ressources humaines pour assurer la viabilité des activités de surveillance durant une pandémie;
- Travailler avec les partenaires FPT et locaux en vue de s'entendre sur des activités minimales de surveillance pour chaque phase de la pandémie. Essayer notamment d'établir des priorités pour les activités essentielles de surveillance commune qui peuvent être maintenues dans le cadre d'une surveillance simplifiée au plus fort d'une pandémie au moment où les ressources sont débordées;
- Coordonner la mise sur pied de systèmes de surveillance pour estimer la gravité.

### **Échelle PT et locale**

- Déterminer les principaux intervenants responsables de la surveillance au sein des autorités PT;
- Veiller à ce qu'un plan PT de lutte contre la pandémie soit en place et harmoniser les plans de surveillance PT/locaux avec les plans de surveillance nationaux;
- Participer aux activités de surveillance systématique de l'activité grippale annuelle (p. ex., *Surveillance de l'influenza*);
- Participer à des réunions nationales de surveillance de l'influenza;
- Maintenir des réseaux de surveillance intra-PT afin de permettre la détection précoce de l'activité grippale;
- Veiller à ce qu'on ait la capacité suffisante (infrastructure de surveillance, ressources techniques/humaines) pour respecter les normes minimales nationales en ce qui concerne la

<sup>4</sup> À l'échelle fédérale, on effectue régulièrement une analyse de l'environnement pour détecter les syndromes grippaux potentiellement importants en se servant des sources d'information officielles pour la *Surveillance de l'influenza* (p. ex., programmes de surveillance de la grippe de l'OMS et des gouvernements étrangers) de même que des rapports non confirmés provenant des systèmes d'avertissement rapide (p. ex., ProMed et d'autres logiciels de dépouillement des médias tels que le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP). Les provinces et les territoires reçoivent régulièrement des sommaires de la situation internationale par l'entremise du Centre canadien de surveillance intégrée des éclosions (CCSIE).

détection de cas, les ensembles de données minimales et les mécanismes de collecte et de communication de données durant la période pandémique;

- Établir et maintenir des mécanismes pour l'échange rapide de données de surveillance entre les autorités locales, PT et fédérales;
- Diffuser régulièrement l'information de surveillance et des alertes/recommandations particulières aux intervenants à l'échelle nationale et aux autres niveaux;
- Élaborer des plans de continuité des opérations et accroître la capacité et la formation ou établir des priorités pour répondre aux besoins en matière de surveillance durant chaque phase d'une pandémie. On déterminera notamment quelles activités systématiques peuvent être interrompues ou réduites durant une pandémie;
- Élaborer un plan de ressources humaines pour assurer la viabilité des activités de surveillance durant une pandémie;
- Identifier les sites possibles de surveillance sentinelle (régions, établissements) qui peuvent être utilisés pour canaliser les ressources limitées ou répondre à des questions spécifiques (p. ex., études spéciales) durant une pandémie;
- Travailler avec les partenaires FPT et locaux en vue de s'entendre sur des activités minimales de surveillance pour chaque phase de la pandémie. Travailler en particulier à l'établissement de priorités pour les activités essentielles de surveillance commune qui peuvent être maintenues dans le cadre d'une surveillance simplifiée au plus fort d'une pandémie lorsque les ressources sont débordées;
- Confirmer que les laboratoires de santé publique dans la province/le territoire ont la capacité et le matériel nécessaires pour isoler et sous-typier les virus de l'influenza. Dans le cas contraire, établir des liens avec les laboratoires qui ont cette capacité et conclure des ententes de coordination.

## **Tableau 1.1 : Données nationales de surveillance durant une période interpandémique<sup>5</sup>**

### **Phase pandémique au Canada**

- 1.0 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Un sous-type du virus de l'influenza peut être présent chez les animaux à l'extérieur du Canada. Le cas échéant, le risque d'infection ou de maladie chez l'homme est faible.
- 1.1 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Un sous-type du virus de l'influenza ayant causé un cas d'infection chez l'homme est présent chez les animaux au Canada, mais les risques d'infection ou de maladie chez l'homme sont faibles.
- 2.0 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Cependant, un sous-type du virus de l'influenza détecté chez un animal et posant un risque important pour l'homme se transmet chez les animaux à l'extérieur du Canada.
- 2.1 Aucun nouveau sous-type du virus n'a été détecté chez l'homme. Cependant, un sous-type du virus de l'influenza posant un risque important pour l'homme se transmet chez les animaux au Canada.

5. Durant les phases interpandémiques, ces données (Surveillance de l'influenza) seront communiquées chaque semaine (pendant la saison grippale) ou toutes les deux semaines (pendant les mois d'été).

## Données nationales de surveillance

### Surveillance de la maladie

- (a) Niveau d'activité grippale selon la région PT (d'après les définitions du système *Surveillance de l'influenza*);
- (b) Taux de consultations pour un syndrome grippal (SG) (nombre de consultations de médecins sentinelles pour un SG/1000 consultations);
- (c) Nombre d'éclosions confirmées en laboratoire dans les établissements de soins de longue durée;
- (d) Nombre d'hospitalisations et de décès associés à l'influenza chez les enfants de 0 à 18 ans signalés par les hôpitaux pédiatriques sentinelles (IMPACT<sup>6</sup>);
- (e) Pourcentage de tests positifs pour l'influenza (nombre total d'épreuves de laboratoire pour la détection de l'influenza et nombre de résultats positifs, par type de virus (A ou B));
- (f) Caractérisation des souches, nombre d'isolats identifiés de chaque souche et sous-type et pourcentage de l'ensemble en ce qui concerne environ 10 % des isolats provenant du système sentinelle de détection des virus respiratoires en laboratoire;
- (g) Caractérisation plus poussée des souches ciblées d'après l'évaluation du risque dans les régions où des souches animales circulent;
- (h) Étude de la résistance aux antiviraux des isolats de virus grippal.

### Évaluation du risque

- (i) Aperçu sommaire des zones au Canada et à l'étranger où l'activité du virus chez les animaux a été confirmée;

\* On trouvera à l'Annexe 2 une représentation graphique du système national de *Surveillance de l'influenza*.

## Période d'alerte pandémique

Le Tableau 2 ci-dessous décrit les objectifs de surveillance pour la période d'alerte pandémique. Ces objectifs sont généraux, vu qu'on ne connaît pas l'épidémiologie de l'infection causée par un nouveau virus grippal et qu'on n'est pas sûr du comportement de ce virus, notamment en ce qui concerne l'efficacité de sa transmission interhumaine, son impact sur la population ou les sous-groupes, ou sa capacité de se propager rapidement. Les outils et protocoles de surveillance recommandés, notamment des définitions de cas aux fins de la surveillance, devront être élaborés et révisés pour tenir compte des renseignements reçus à mesure que la situation évolue. Les déclencheurs qui signaleront le passage à une nouvelle phase sont basés en général sur la capacité relative du virus d'infecter les humains et de se propager efficacement entre humains, telle qu'établie d'après l'activité observée et une évaluation complète du risque. Cette évaluation du risque comportera une analyse de l'interaction de ces facteurs et d'autres facteurs (p. ex., infectiosité, taux de transmission, période d'incubation et période de transmissibilité, gravité de la maladie, impact des premières mesures de lutte, etc.). Ces facteurs devraient être considérés comme des paramètres généraux utiles pour décrire les points critiques dans l'évolution et la

<sup>6</sup> Le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT) est un réseau national de surveillance active instauré dans des hôpitaux pédiatriques afin de dépister les effets secondaires suivant l'immunisation, les échecs vaccinaux et diverses maladies infectieuses infantiles évitables par la vaccination ou qui pourront l'être sous peu.

progression d'une pandémie et des hypothèses peuvent être formulées avant l'identification des souches et la circulation du nouveau virus. En outre, les prédictions initiales pourraient devoir être modifiées à mesure que le nouveau virus s'adapte aux populations humaines et il importera de faire preuve d'une certaine souplesse pour réagir rapidement à l'adaptation des activités de surveillance et des activités connexes. Les tableaux qui suivent fournissent donc un cadre pour l'établissement et le maintien de l'infrastructure de surveillance recommandée et la clarification des rôles et responsabilités fondamentaux dans la gestion de ces activités aux divers paliers de gouvernement.

## **Recommandations supplémentaires relatives à la surveillance – Évaluation continue du risque et mises à jour sur les maladies respiratoires émergentes (Alertes/Pour votre information) :**

Le maintien et l'adaptation constants des activités de surveillance systématique et l'échange rapide de l'information sur la surveillance et l'évaluation du risque sont un volet supplémentaire important du cadre de surveillance de base décrit dans la présente annexe. À la lumière des résultats de l'évaluation continue du risque basée sur l'interprétation de l'activité locale, régionale, nationale et internationale de l'influenza et des maladies respiratoires émergentes, des recommandations peuvent être formulées au besoin. Elles serviront à orienter les efforts accrus de vigilance et de surveillance directe ainsi que les enquêtes sur les maladies respiratoires graves ou imprévues liées aux expositions préoccupantes (destinations de voyage à haut risque, milieux d'exposition ou types de contacts). En outre, la sensibilité et la spécificité des activités de contrôle et d'enquête peuvent être adaptées à l'évolution de la situation. Des facteurs qui peuvent influencer sur la possibilité de confinement initial des cas ou grappes de cas isolées, tels que la durée de la période d'incubation et l'efficacité de la transmission, seront pris en compte dans la décision de poursuivre ou non l'enquête sur les cas et les grappes de cas dans le but de juguler la propagation de la maladie, si ce n'est que temporairement, afin de gagner du temps au début d'une pandémie<sup>7</sup>. Le cadre qui suit devrait être examiné en tenant compte de ces facteurs, ce qui fait ressortir la nécessité de mettre en œuvre des activités ou des systèmes souples, simples et qui ont fait leurs preuves et qui se fondent sur de bonnes pratiques de surveillance systématique, des rôles et des responsabilités clairs et une utilisation efficiente des ressources.

### **Tableau 2 : Période d'alerte pandémique**

#### **Phase pandémique au Canada**

3.0 Des cas d'infection chez l'homme causés par un nouveau sous-type de virus ont été détectés à l'extérieur du Canada. Aucune transmission interhumaine n'a encore été observée ou de rares cas de transmission à une personne proche ont été recensés. Aucun cas n'a été détecté au Canada.

#### **Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités**

##### **Objectif :**

- Détecter et décrire la première introduction du nouveau virus au Canada.
- Sensibiliser la population et veiller à ce que les systèmes de surveillance respectent les normes et que les plans en cas de pandémie soient mis à jour, mis à l'essai et prêts à être appliqués.

<sup>7</sup> Se reporter à *Mesures de santé publique*, Annexe M, du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

## ***Échelle fédérale***

- Exercer un leadership constant en organisant des téléconférences/réunions, en donnant des conseils et en formulant au besoin des recommandations relativement à la surveillance;
- Effectuer régulièrement un balayage de l'information et vérifier l'activité de la maladie à l'échelle internationale pouvant présenter un intérêt pour la santé publique, p. ex., ministères de la Santé d'autres pays ou d'autres réseaux de surveillance internationale.
- *Autres rôles et responsabilités pour la phase 3 :*
- Confirmer auprès de l'OMS tous les rapports de détection d'un nouveau virus;
- Effectuer une évaluation du risque actuel avec les partenaires internationaux qui exercent une surveillance;
- Évaluer et transmettre les résultats de l'évaluation du risque actuel aux partenaires nationaux qui exercent une surveillance;
- Informer les représentants du CPI/CMHC/RLSPC/ Surveillance de l'influenza de la situation et conseiller à tous de demeurer à l'affût d'autres mises à jour (p. ex., pour les mises à jour sur les zones actuellement touchées par l'influenza aviaire H5N1, consulter <http://www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index.html>);
- Passer en revue l'annexe des plans en cas de pandémie portant sur la surveillance et s'assurer que les systèmes et les ressources sont prêts, testés et peuvent être appliqués rapidement;
- Vérifier et confirmer que toutes les activités de surveillance exercées pendant la période d'alerte pandémique par le biais du système Surveillance de l'influenza et de la surveillance des MRS fonctionnent de façon optimale;
- Coordonner avec les partenaires PT l'examen et la modification des définitions nationales de cas. Veiller à ce qu'un processus soit en place pour documenter les changements dans la définition de cas et à ce que les définitions aux fins des rapports soient conformes aux définitions internationales;
- Examiner/réviser les rapports standards et les outils de présentation de rapports sur la pandémie utilisés pour la diffusion de l'information épidémiologique et virologique au Canada (rapports hebdomadaires *Surveillance de l'influenza* destinés à la population et mises à jour hebdomadaires de la situation par le CCSIE destinées aux professionnels de la santé publique);
- Définir les paramètres de présentation des rapports (processus, fréquence);
- Coordonner la mise en œuvre des systèmes de surveillance afin d'estimer la gravité de l'éclosion causée par un nouveau virus (p. ex., hospitalisations, surveillance de la mortalité).

## ***Échelle PT et locale***

### *Rôles/responsabilités additionnels pour la phase 3 :*

- Veiller à ce que les intervenants clés soient sensibilisés et prennent les mesures adéquates et confirmer qu'une surveillance accrue est exercée;
- Vérifier et confirmer que toutes les activités normales de surveillance de l'influenza entre les pandémies par le biais du système Surveillance de l'influenza et de la surveillance des MRS fonctionnent de façon optimale;

- Examiner l'annexe sur la surveillance des plans en cas de pandémie et s'assurer que les systèmes et les ressources sont prêts/disponibles pour une mise en œuvre rapide si cela devient nécessaire;
- Participer à l'échange régulier d'information avec les intervenants/partenaires FPT et locaux au moyen de téléconférences et de présentations de rapports électroniques;
- Définir les paramètres de présentation des rapports (processus, fréquence, contenu);
- Examiner/réviser les formulaires de rapport standards, les outils de collecte de données et les rapports de surveillance;
- Veiller à ce qu'il y ait un échange régulier d'information à l'échelle nationale de même qu'entre les autorités locales et provinciales;
- Mettre en œuvre des systèmes de surveillance pour estimer la gravité de la pandémie (p. ex., surveillance de la mortalité), s'ils n'ont pas été établis durant la période interpandémique.

---

### **Phase pandémique au Canada**

3.1 Des cas isolés d'infection chez l'homme causés par un nouveau sous-type ont été détectés au Canada. Le virus n'est pas censé se transmettre d'une personne à l'autre, ou de rares cas de transmission à une personne proche ont été observés.

### **Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités**

#### **Objectif :**

- Saisir les données épidémiologiques sur le(s) premier(s) cas d'infection par un nouveau virus au Canada.
- Accroître le degré de sensibilisation et veiller à ce que les systèmes de surveillance respectent les normes et que les plans en cas de pandémie soient mis à jour, testés et prêts à être mis en œuvre.

En plus des rôles et responsabilités de la phase 3.0 :

#### **Échelle fédérale :**

- Organiser une réunion du CPI et du Groupe de travail sur la surveillance nationale afin d'élaborer des recommandations relatives à l'examen du risque et à la mise en œuvre d'une surveillance accrue, p. ex., sensibilisation/vigilance accrues, surveillance/conseils aux points d'entrée, augmentation de la proportion de sous-types d'isolats et d'isolats soumis pour renvoi de référence.
- Transmettre par le CCSIE une alerte de santé publique, qui inclut une analyse de l'information épidémiologique sur le(s) premier(s) cas détecté(s) au Canada;
- Suivre les cas importés/exportés potentiels (p. ex., établir des liens avec les homologues internationaux compétents pour échanger/obtenir des renseignements sur les antécédents d'exposition et de contact);
- Communiquer des renseignements non nominatifs sur les cas à l'OMS (pour une liste des éléments d'information, prière de se reporter à l'Annexe 2) *à ajouter une fois que le formulaire de rapport est révisé;*
- Coordonner la surveillance de la résistance aux antiviraux.

### **Échelle PT et locale**

- Les LSP et d'autres laboratoires de virologie diagnostique seront sur un pied d'alerte et concentreront leur attention sur : la surveillance accrue en laboratoire du nouveau sous-type émergent; l'isolement des virus par culture s'ils disposent de l'équipement approprié; l'exécution ou l'augmentation de tests PCR en temps réel ou d'autres tests des acides nucléiques (TAN) pour l'identification et le sous-typage des virus de l'influenza. Les évaluations du risque au cas par cas seront utilisées à cette phase pour déterminer l'ampleur de la surveillance accrue qui doit être exercée<sup>8</sup>.
- Des résultats de laboratoire positifs pour l'influenza ou des situations où le type de la souche ne peut être identifié par les laboratoires PT chez un cas présentant des symptômes de SG et ayant des liens épidémiologiques avec la nouvelle souche d'influenza doivent être signalés et les isolats expédiés immédiatement au LNM pour une caractérisation de confirmation rapide. Se reporter à l'annexe sur les laboratoires du PCLCPI pour plus de détails;
- Organiser une réunion des groupes de surveillance PT pour examiner les recommandations nationales, les recommandations PT et locales et mettre en œuvre une surveillance accrue;
- Enquêter sur les cas sporadiques, notamment rechercher les contacts, exercer une surveillance de la santé publique et recueillir des données épidémiologiques détaillées à l'aide du formulaire sur les MRS ou tout autre formulaire prévu à cette fin (<http://www.phac-aspc.gc.ca>).

---

### **Phase pandémique au Canada**

4.0 De petites grappes de cas comportant une transmission interhumaine limitée ont été observées à l'extérieur du Canada, mais la propagation est très localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas bien adapté à l'homme. Aucun cas lié à ces grappes n'a été détecté au Canada.

### **Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités**

#### **Objectif :**

- Détecter et décrire la première introduction du nouveau virus au Canada.
- Fournir de l'information afin de sensibiliser la population et d'accroître la vigilance tout en s'assurant que le système a la capacité requise et que les ressources sont disponibles.

#### **Échelle fédérale :**

- Exercer un leadership constant en organisant des téléconférences/réunions, en donnant des conseils et des recommandations au besoin;
- Effectuer régulièrement un balayage et une vérification de l'information de surveillance à l'échelle nationale et internationale, p. ex., ministères de la Santé et d'autres réseaux internationaux de surveillance;
- Évaluer le risque actuel et transmettre les résultats de l'évaluation aux partenaires nationaux qui exercent une surveillance;

<sup>8</sup> Le niveau de surveillance accrue dépendra du lieu où est survenu le ou les premiers cas au Canada de même que de l'évaluation du risque et de l'origine du cas (au Canada ou importé).

- Organiser une réunion du CPI et du Groupe de travail sur la surveillance nationale afin d'élaborer des recommandations relatives à l'examen du risque et à la mise en œuvre d'une surveillance accrue, p. ex., sensibilisation/vigilance accrues, surveillance/avis aux points d'entrée, augmentation de la proportion des sous-types d'isolats et des isolats transmis pour renvoi de référence;
- Examiner l'annexe sur la surveillance des plans en cas de pandémie et s'assurer que les systèmes et les ressources sont prêts/disponibles en vue d'une mise en œuvre rapide si cela devient nécessaire;
- Vérifier et confirmer que toutes les activités normales de surveillance entre les pandémies par le biais du système Surveillance de l'influenza et de la surveillance des MRS fonctionnent de façon optimale;
- Coordonner avec les partenaires PT l'examen et la modification des définitions nationales de cas. Veiller à ce qu'un processus soit en place pour documenter les changements dans la définition de cas et à ce que les définitions soient conformes aux définitions internationales;
- Examiner/réviser les rapports standards pour la diffusion de l'information épidémiologique au Canada;
- Examiner/réviser les paramètres pour les rapports (processus, fréquence).

*Rôles/responsabilités additionnels pour la phase 4 :*

- Confirmer auprès de l'OMS la déclaration de grappes de 2 cas ou plus;
- Confirmer les définitions de cas avec l'OMS;
- Examiner/réviser l'alerte de santé publique afin que les personnes soient mieux sensibilisées de façon à pouvoir prendre, au besoin<sup>9</sup>, des décisions cliniques et de santé publique éclairées (les révisions de l'alerte doivent être approuvées par le CPI).

**Échelle PT et locale :**

- Veiller à ce qu'il y ait des contacts réguliers avec les décideurs et les intervenants clés en cas de pandémie au sein des PT;
- Veiller à ce que les intervenants clés soient conscients du problème et prennent des mesures adéquates et confirmer qu'une surveillance accrue est exercée;
- Passer en revue l'annexe sur la surveillance des plans en cas de pandémie et vérifier que les systèmes et les ressources sont prêts/disponibles pour une mise en œuvre rapide si cela devient nécessaire.

*Rôles/responsabilités additionnels pour la phase 4 :*

- Vérifier et confirmer que toutes les activités normales de surveillance interpandémique par le biais du système Surveillance de l'influenza et de la surveillance des MRS fonctionnent de façon optimale;
- Diffuser le changement de phase pandémique aux fournisseurs de soins de santé.

<sup>9</sup> Bien qu'on considère peu probable qu'une souche pandémique émerge tout d'abord au Canada, le système de santé publique doit être préparé à faire face à cette possibilité. Les alertes pour la santé publique doivent tenir compte des situations d'importation de cas et d'apparition de nouveaux virus au Canada.

---

## **Phase pandémique au Canada**

- 4.1 Des cas isolés d'infection causée par un virus ayant une capacité de transmission interhumaine limitée ont été détectés au Canada. Aucune grappe n'a été décelée au Canada.
- 4.2 De petites grappes localisées comportant une transmission interhumaine limitée ont été observées au Canada, mais la propagation est très localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas bien adapté à l'homme.

## **Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités**

### **Objectif :**

- Identifier et saisir les données épidémiologiques et décrire les caractéristiques épidémiologiques des premiers cas et grappes de cas d'infection par le nouveau virus au Canada.
- Fournir des données pour contrôler le confinement de l'éclosion.
- Fournir de l'information pour accroître la sensibilisation et la vigilance tout en s'assurant que le système a les capacités suffisantes et que les ressources sont disponibles.

### **Échelle fédérale :**

- Exercer un leadership constant en organisant des téléconférences/réunions, en donnant des conseils et des recommandations au besoin;
- Effectuer régulièrement un balayage et une vérification de l'information de surveillance à l'échelle nationale et internationale, p. ex., ministères de la Santé et d'autres réseaux internationaux de surveillance;
- Évaluer le risque actuel et transmettre les résultats de l'évaluation aux partenaires nationaux qui exercent une surveillance;
- Organiser une réunion du CPI et du Groupe de travail sur la surveillance nationale afin d'élaborer des recommandations relatives à l'examen du risque et à la mise en œuvre d'une surveillance accrue, p. ex., sensibilisation/vigilance accrues, surveillance/avis aux points d'entrée, augmentation de la proportion des sous-types d'isolats et des isolats transmis pour un renvoi de référence;
- Examiner l'annexe sur la surveillance des plans en cas de pandémie et vérifier que les systèmes et les ressources sont prêts/disponibles en vue d'une mise en œuvre rapide si cela devient nécessaire;
- Vérifier et confirmer que toutes les activités normales de surveillance interpandémique par le biais du système Surveillance de l'influenza et de la surveillance des MRS fonctionnent de façon optimale;
- Coordonner avec les partenaires PT l'examen et la modification des définitions nationales de cas. Veiller à ce qu'un processus soit en place pour documenter les changements dans la définition de cas et à ce que les définitions soient conformes aux définitions internationales;
- Examiner/réviser les rapports standards pour la diffusion de l'information épidémiologique au Canada;
- Émettre une alerte pour accroître la sensibilisation afin qu'on puisse prendre des décisions cliniques et de santé publique éclairées au besoin.

*Rôles/responsabilités additionnelles pour les phases 4.1, 4.2 :*

- Exercer une surveillance aux frontières à l'échelle internationale (selon l'origine des cas), qui sera coordonnée par le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (ASPC)<sup>10</sup>;
- Recueillir/compiler/distribuer des données épidémiologiques pour les cas signalés au Canada;
- Établir le niveau actuel de risque pour orienter les mesures de santé publique (p. ex., caractéristiques de la transmission pour les cas secondaires);
- Examiner les protocoles pour les études spéciales<sup>11</sup> et constituer des équipes spécialisées au besoin pour qu'on puisse entreprendre rapidement les études lorsque c'est indiqué;
- Réviser les définitions de cas en tenant compte du tableau clinique observé chez les cas;
- Communiquer des renseignements non nominatifs sur les cas/grappes de cas à l'OMS (pour la liste des éléments d'information, se reporter à l'Annexe 3).

**Échelle PT et locale :**

- Veiller à ce qu'on soit conscient du problème et que des mesures adéquates soient prises par les intervenants clés et confirmer qu'une surveillance accrue est exercée immédiatement dans les régions affectées afin d'identifier toute transmission interhumaine au Canada;
- Examiner l'annexe sur la surveillance des plans en cas de pandémie et vérifier que les systèmes et les ressources sont prêts/disponibles pour une mise en œuvre rapide si cela devient nécessaire.

*Rôles/responsabilités additionnels pour la phase 4.1, 4.2 :*

- Vérifier et confirmer que toutes les activités normales de surveillance interpandémique par le biais du système Surveillance de l'influenza et de la surveillance des MRS fonctionnent de façon optimale;
- Effectuer une enquête sur les cas/grappes de cas et présenter un rapport à l'ASPC (pour la liste des éléments d'information, se reporter à l'Annexe 3).

---

## **Phase pandémique au Canada**

5.0 De plus grosses grappes de cas sont observées à l'extérieur du Canada, mais la transmission interhumaine demeure localisée, ce qui donne à penser que le virus s'adapte de mieux en mieux à l'homme, mais qu'il n'est pas encore entièrement transmissible (risque important de pandémie). Aucun cas n'a été détecté au Canada en association avec ces grappes.

### **Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités**

**Objectif :**

- Détecter et décrire la première introduction du nouveau virus au Canada.
- Accroître la sensibilisation et la vigilance tout en s'assurant que le système a la capacité voulue et que les ressources sont disponibles.

---

<sup>10</sup> Se reporter aux *Mesures de santé publique*, Annexe M, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

<sup>11</sup> On peut envisager à ce stade d'effectuer des enquêtes sérologiques. On trouvera à l'Annexe 1 des lignes directrices cadres qui peuvent être révisées au besoin au moment de leur mise en œuvre. Les plans en vue des études sur l'efficacité du vaccin devraient être révisés et prêts à être mis en œuvre.

### ***Échelle PT et locale :***

- Exercer un leadership constant;
- Confirmer auprès de l'OMS l'existence d'une transmission interhumaine soutenue et déterminer s'il y a des éclosions dans un ou plusieurs pays;
- Effectuer régulièrement un balayage et une vérification de l'information de surveillance nationale et internationale, p. ex., ministères de la Santé et autres réseaux internationaux de surveillance;
- Évaluer le risque actuel et communiquer les résultats aux partenaires nationaux qui exercent une surveillance;
- Réunir le CPI et le Groupe de travail sur la surveillance nationale pour déterminer les besoins d'information particuliers compte tenu de la situation et les activités adéquates de surveillance accrue (augmentation des tests de laboratoire et des services de référence, collecte d'information pertinente sur le plan épidémiologique, p. ex., antécédents de voyage, état vaccinal, autres renseignements nécessaires pour orienter les mesures de lutte en s'inspirant de l'expérience internationale);
- Informer les représentants du CPI/CMHC/RLSPC/ Surveillance de l'influenza de la situation et des mesures recommandées, notamment des activités de surveillance accrue adaptées à la situation;
- Entreprendre la mise en œuvre de la surveillance accrue si c'est jugé nécessaire (d'après l'efficacité de la transmission interhumaine et l'évaluation du potentiel pandémique);
- Veiller à ce que des systèmes et des ressources additionnels soient prêts/disponibles pour une mise en œuvre rapide si cela devient nécessaire.

### ***Échelle PT et locale :***

- Veiller à ce que les intervenants clés en cas de pandémie soient mieux sensibilisés et prennent les mesures adéquates, notamment exercent des activités de surveillance accrue;
- Passer à un niveau de surveillance accrue au besoin;
- Veiller à ce que des systèmes et des ressources additionnels soient prêts/disponibles pour une mise en œuvre rapide si cela devient nécessaire;
- Échange d'information avec les partenaires FPT et locaux.

---

## **Phase pandémique au Canada**

5.1 Des cas sporadiques d'infection causée par un virus mieux adapté à l'homme ont été détectés au Canada. Aucune grappe n'a été observée au Canada.

### **Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités**

#### ***Objectif :***

- Identifier et saisir les données épidémiologiques et décrire les caractéristiques épidémiologiques des premiers cas et grappes de cas d'infection par le nouveau virus au Canada.
- Fournir des données pour contrôler le confinement de l'éclosion.

- Fournir de l'information pour accroître la sensibilisation et la vigilance tout en s'assurant que le système a les capacités suffisantes et que les ressources sont disponibles.

*En plus des rôles et responsabilités pour la phase 5.0 :*

**Échelle fédérale :**

- Communiquer des renseignements non nominatifs sur les cas/grappes de cas à l'OMS (pour une liste des éléments d'information, se reporter à l'Annexe 3).

**Échelle PT et locale :**

- Effectuer une enquête sur les cas et présenter un rapport à l'ASPC (pour la liste des éléments d'information, se reporter à l'Annexe 3).

---

**Phase pandémique au Canada**

5.2 De plus grosses grappes de cas localisées comportant une transmission interhumaine limitée sont observées au Canada, mais la propagation est encore localisée, ce qui donne à penser que le virus s'adapte de mieux en mieux à l'homme, mais qu'il n'est pas encore entièrement transmissible (risque important de pandémie).

**Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités**

**Objectif :**

- Identifier et saisir les données épidémiologiques et décrire les caractéristiques épidémiologiques des premiers cas et grappes de cas d'infection par le nouveau virus au Canada.
- Fournir des données pour contrôler le confinement de l'éclosion.
- Fournir de l'information pour accroître la sensibilisation et la vigilance tout en s'assurant que le système a les capacités suffisantes et que les ressources sont disponibles.

*En plus des rôles et responsabilités pour la phase 5.1 :*

**Échelle fédérale :**

- *Grappe de cas à l'intérieur d'une province ou d'un territoire* : collaborer à la coordination et à la mise en œuvre de l'enquête sur l'éclosion dirigée par les autorités PT, servir d'agent de liaison avec les organisations internationales.
- *Grappes de cas dans plus d'une province ou d'un territoire* : coordonner l'enquête sur les cas et servir d'agent de liaison entre les provinces/territoires de même qu'avec les organisations internationales.
- Réviser les définitions de cas en tenant compte du tableau clinique observé chez les cas.

**Échelle PT et locale :**

- *Grappe de cas à l'intérieur d'une province ou d'un territoire* : diriger l'enquête sur l'éclosion et présenter un rapport à l'ASPC (pour une liste des éléments d'information, se reporter à l'Annexe 3).

## Tableau 2.1 : Données nationales de surveillance pour la période d'alerte pandémique

### Phase pandémique au Canada

3.0 Des cas d'infection chez l'homme causés par un nouveau sous-type de virus ont été détectés à l'extérieur du Canada. Aucune transmission interhumaine n'a encore été observée ou de rares cas de transmission à une personne proche ont été recensés. Aucun cas n'a été détecté au Canada.

### Données nationales de surveillance

#### Surveillance de la maladie

- (a) Niveau d'activité grippale par région des PT (d'après les définitions de *Surveillance de l'influenza*);
- (b) Taux de consultations pour un syndrome grippal (SG) (nombre de consultations chez des médecins sentinelles pour un SG/1000 consultations);
- (c) Nombre d'éclotions confirmées en laboratoire dans les établissements de soins de longue durée;
- (d) Nombre d'hospitalisations et de décès associés à l'influenza chez les enfants de 0 à 18 ans obtenu par l'entremise des hôpitaux pédiatriques sentinelles (IMPACT<sup>12</sup>).

#### Surveillance en laboratoire

- (e) Pourcentage de tests positifs pour l'influenza (nombre total de tests de laboratoire pour l'influenza et nombre de résultats positifs, selon le type du virus (A ou B));
- (f) Caractérisation de la souche, nombre identifié pour chaque souche et sous-type, et pourcentage de l'ensemble en ce qui concerne environ 10 % des isolats provenant du système de détection des virus respiratoires dans les laboratoires sentinelles;
- (g) Augmentation de la caractérisation ciblée des souches en fonction des résultats de l'évaluation du risque dans les régions où des souches animales circulent;
- (h) Étude de la résistance aux antiviraux chez les isolats du virus de l'influenza.

#### Évaluation du risque

- (i) Sommaire des zones au Canada et à l'étranger où l'activité du virus chez les animaux a été confirmée;
- (j) Sommaire de l'activité du virus chez les humains à l'échelle internationale.

<sup>12</sup> Le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT) est un réseau national de surveillance active instauré dans des hôpitaux pédiatriques afin de dépister les effets secondaires suivant l'immunisation, les échecs vaccinaux et diverses maladies infectieuses infantiles évitables par la vaccination ou qui pourront l'être sous peu.

---

## Phase pandémique au Canada

- 3.1 Des cas isolés d'infection chez l'homme causés par un nouveau sous-type ont été détectés au Canada. Le virus n'est pas censé se transmettre d'une personne à l'autre, ou de rares cas de transmission à une personne proche ont été observés.

### Données nationales de surveillance

#### *Surveillance de la maladie*

- (a) Niveau d'activité grippale par région des PT (d'après les définitions de *Surveillance de l'influenza*);
- (b) Taux de consultations pour un syndrome grippal (SG) (nombre de consultations chez des médecins sentinelles pour un SG/1000 consultations);
- (c) Nombre d'éclotions confirmées en laboratoire dans les établissements de soins de longue durée;
- (d) Nombre d'hospitalisations et de décès associés à l'influenza chez les enfants de 0 à 18 ans obtenu par l'entremise des hôpitaux pédiatriques sentinelles (IMPACT<sup>13</sup>).

#### *Surveillance en laboratoire*

- (e) Pourcentage de tests positifs pour l'influenza (nombre total de tests de laboratoire pour l'influenza et nombre de résultats positifs, selon le type du virus (A ou B));
- (f) Caractérisation de la souche, nombre identifié pour chaque souche et sous-type, et pourcentage de l'ensemble en ce qui concerne environ 10 % des isolats provenant du système de détection des virus respiratoires dans les laboratoires sentinelles;
- (g) Augmentation de la caractérisation ciblée des souches en fonction des résultats de l'évaluation du risque dans les régions où des souches animales circulent;
- (h) Étude de la résistance aux antiviraux chez les isolats du virus de l'influenza.

#### *Évaluation du risque*

- (i) Sommaire des zones au Canada et à l'étranger où l'activité du virus chez les animaux a été confirmée;
- (j) Sommaire de l'activité du virus chez les humains à l'échelle internationale.

#### *En plus des indicateurs pour 3.0 :*

- (k) Description épidémiologique détaillée et estimation de la période d'incubation et de la période de transmissibilité (p. ex., nombre de cas secondaires);
- (l) Si les antiviraux sont utilisés pour la prophylaxie - antiviraux : nombre de patients atteints d'un SG après la prophylaxie, durée du traitement prophylactique, événements indésirables graves;

---

<sup>13</sup> Le Programme canadien de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT) est un réseau national de surveillance active instauré dans des hôpitaux pédiatriques afin de dépister les effets secondaires suivant l'immunisation, les échecs vaccinaux et diverses maladies infectieuses infantiles qui peuvent être prévenues par un vaccin ou qui pourront l'être sous peu.

- (m) Surveillance accrue en laboratoire (caractérisations plus nombreuses des souches) dans les zones où le ou les premiers cas ont été identifiés. Inclut le sous-typage des échantillons provenant des contacts exposés qui signalent des symptômes de SG (d'après une évaluation du risque effectuée au cas par cas);
- (n) Surveillance des éclosions et des grappes de cas inhabituelles.

---

### **Phase pandémique au Canada**

- 4.0 De petites grappes de cas comportant une transmission interhumaine limitée ont été observées à l'extérieur du Canada, mais la propagation est très localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas bien adapté à l'homme. Aucun cas lié à ces grappes n'a été détecté au Canada.
- 5.0 De plus grosses grappes de cas sont observées à l'extérieur du Canada, mais la transmission interhumaine demeure localisée, ce qui donne à penser que le virus s'adapte de mieux en mieux à l'homme, mais qu'il n'est pas encore entièrement transmissible (risque important de pandémie). Aucun cas n'a été détecté au Canada en association avec ces grappes.

### **Données nationales de surveillance**

*Mêmes données que 3.0 :*

#### ***Surveillance de la maladie***

- (a) Niveau d'activité grippale par région des PT (d'après les définitions de *Surveillance de l'influenza*);
- (b) Taux de consultations pour un syndrome grippal (SG) (nombre de consultations chez des médecins sentinelles pour un SG/1000 consultations),
- (c) Nombre d'éclosions confirmées en laboratoire dans les établissements de soins de longue durée;
- (d) Nombre d'hospitalisations et de décès associés à l'influenza chez les enfants de 0 à 18 ans obtenu par l'entremise des hôpitaux pédiatriques sentinelles (IMPACT).

#### ***Surveillance en laboratoire***

- (e) Pourcentage de tests positifs pour l'influenza (nombre total de tests de laboratoire pour l'influenza et nombre de résultats positifs, selon le type du virus (A ou B));
- (f) Caractérisation de la souche, nombre identifié pour chaque souche et sous-type, et pourcentage de l'ensemble en ce qui concerne environ 10 % des isolats provenant du système de détection des virus respiratoires dans les laboratoires sentinelles;
- (g) Augmentation de la caractérisation ciblée des souches en fonction des résultats de l'évaluation du risque dans les régions où des souches animales circulent;
- (h) Étude de la résistance aux antiviraux chez les isolats du virus de l'influenza.

#### ***Évaluation du risque***

- (i) Sommaire des zones au Canada et à l'étranger où l'activité du virus chez les animaux a été confirmée;
- (j) Sommaire de l'activité du virus à l'échelle internationale chez les humains;

---

## **Phase pandémique au Canada**

- 4.1 Des cas isolés d'infection causée par un virus ayant une capacité de transmission interhumaine limitée ont été détectés au Canada. Aucune grappe n'a été décelée au Canada.
- 4.2 De petites grappes localisées comportant une transmission interhumaine limitée ont été observées au Canada, mais la propagation est très localisée, ce qui donne à penser que le virus n'est pas bien adapté à l'homme.
- 5.1 Des cas sporadiques d'infection causée par un virus mieux adapté à l'homme ont été détectés au Canada. Aucune grappe n'a été observée au Canada.
- 5.2 De plus grosses grappes de cas localisées comportant une transmission interhumaine limitée sont observées au Canada, mais la propagation est encore localisée, ce qui donne à penser que le virus s'adapte de mieux en mieux à l'homme mais qu'il n'est pas encore entièrement transmissible (risque important de pandémie).

## **Données nationales de surveillance**

*Mêmes données que 3.1 :*

### ***Surveillance de la maladie***

- (a) Niveau d'activité grippale par région des PT (d'après les définitions de *Surveillance de l'influenza*);
- (b) Taux de consultations pour un syndrome grippal (SG) (nombre de consultations chez des médecins sentinelles pour un SG/1000 consultations);
- (c) Nombre d'éclosions confirmées en laboratoire dans les établissements de soins de longue durée;
- (d) Nombre d'hospitalisations et de décès associés à l'influenza chez les enfants de 0 à 18 ans obtenu par l'entremise des hôpitaux pédiatriques sentinelles (IMPACT).

### ***Surveillance en laboratoire***

- (e) Pourcentage de tests positifs pour l'influenza (nombre total de tests de laboratoire pour l'influenza et nombre de résultats positifs, selon le type du virus (A ou B));
- (f) Caractérisation de la souche, nombre identifié pour chaque souche et sous-type, et pourcentage de l'ensemble en ce qui concerne environ 10 % des isolats provenant du système de détection des virus respiratoires dans les laboratoires sentinelles;
- (g) Augmentation de la caractérisation ciblée des souches en fonction des résultats de l'évaluation du risque dans les régions où des souches animales circulent;
- (h) Étude de la résistance aux antiviraux chez les isolats du virus de l'influenza.

### ***Évaluation du risque***

- (i) Sommaire des zones au Canada et à l'étranger où l'activité du virus chez les animaux a été confirmée;
- (j) Sommaire de l'activité du virus chez les humains à l'échelle internationale;
- (k) Description épidémiologique détaillée et estimation de la période d'incubation et de la période de transmissibilité (p. ex., nombre de cas secondaires);

- (l) Si les antiviraux sont utilisés pour la prophylaxie - antiviraux : nombre de patients atteints d'un SG après la prophylaxie, durée du traitement prophylactique, événements indésirables graves;
  - (m) Surveillance accrue en laboratoire (caractérisations plus nombreuses des souches) ciblée dans les zones où le ou les premiers cas ont été identifiés. Inclut le sous-typage des échantillons provenant des contacts exposés qui signalent des symptômes de SG (d'après une évaluation du risque effectuée au cas par cas);
  - (n) Surveillance des éclosions et des grappes de cas inhabituelles.
- En plus des données pour 3.1 :*
- (o) Nombre de milieux atteints et description épidémiologique de ces milieux.

## Période pandémique

### Tableau 3 : Période pandémique

---

#### Phase pandémique au Canada

6.0 Une transmission accrue et soutenue de la maladie dans la population a été observée à l'extérieur du Canada. Aucun cas lié aux populations touchées n'a été détecté au Canada.

#### Rôles et responsabilités en matière de surveillance

##### **Objectif :**

- Décrire les premiers cas au Canada.
- Orienter l'intervention en surveillant la survenue et la progression de la pandémie dans la population.

##### **Échelle fédérale :**

- Exercer un leadership constant;
- Confirmer auprès de l'OMS les rapports d'éclosions généralisées multiples comportant des taux élevés de morbidité/mortalité dans plusieurs pays;
- Effectuer régulièrement un balayage et une vérification des données de surveillance à l'échelle nationale et internationale, par exemple ministères de la Santé et d'autres réseaux internationaux de surveillance;
- Évaluer l'épidémiologie actuelle afin de faciliter l'établissement des priorités (si nécessaire) pour l'affectation des rares ressources à l'intervention auprès des groupes à risque élevé;
- Organiser une réunion avec le CPI et le Groupe de travail sur la surveillance nationale afin d'évaluer la situation et de déterminer les besoins en matière d'information et la fréquence des rapports, par exemple, régions géographiques/certains centres urbains ou certains groupes/milieux de soins pour accélérer les activités de surveillance (p. ex. accélération de la surveillance sentinelle/non sentinelle afin d'augmenter l'étendue de la population desservie, le prélèvement d'échantillons, la collecte de données sur la mortalité);

- Intensifier les activités de surveillance au besoin (fréquence de la collecte de données, besoins d'information additionnelle, diffusion aux partenaires);
- Coordonner avec les PT l'examen et la révision de la définition de cas à la lumière des données actuelles sur le spectre clinique de la maladie;
- Distribuer les formulaires révisés de collecte de données et les instructions/protocoles de transmission pour la base de données si ce n'est déjà fait;
- Se préparer en vue de la mise en œuvre du plan de ressources humaines élaboré durant la phase 1.

#### **Échelle PT et locale :**

- Avoir des contacts réguliers avec les principaux intervenants dans les différents paliers de gouvernement;
- Veiller à ce que les activités de surveillance soient intensifiées, que les ressources nécessaires soient en place et que des mesures adéquates soient prises;
- Se préparer en vue de mettre en œuvre le plan de ressources humaines élaboré durant la phase 1.

---

#### **Phase pandémique au Canada**

6.1 Des cas isolés d'infection causée par le virus pandémique ont été détectés au Canada. Aucune grappe d'infection n'a été observée au Canada.

*Remarque : Il est probable que cette phase sera de très courte durée et n'aura pas lieu du tout au Canada (l'activité du nouveau virus peut ne pas être détectée avant l'apparition d'une grappe de cas).*

#### **Rôles et responsabilités en matière de surveillance**

##### **Objectif :**

- Décrire les premiers cas au Canada.
- Orienter l'intervention en surveillant la survenue et la progression de la pandémie dans la population.

##### **Échelle fédérale :**

- Confirmer que le spectre clinique de la maladie (d'après les commentaires des experts locaux) correspond à ce qui a été observé à l'échelle internationale (réviser les définitions de cas au besoin);
- Recueillir, colliger et analyser les données nationales sur l'impact et les tendances et fournir des sommaires épidémiologiques pour caractériser les éclosions et l'impact en utilisant les données sur la mortalité et la surveillance accrue (taux de mortalité par âge, groupes à risque élevé);
- Fournir des sommaires épidémiologiques pour caractériser les éclosions et l'impact (mortalité, groupes à risque élevé, manifestations cliniques);
- Mettre en œuvre le plan de ressources humaines élaboré durant la phase 1.

### ***Échelle PT et locale :***

- Recueillir, colliger et analyser les données PT sur l'impact et les tendances et fournir des sommaires épidémiologiques à l'ASPC pour caractériser les éclosions et l'impact en utilisant les données sur la mortalité et la surveillance accrue (taux de mortalité par âge, groupes à risque élevé, spectre clinique de la maladie);
- Signaler à Santé Canada l'usage des antiviraux, les événements indésirables liés aux antiviraux et les effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) à ASPC;
- Mettre en œuvre le plan de ressources humaines élaboré durant la phase 1.

---

## **Phase pandémique au Canada**

6.2 Une activité pandémique localisée ou étendue est observée dans la population canadienne.

### **Rôles et responsabilités en matière de surveillance**

#### ***Objectif :***

- Identifier et décrire la population touchée, ce qui facilitera l'identification des groupes à risque élevé et la comparaison avec d'autres populations ou d'autres saisons grippales afin d'orienter les mesures de santé publique.
- Orienter les interventions en surveillant la survenue et la progression de la pandémie dans la population.
- D'après la baisse des niveaux d'activité, déterminer les déclencheurs pour la mise en œuvre des activités post-pandémiques en prévision de la deuxième vague et des vagues ultérieures.

*En plus des rôles et des responsabilités de la phase 6.0 :*

#### ***Échelle fédérale :***

- Revenir à la surveillance simplifiée (sera définie plus en détail);
- Coordonner les activités d'évaluation et de planification des ressources pour les vagues subséquentes.

#### ***Échelle PT et locale :***

- Revenir à la surveillance simplifiée (sera définie plus en détail);
- Évaluer la performance et planifier les ressources pour les vagues subséquentes.

## Tableau 3.1 : Indicateurs des données nationales de surveillance pour la période pandémique

---

### Phase pandémique au Canada

6.0 Une transmission accrue et soutenue de la maladie dans la population a été observée à l'extérieur du Canada. Aucun cas lié aux populations touchées n'a été détecté au Canada.

### Données nationales de surveillance

#### *Surveillance de la maladie*

- (a) Niveau d'activité grippale par région des PT (d'après les définitions de *Surveillance de l'influenza*);
- (b) Taux de consultations pour un syndrome grippal (SG) (nombre de consultations chez des médecins sentinelles pour un SG/1000 consultations);
- (c) Nombre d'éclosions confirmées en laboratoire dans les établissements de soins de longue durée;
- (d) Nombre d'hospitalisations et de décès associés à l'influenza chez les enfants de 0 à 18 ans obtenu par l'entremise des hôpitaux pédiatriques sentinelles (IMPACT<sup>14</sup>).

#### *Surveillance en laboratoire*

- (e) Pourcentage de tests positifs pour l'influenza (nombre total de tests de laboratoire pour l'influenza et nombre de résultats positifs, selon le type du virus (A ou B));
- (f) Caractérisation de la souche, nombre identifié pour chaque souche et sous-type, et pourcentage de l'ensemble en ce qui concerne environ 10 % des isolats provenant du système de détection des virus respiratoires dans les laboratoires sentinelles;
- (g) Augmentation de la caractérisation ciblée des souches en fonction des résultats de l'évaluation du risque;
- (h) Étude de la résistance aux antiviraux chez les isolats du virus de l'influenza.

#### *Évaluation du risque*

- (i) Sommaire de l'activité du virus à l'échelle internationale chez les humains.

---

<sup>14</sup> Le Programme canadien de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT) est un réseau national de surveillance active instauré dans des hôpitaux pédiatriques afin de dépister les effets secondaires suivant l'immunisation, les échecs vaccinaux et diverses maladies infectieuses infantiles évitables par la vaccination qui pourront l'être sous peu.

---

## **Phase pandémique au Canada**

6.1 Des cas isolés d'infection causée par le virus pandémique ont été détectés au Canada. Aucune grappe d'infection n'a été observée au Canada.

*Remarque : Il est probable que cette phase sera de très courte durée et n'aura pas lieu du tout au Canada (l'activité du nouveau virus peut ne pas être détectée avant l'apparition d'une grappe de cas),*

## **Données nationales de surveillance**

*Mêmes données que 5.1, 5.2 :*

### **Surveillance de la maladie**

- (a) Niveau d'activité grippale par région des PT (d'après les définitions de *Surveillance de l'influenza*);
- (b) Taux de consultations pour un syndrome grippal (SG) (nombre de consultations chez des médecins sentinelles pour un SG/1000 consultations);
- (c) Nombre d'éclosions confirmées en laboratoire dans les établissements de soins de longue durée;
- (d) Nombre d'hospitalisations et de décès associés à l'influenza chez les enfants de 0 à 18 ans obtenu par l'entremise des hôpitaux pédiatriques sentinelles (IMPACT).

### **Surveillance en laboratoire**

- (e) Pourcentage de tests positifs pour l'influenza (nombre total de tests de laboratoire pour l'influenza et nombre de résultats positifs, selon le type du virus (A ou B));
- (f) Caractérisation de la souche, nombre identifié pour chaque souche et sous-type, et pourcentage de l'ensemble en ce qui concerne environ 10 % des isolats provenant du système de détection des virus respiratoires dans les laboratoires sentinelles;
- (g) Augmentation de la caractérisation ciblée des souches en fonction des résultats de l'évaluation du risque;
- (h) Étude de la résistance aux antiviraux chez les isolats du virus de l'influenza.

### **Évaluation du risque**

- (i) Sommaire de l'activité du virus à l'échelle internationale chez les humains;
- (j) Description épidémiologique détaillée et estimation de la période d'incubation et de la période de transmissibilité (p. ex., nombre de cas secondaires);
- (k) Si les antiviraux sont utilisés pour la prophylaxie - antiviraux : nombre de patients atteints d'un SG après la prophylaxie, durée du traitement prophylactique, événements indésirables graves;
- (l) Surveillance accrue en laboratoire (caractérisations plus fréquentes des souches) visant les zones où le(s) premier(s) cas a (ont) été identifié(s). Inclut le sous-typage des échantillons provenant des contacts exposés qui signalent des symptômes de SG (d'après une évaluation du risque effectuée au cas par cas);
- (m) Surveillance des éclosions et des grappes de cas inhabituelles;
- (n) Nombre de milieux touchés et leur description épidémiologique.

En plus des données pour 5.1, 5.2 :

- (o) Nombre de régions de surveillance où l'activité grippale est étendue, d'après les définitions de *Surveillance de l'influenza*.

*REMARQUE : Pour le moment, il n'existe pas de mécanisme permettant de recueillir des données sur la mortalité en temps réel. On reconnaît qu'il s'agit d'une lacune évidente dans le contexte de la surveillance de la gravité de la pandémie. Bien que la surveillance de la mortalité en temps réel soit nécessaire durant les phases interpandémiques pour déterminer la gravité des épidémies de grippe annuelles, établir les tendances de base concernant la mortalité saisonnière et déceler les indices potentiels, il est recommandé de recueillir ces données de surveillance alors que la pandémie est à son paroxysme afin de décrire la gravité de la pandémie, de déterminer les groupes d'âge à risque élevé et de fournir des indices bruts de l'efficacité des interventions. De plus, durant cette phase plus intense d'une pandémie, les ressources deviendront probablement plus rares, et compte tenu des faibles taux de participation/déclaration, les activités de surveillance en cours ne fourniront peut-être pas des données exactes ou complètes. Même s'il est peu probable que les activités de surveillance systématique cessent complètement, les taux de participation pourraient être très faibles et, partant, la représentativité et la qualité des données pourraient laisser à désirer. En l'occurrence, la mise en œuvre de systèmes de surveillance simples et souples est essentielle. Les nouvelles activités recommandées, comme la surveillance de la mortalité en temps réel, qui s'ajouteraient aux activités systématiques déjà établies et maintenues, devraient également être simples et souples.*

---

## **Phase pandémique au Canada**

6.2 Une activité pandémique localisée ou étendue est observée dans la population canadienne.

### **Données nationales de surveillance**

Surveillance simplifiée de l'activité et de la gravité : les niveaux d'activité grippale (mesurés à l'aide d'indicateurs modifiés pour l'évaluation). Autres indicateurs de la gravité à l'étude, comme ci-dessus.

## **Période post-pandémique**

Bien que la période post-pandémique semble indiquer que les vagues pandémiques ont pris fin et que le virus ne cause plus d'épidémies majeures dans la population, on reconnaît que le virus continuera de circuler. Le tableau qui suit décrit les activités d'évaluation des activités de surveillance durant la pandémie, mais on devra continuer de contrôler les changements dans le virus pandémique dans le cadre des activités de surveillance et de laboratoire pendant cette période.

## Tableau 4 : Période post-pandémique

---

### Phase pandémique

#### *Post-pandémique*

Les rapports sur le nombre de cas et d'autres indicateurs généraux de l'activité pandémique au Canada donnent à penser que le virus responsable de la pandémie ne cause plus une morbidité importante dans la population.

### Objectifs de surveillance/Rôles et responsabilités

#### **Objectif :**

- Évaluer le fardeau saisonnier de l'influenza et détecter les événements inhabituels, notamment les souches inhabituelles ou nouvelles, les effets/syndromes inhabituels, ou la distribution ou la gravité inhabituelles des cas d'influenza dans la population.
- Évaluer la capacité du système de fournir de l'information utile afin de réduire la morbidité et la mortalité durant une pandémie.
- Résumer les caractéristiques épidémiologiques des vagues pandémiques au Canada.
- Continuer de contrôler les changements dans le virus pandémique.

#### **Échelle fédérale :**

Exercer un leadership constant

- Confirmer auprès de l'OMS la fin de l'activité généralisée à l'échelle mondiale du nouveau virus
- Reprendre les activités régulières de balayage et de vérification des données nationales et internationales de surveillance, par exemple ministères de la Santé et autres réseaux internationaux de surveillance;
- Évaluer l'épidémiologie actuelle et la fin de l'activité pandémique;
- Organiser une réunion avec le CPI et le Groupe de travail sur la surveillance nationale afin de déterminer tous les besoins spéciaux en information pour l'évaluation de la performance du système de surveillance durant les vagues pandémiques;
- Fournir des sommaires épidémiologiques pour caractériser l'impact des vagues pandémiques au Canada (propagation, taux de morbidité et de mortalité par âge, groupes à risque élevé);
- Coordonner les activités d'évaluation et de planification des ressources, notamment des études spéciales de surveillance des effets tardifs du virus pandémique (p. ex., neurologiques);
- Reprendre la surveillance de l'influenza entre les pandémies à l'aide de *Surveillance de l'influenza* (sauf dans le cas où on a des besoins additionnels d'information pour l'évaluation);

- Réduire la fréquence et changer l'orientation des mises à jour régulières par courriel, fax, téléconférences et affichages sur le Web afin de répondre aux besoins des activités d'évaluation et de planification;
- Évaluer la performance du système de surveillance et prévoir des améliorations au besoin.

***Échelle PT et locale :***

- Reprendre les activités du système de Surveillance de l'influenza et les activités particulières à chaque palier de gouvernement entre les pandémies;
- Évaluer la performance du système de surveillance et planifier des améliorations au besoin et communiquer l'information aux intervenants PT et locaux.

# Protocole générique d'enquête sérologique chez les personnes exposées à l'influenza

*Rédigé par : Le groupe de travail sur la Surveillance des infections respiratoires et des maladies évitables par la vaccination (SIRMEV), avril 2006*

### Contexte

Pour comprendre le risque que présentent pour les humains les nouvelles souches d'influenza, il importe de connaître la mesure dans laquelle elles sont capables d'infecter des personnes et de causer la maladie. Ces dernières années, plusieurs souches d'influenza aviaire ont été à l'origine d'éclotions chez les animaux et d'un nombre limité de cas de transmission secondaire aux humains. Ces cas humains peuvent potentiellement transmettre l'influenza à leurs divers contacts : membres de leur ménage, travailleurs de la santé ou contacts sociaux. Dans les multiples scénarios possibles envisagés pour la pandémie d'influenza, on s'attend à ce que des souches qui deviendront pandémiques seront initialement transmises par des animaux, infecteront un nombre limité de cas et deviendront progressivement capables d'infecter les humains à la suite de mutations favorisant leur adaptation ou d'un réassortiment.

Pour identifier les souches potentiellement pandémiques, il est important d'être en mesure de définir la transmissibilité de ces souches aux humains de même que leur virulence, c'est-à-dire leur capacité de causer une maladie grave. Lorsqu'une souche d'influenza infecte une personne, elle provoque une réponse immunitaire spécifique à cette souche. La présence de ces anticorps est un marqueur fiable de l'infection, même en l'absence de symptômes. Les enquêtes sérologiques portant sur les personnes qui ont été en contact avec des animaux ou des humains infectés aident donc à estimer la transmissibilité de nouvelles souches et leur virulence lorsque les résultats de ces enquêtes sont combinés aux symptômes cliniques.

Le présent protocole générique décrit une méthodologie pour effectuer des enquêtes sérologiques chez les personnes qui ont été en contact avec des animaux ou des humains infectés. Cette méthodologie doit être adaptée au contexte particulier de l'éclotion. Bien que les souches d'influenza à examiner puissent être d'origine porcine ou provenir d'un autre type d'animal, les hôtes les plus probables à craindre seront les oiseaux. Par souci de simplicité, on parlera dans le protocole de souche aviaire lorsqu'on se réfère à la souche animale mise en cause.

Ce protocole est une synthèse de plusieurs protocoles d'enquêtes sérologiques utilisés ailleurs dans le monde après ou durant des éclotions d'influenza aviaire. Il décrit une méthode qui peut être utilisée dans le cas des trois types les plus fréquents de contacts étudiés : travailleurs et personnes en contact avec des animaux infectés, contacts familiaux de cas humains et travailleurs de la santé en contact avec des patients. Le plan d'étude et les données sur les variables à recueillir varieront selon la situation, mais l'évaluation en laboratoire est la même pour toutes les études. Le questionnaire proposé contient une série de questions et de variables qui peuvent ou non s'appliquer à une situation donnée. Il ne prétend pas être exhaustif mais peut servir de base pour l'élaboration d'un questionnaire adapté à l'éclotion particulière. Les enquêteurs devraient choisir les questions qui correspondent de plus près à leur situation et devraient envisager

d'ajouter d'autres questions qui n'ont pas été présentées mais qui peuvent être importantes dans les circonstances.

## **Objectif**

Estimer la prévalence des anticorps dirigés contre le virus de l'influenza aviaire chez les personnes exposées à des animaux ou des patients infectés par le virus de l'influenza aviaire, décrire le spectre de la maladie et évaluer les facteurs de risque qui sont épidémiologiquement associés à la présence d'anticorps contre le virus de l'influenza aviaire.

## **Plan d'étude**

Deux types d'enquêtes peuvent être effectués. Les études prospectives estiment l'incidence des infections, alors que les études rétrospectives estiment la prévalence des expositions passées à l'influenza aviaire sans confirmer le moment où l'infection a été contractée.

## **Description et source de la population et de la région sanitaire étudiées**

On devrait définir les populations cibles à étudier ainsi que les critères d'inclusion, qui décrivent les caractéristiques démographiques des participants (âge, sexe, emploi, résidence, etc.) et le type et le moment de l'exposition à des animaux ou des patients infectés.

## **Participants exposés et non exposés**

Les études de séroprévalence qui ne portent que sur un groupe de personnes exposées sont utiles mais ne permettent pas de déterminer les facteurs de risque d'infection en dehors de l'exposition directe à un animal ou patient infecté. L'inclusion d'un groupe de participants qui n'ont pas été exposés à des animaux ou patients infectés jettera généralement une lumière différente sur d'autres facteurs ou comportements qui ont contribué à l'infection. Le recrutement d'un groupe de participants non exposés est donc en général conseillé.

## **Recrutement et collecte de données**

Le lieu choisi pour le recrutement ainsi que la méthode utilisée pour communiquer avec les participants, obtenir leur consentement éclairé, recueillir l'information et les échantillons de sang devraient être décrits. Il peut être utile de prévoir de demander aux participants qui ont obtenu des résultats positifs au test de détection des anticorps dirigés contre l'influenza aviaire s'ils accepteraient de participer à des études de suivi. Le suivi pourrait comporter 1) la collecte d'informations cliniques sur un syndrome grippal, si elles n'ont pas déjà été recueillies; 2) l'analyse des sérums mis en banque s'il y a lieu pour la comparaison des titres d'anticorps afin de faciliter l'interprétation des résultats des tests; ou 3) l'analyse d'un échantillon additionnel de sang pour faciliter l'interprétation des résultats des tests. Le participant peut choisir de participer à l'un des trois volets applicables de l'étude et peut refuser de participer à n'importe lequel d'entre eux.

## **Variables**

Les données sur les variables à recueillir différeront selon l'événement particulier. Toutefois, voici une série de caractéristiques communes qui sont intéressantes à recueillir : âge, sexe, région de résidence, occupation principale, antécédents médicaux et pathologies sous-jacentes, habitudes de consommation de tabac, vaccination antérieure contre l'influenza, nombre de personnes dans le ménage, contacts avec des animaux de compagnie, voyages, activités susceptibles d'avoir comporté des contacts avec des animaux, contacts au sein du ménage et en dehors avec une

personne malade, types de contacts, présence de symptômes d'infection respiratoire, durée de la maladie, consultation d'un médecin, hospitalisation, issue.

Dans le cas des expositions professionnelles, des questions précises liées à chaque activité et des questions sur les mesures de protection utilisées devraient être posées.

L'exemple de questionnaire inclut plusieurs données sur les variables recueillies durant des enquêtes sérologiques antérieures et peuvent servir de point de départ pour l'élaboration du questionnaire final à utiliser durant un événement particulier. Les questions ont été regroupées en sections qui portent sur des points précis. Une partie ou la totalité de ces questions peuvent être pertinentes durant une écloison et la sélection devrait être faite en conséquence. Le présent questionnaire ne prétend pas être exhaustif et devrait être adapté à chaque situation.

## Méthodes de laboratoire

Comme il faut du temps pour détecter la réponse immunitaire, les échantillons recueillis tôt après un contact peuvent demeurer négatifs malgré la présence d'une infection en cours, alors que des échantillons négatifs recueillis  $\geq 21$  jours après le dernier contact possible permettent d'écartier le diagnostic d'infection. Ce concept est important dans le cas des études prospectives parce que celles-ci nécessiteront le prélèvement de deux échantillons de sang : un au moment du recrutement et un second  $\geq 21$  jours après la dernière exposition possible. Dans les études rétrospectives, on ne prélèvera qu'un seul échantillon  $\geq 21$  jours après la dernière exposition possible. Comme les anticorps persistent pendant des mois, une étude rétrospective risque peu de donner des résultats faussement négatifs si elle est effectuée dans les six mois suivant l'exposition.

Le sang devrait être centrifugé et le sérum devrait être séparé, divisé en aliquotes placées dans plusieurs fioles cryogéniques, qui seront étiquetées. Si les tests sont effectués à l'intérieur d'une semaine, le sérum peut être conservé au réfrigérateur. Si le sérum n'est pas testé immédiatement, il devrait être congelé à moins 20 °C. Pour une conservation prolongée, le sérum devrait être congelé à moins 70 °C. La détermination des anticorps contre l'influenza aviaire peut être effectuée au moyen de divers tests, dont l'inhibition de l'hémagglutination, la neutralisation, notamment la micro-neutralisation et le Western Blot (Réf. : Rowe T, Abernathy RA, Hu-Primmer J, Thompson WW, Lu X, Lim W, Fukuda K, Cox NJ, Katz JM. « Detection of antibody to avian influenza A (H5N1) virus in human serum by using a combination of serologic assays ». *Journal of Clinical Microbiology* 1999;37:937-43).

## Taille de l'échantillon et puissance statistique :

La précision de l'estimation variera selon la prévalence attendue de l'infection. Le Tableau 1 indique le degré de précision de la prévalence dans les études portant sur un seul groupe de personnes exposées. Le Tableau 2 présente le nombre de participants par groupe requis selon les différents taux de prévalence si l'on veut obtenir une puissance statistique de 80 %.

Prévalence	Précision			
	$\pm 1\%$	$\pm 2\%$	$\pm 5\%$	$\pm 10\%$
1 %	380	95	15	4
5 %	1 825	456	73	18
10 %	3 457	864	138	35
15 %	4 898	1 225	196	49

**Tableau 2. Nombre de sujets dans chaque groupe (exposé et non exposé) selon le taux de prévalence prévu dans le groupe exposé et le groupe non exposé, pour un seuil alpha de 5 % et une puissance statistique de 80 %**

Prévalence dans le groupe exposé	Prévalence dans le groupe témoin			
	1 %	2 %	3 %	5 %
5 %	332	653	1 604	Infini
10 %	121	161	221	474
15 %	71	86	104	159
20 %	50	57	65	88
25 %	37	42	46	58

S'il est vrai que dans bien des circonstances, le nombre de personnes exposées sera trop faible pour qu'on obtienne des estimations précises, ces études seront cependant utiles pour montrer si la transmission semble efficace ou peu importante.

### Analyse statistique

Le principal résultat examiné est la séroprévalence des anticorps dans les groupes de personnes exposées et non exposées. Il convient de rechercher les facteurs de risque pour comparer les caractéristiques des patients exposés positifs et négatifs et comparer les participants exposés et non exposés.

### Éthique

Les études de séroprévalence doivent respecter les normes éthiques les plus rigoureuses afin d'assurer la protection de la vie privée de la personne visée par la recherche, et elles doivent être approuvées par des comités d'éthique reconnus. Un formulaire de consentement éclairé devrait être signé par chaque participant. Pour assurer le respect de la vie privée, il faut fournir à chacun des participants à l'étude un numéro de code pour l'étude, ce qui permettra de protéger la confidentialité des renseignements dans la mesure où c'est légalement possible. Le registre établissant un lien entre le nom du participant et le numéro de code de l'étude devrait être conservé de façon sécuritaire et confidentielle par l'enquêteur. Les renseignements personnels ne devraient jamais être divulgués à un tiers, et seuls les résultats agrégés devraient être présentés lors de conférences et dans des publications. Les patients devraient être informés que les tests ne serviront à déterminer que la présence d'anticorps contre le virus de l'influenza et d'autres virus respiratoires, et que leurs échantillons ne feront l'objet d'aucun test de détection d'autres virus tels que le VIH.

Ces études permettent d'accroître les connaissances concernant le risque d'infection par des virus de l'influenza aviaire. Le sujet qui fournit des échantillons sanguins aux fins de l'étude ne tirera peut-être pas directement parti de cette étude. Si l'on détecte la présence d'anticorps chez les participants, l'étude peut également aider à déterminer quels types d'expositions sont associés à un risque accru d'infection. Les études de séroprévalence comportent peu de dangers et d'inconvénients, simplement ceux associés à la ponction veineuse, laquelle peut causer une gêne temporaire au point de ponction. Les participants devraient avoir accès aux numéros de téléphone de personnes-ressources indiqués sur le formulaire de consentement advenant une réaction indésirable aux prélèvements de sang ou si des préoccupations générales se posent au cours de l'étude. Le participant devrait se sentir libre de retirer son échantillon de la sérothèque et/ou de cesser de participer à l'étude en tout temps après le prélèvement sanguin.

## Annexe 1

### Exemple de questionnaire d'enquête sérologique sur l'influenza aviaire

Code d'ID pour l'étude	
Date de l'entrevue JJ   MM   AAAA	Intervieweur :

#### Données nominatives (peuvent être consignées sur un formulaire distinct)

Nom de famille :	
Prénom :	
Date de naissance : JJ   MM   AAAA	Numéro de téléphone à la maison :
Adresse :	Numéro de téléphone au travail :
Ville :	Code postal :

#### Données non nominatives

Trois premiers caractères du code postal :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Âge (ans):	Quelle est votre travail principal ?

#### Antécédents médicaux

Un médecin a-t-il déjà diagnostiqué l'un des problèmes de santé chroniques suivants ?				
Asthme	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Emphysème ou bronchite chronique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Autre maladie pulmonaire chronique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Cardiopathie chronique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Diabète sucré	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Insuffisance rénale	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Immunodéficience	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Cancer	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Autre :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Prenez-vous chaque jour des stéroïdes par voie orale ?		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Au cours de l'année écoulée, avez-vous fumé 5 paquets de cigarettes ou d'autres produits de tabac ou plus ?			Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				
En moyenne, combien de paquets de cigarettes ou d'autres produits de tabac avez-vous fumés par jour ?				(paquets par jour)
Depuis combien d'années fumez-vous ?				(ans)
Avez-vous été vacciné contre l'influenza l'automne ou l'hiver dernier ?			Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Combien y a-t-il de personnes (y compris vous) dans votre ménage ?				
Combien de personnes appartiennent à chacune des catégories d'âge suivantes :	0 - 5 ans	6 - 17 ans	18 - 64 ans	65 + ans
Dans votre résidence, y a-t-il un animal de compagnie ?		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, est-ce un :</i> Oiseau		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Chat		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Chien		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Autre animal (précisez) :		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>

À part vous, y a-t-il d'autres membres du ménage qui effectuent actuellement au travail :			
Des activités liées à l'élevage ou à la transformation de la volaille ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Des activités liées à l'élevage ou à la transformation de porcs ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Des activités liées à l'élevage ou à la transformation d'autres animaux ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Est un travailleur de la santé ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
À part vous, y a-t-il d'autres personnes qui fument la cigarette dans votre ménage ?			
	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>

### Voyages à l'extérieur de votre région de résidence

Avez-vous voyagé à l'extérieur de votre région de résidence au cours du mois précédent É (Indiquez la période d'exposition.)			
	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui,</i> Où êtes-vous allé ?			
À quelle date êtes-vous parti ?		JJ   MM   AAAA	
À quelle date êtes-vous revenu ?		JJ   MM   AAAA	

### Symptômes d'infection respiratoire DURANT (période à définir)

Avez-vous développé un des symptômes suivants ?			
			Date de survenue
Fièvre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Température ≥ 38 °C	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Toux	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Mal de gorge	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Écoulement nasal	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Courbatures	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Mal de tête	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Yeux rouges ou larmoyants	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	JJ   MM   AAAA
Si vous avez été malade :			
Combien de jours votre maladie a-t-elle duré ?			(jours)
Étiez-vous à ce point malade que vous n'avez pu aller travailler ?		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un médecin ?		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé ?		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

## Durant la période d'exposition (à définir), vous êtes-vous adonné aux activités suivantes ?

Jeux à l'extérieur ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas.. <input type="checkbox"/>
Visite d'un parc d'oiseaux ou d'une volière ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Visite d'un endroit où il y avait des oiseaux sauvages (hirondelles, rouges-gorges, etc.) ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Visite d'un endroit où il y avait des oiseaux de compagnie (oiseaux chanteurs, perroquets, etc.) ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Visite d'un endroit où il y avait des pigeons sauvages (p. ex., dans un parc) ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Visite d'une ferme avicole ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Visite d'un autre type de ferme ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Nettoyage d'un endroit où il y avait des excréments visibles d'oiseaux sauvages ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Nettoyage des excréments d'oiseaux de compagnie ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Nettoyage d'un endroit où des excréments de volaille étaient visibles ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Visite d'un endroit où il y avait d'autres types d'animaux que des oiseaux ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>

## Contacts avec un membre malade du ménage

Combien de jours avez-vous passé avec le patient entre :

La période 1 : (7 jours avant l'apparition de la maladie du cas index) :  jours

La période 2 : (7 jours à partir du début de la maladie chez le cas index) :  Jours

Avez-vous conversé avec la personne malade ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous partagé un repas avec la personne malade ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous partagé des ustensiles ou une tasse avec la personne malade ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous pris la personne malade dans vos bras ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous embrassé la personne malade ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous pris soin de la personne malade ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous partagé la chambre de la personne malade ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous couché dans le même lit que la personne malade ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>

## Contacts avec une personne malade non membre du ménage

Entre le	et le	(période à définir)		
Avez-vous été en contact avec une personne malade qui présentait une fièvre, une toux ou un mal de gorge ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui,</i>				
Étiez-vous dans un espace clos (p. ex., pièce ou véhicule/ autobus/auto) avec cette personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Étiez-vous à une distance de moins de 3 mètres de cette personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous conversé avec la personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous mangé avec la personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous partagé des ustensiles ou une tasse avec la personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous pris la personne malade dans vos bras ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous embrassé la personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous pris soin de cette personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous partagé la chambre de cette personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous partagé le lit de la personne malade ?				
		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>

## Expositions à des volailles et à d'autres animaux

Avez-vous déjà :

Vécu ou travaillé dans une ferme avicole ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Vécu ou travaillé dans une ferme porcine ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Travaillé comme boucher ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Travaillé dans un restaurant à préparer de la volaille ou du porc ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Travaillé dans un autre secteur de l'industrie avicole ou porcine ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>

*Si oui, précisez :*

Si vous avez répondu oui à une des questions ci-dessus, durant quelle période ? MM | AAAA à MM | AAAA

Avez-vous déjà chassé les oiseaux ou le gibier d'eau ? Non  Oui

*Si oui, quels types :*

## Exposition professionnelle à la volaille

Durant la période (période à définir), avez-vous travaillé dans l'un des milieux suivants ?

Couvoir	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Ferme avicole	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Abattoir pour volailles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Opérations d'abattage intégral de volailles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Autopsie de volailles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Analyse en laboratoire d'agents pathogènes pour les volailles (p. ex., virus aviaires)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

*Autres, veuillez préciser :*

Si vous avez répondu oui à une question ci-dessus

pendant combien d'années avez-vous travaillé avec des volailles ?

(ans)

à quelle fréquence avez-vous travaillé en moyenne avec des volailles ?

(jours/semaine)

(semaines/année)

Durant cette période (à définir), avez-vous travaillé avec l'un des types suivants de volailles ou de gibiers d'eau vivants ?

Poulet	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Dinde	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Canard	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Caille	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Oie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

*Autre type de volaille, veuillez préciser :*

Durant cette période (à définir), quel genre de contact avez-vous eu ?

Suis venu à une distance de 1 mètre de volailles vivantes	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Ai touché des volailles vivantes	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Ai touché des volailles malades	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Ai abattu des volailles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Ai nettoyé les salles, les cages ou les camions pour volailles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Ai analysé des échantillons de volailles dans un laboratoire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

*Autres types de travail avec des volailles :*

## Si vous avez été exposé à des volailles infectées

Veillez indiquer si vous avez effectué l'une des tâches suivantes et, le cas échéant, combien de jours par semaine en moyenne avez-vous accompli l'activité indiquée pendant au moins une partie de la journée ? Pour chaque activité, veuillez préciser si vous portiez des vêtements protecteurs pendant cette tâche.

Ai été à une distance de moins de 1 mètre d'oiseaux en santé ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Ai été à une distance de moins de 1 mètre d'oiseaux malades ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Ai été à moins de 1 mètre d'oiseaux positifs pour le virus de l'influenza aviaire ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Ai touché des oiseaux en santé ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Ai touché des oiseaux vivants malades ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Ai touché des oiseaux morts ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Ai touché des oiseaux vivants ou morts positifs pour le virus de l'influenza aviaire ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Ai effectué des prélèvements cloacau ou endotrachéaux ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input style="width: 100px;" type="text"/> (jours/sem)	
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	

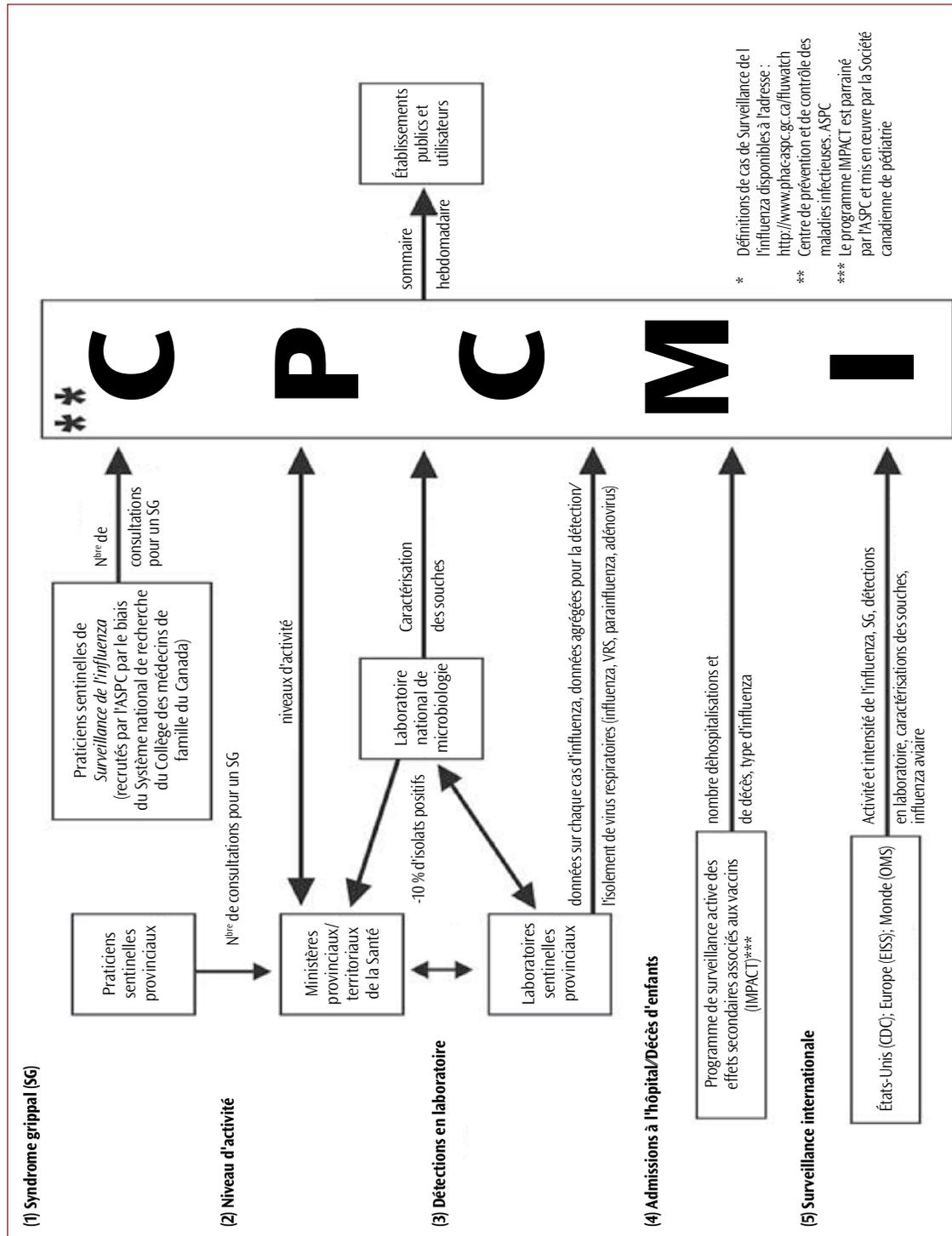
Ai effectué des prélèvements environnementaux dans des installations abritant des poulets ou des dindes ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input type="text"/>	(jours/sem)
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Étiez-vous présent pour le chargement ou le déchargement d'oiseaux morts ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input type="text"/>	(jours/sem)
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Étiez-vous présent pour l'incinération d'oiseaux ?				Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i>				<input type="text"/>	(jours/sem)
Portais des gants ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais un masque ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Portais une protection oculaire ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	La plupart du temps <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
Si vous portiez un masque pour une des activités décrites ci-dessus, quel type de masque portiez-vous ?					
Veuillez décrire toute autre activité au cours de laquelle vous avez été à proximité de volailles ou en contact avec des volailles durant (période d'exposition)					

### Travail à l'hôpital et exposition à des patients

Quel est votre travail à l'hôpital ?			
Infirmier (ère) <input type="checkbox"/> Aide-infirmier (ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Travailleur(se) de laboratoires <input type="checkbox"/>			
Préposé(e) au nettoyage <input type="checkbox"/> Autre :			
Dans quel département travaillez-vous ?			
À quel étage travaillez-vous ?			(indiquez tous les étages)
Combien d'heures par semaine travaillez-vous à l'hôpital ?			(heures par semaine)
Travaillez-vous dans un autre hôpital ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
<i>Si oui</i> , dans quel autre hôpital ?			
Avez-vous été dans la même chambre que l'un des patients atteints de l'influenza aviaire ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui</i> :			
Combien d'heures en tout avez-vous passées dans la chambre de tous les patients atteints de l'influenza aviaire ?			_____ (heures)
À quelle date avez-vous été pour la dernière fois dans la chambre d'un patient ?			JJ   MM   AAAA
Les patients atteints de l'influenza aviaire portaient-ils un masque ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous touché l'un des patients atteints de l'influenza aviaire ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Lorsque vous avez été dans la chambre d'un patient atteint de l'influenza aviaire, portiez-vous un masque ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui</i> , indiquez quel type de masque :		N95 <input type="checkbox"/>	Masque chirurgical <input type="checkbox"/>
Autre masque :			

Avez-vous toujours porté un masque lorsque vous avez donné des soins ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Lorsque vous étiez dans la chambre d'un patient atteint de l'influenza aviaire, portiez-vous une protection oculaire ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui</i> , indiquez quel type de protection oculaire : Lunettes à coques <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Écran facial <input type="checkbox"/> Autre :			
Avez-vous toujours porté une protection oculaire lorsque vous avez donné des soins ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Lorsque vous étiez dans la chambre d'un patient atteint de l'influenza aviaire, portiez-vous des gants ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui</i> , avez-vous toujours porté des gants lorsque vous avez donné des soins ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Avez-vous effectué ou aidé à effectuer l'une des interventions à haut risque suivantes chez un patient atteint de l'influenza aviaire :			
Traitements par nébulisation	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Humidification par aérosol	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Ventilation non effractive (PPC, BIPAP)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Ballon-masque pour ventilation d'un patient	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Intubation endotrachéale	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Aspiration des voies aériennes	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Induction de l'expectoration	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Thoracotomie à l'aiguille ou par tube	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Bronchoscopie ou autre endoscopie des voies aériennes supérieures	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Trachéostomie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Thoracotomie ouverte	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Lorsque vous avez pratiqué ces interventions, portiez-vous un masque ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
<i>Si oui</i> , indiquez quel type de masque : N95 <input type="checkbox"/> Masque chirurgical <input type="checkbox"/> Autre masque :			
Lorsque vous avez pratiqué les interventions, avez-vous porté une protection oculaire ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
<i>Si oui</i> , indiquez quel type de protection oculaire : Lunettes à coques <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Écran facial <input type="checkbox"/> Autre :			
Avez-vous pris l'antiviral « Tamiflu » (oseltamivir) depuis (période étudiée) ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Si oui</i> , pourquoi ? Parce que			
Vous aviez des symptômes d'influenza			<input type="checkbox"/>
Vous aviez eu des contacts directs avec un patient atteint d'influenza aviaire			<input type="checkbox"/>
Vous n'aviez eu aucun contact direct avec un patient atteint d'influenza aviaire, mais il y avait des cas dans l'hôpital			<input type="checkbox"/>

## Système national de Surveillance de l'influenza



# Éléments d'information du Formulaire national de rapport d'enquête sur les MRS

(veuillez vous reporter au formulaire pour les définitions : [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca))

### Information sur l'auteur du rapport

- ✓ Nom/affiliation de l'auteur du rapport
- ✓ N° de téléphone de la personne-ressource
- ✓ Date du rapport

### Information sur le patient

- ✓ Sexe
- ✓ Date de naissance
- ✓ Âge à l'apparition
- ✓ Indice de tri d'acheminement
- ✓ Ville de résidence
- ✓ Unité sanitaire de résidence
- ✓ Travail

### Algorithme de définition de la surveillance

- ✓ Patients hospitalisés : symptômes
- ✓ Lien épidémiologique/facteur de risque
- ✓ Autopsie
- ✓ Classification de cas
- ✓ Date d'isolement

### Information clinique

- ✓ Tableau clinique
- ✓ Date d'apparition des symptômes
- ✓ Le patient a-t-il été hospitalisé ? (date d'admission/date de congé)
- ✓ Déroulement de la maladie
- ✓ Situation au moment du rapport

### Maladie sous-jacente

- ✓ Maladie cardiaque chronique
- ✓ Maladie pulmonaire
- ✓ Diabète

- √ Immunodépression
- √ Maladie rénale
- √ Autre

### **Maladie liée à un voyage**

- √ Voyage récent dans une zone de réémergence ou d'émergence (ZRE) de H5N1 ou une région touchée par l'influenza aviaire
- √ Pays/hôtel (résidence)
- √ Date d'arrivée/date de départ
- √ Participation à un voyage organisé
- √ Malade durant le vol
- √ Numéro de vol
- √ Transporteur
- √ Siège
- √ Ville de départ
- √ Date du vol

### **Historique d'exposition**

- √ Contact avec un cas de MRS déjà dépisté
- √ État du sujet contact
- √ Type de contact
- √ Date du premier contact
- √ Date du dernier contact
- √ Contact avec un TS
- √ Contact avec un voyageur dans une ZRE de H5N1 ou une région touchée par l'influenza aviaire
- √ Contact avec un travailleur de laboratoire qui travaille directement avec des pathogènes émergents ou réémergents

### **Épreuves de laboratoire**

- √ Code de suivi de laboratoire (MRS)
- √ Date de collecte de l'échantillon
- √ Source de l'échantillon
- √ Méthode d'analyse
- √ Résultats de l'analyse
- √ Date de l'analyse
- √ Observations



# Le rôle des services sociaux d'urgence dans la planification en cas de pandémie de grippe au Canada

**Date de la version la plus récente : Septembre 2008**

Nota :

- Voici une nouvelle annexe pour le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.
- La présente annexe sera citée comme source de référence dans la Section sur la préparation, 1.3 Gestion et coordination des interventions d'urgence, lorsque la partie principale du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza aura été mise à jour, en 2009.



# Table des matières

1.0	Préambule : Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence . . . . .	3
2.0	Services sociaux d'urgence . . . . .	3
3.0	La préparation personnelle . . . . .	4
4.0	La communication . . . . .	4
5.0	Les organismes non gouvernementaux (ONG) . . . . .	5
6.0	Les bénévoles . . . . .	5
7.0	La formation . . . . .	5
8.0	Les communautés des Premières nations et des Inuits . . . . .	6
9.0	Les enjeux de la chaîne d'approvisionnement . . . . .	6
10.0	Établissements de soins non traditionnels . . . . .	6



## 1.0 Préambule : Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence

Les membres du Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence (CDSSU) sont des cadres supérieurs ou des directeurs désignés par chaque province et territoire (sphères de compétence) qui assument les pouvoirs et les responsabilités à titre de pilotes en matière de planification et de gestion des services sociaux d'urgence (SSU). L'Agence de la santé publique du Canada est représentée, dans le cadre de ses fonctions (sans droit de vote), par le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) ou par la personne que désigne ce dernier. D'autres participants peuvent, sur invitation, prendre part aux activités du Conseil, comme un représentant du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires et du Conseil des directeurs du secteur bénévole.

Le CDSSU est un organisme bien informé en matière de planification et de gestion des services sociaux d'urgence relativement aux questions qui intéressent l'ensemble du Canada. Son mandat comprend les fonctions suivantes : assurer un leadership, conseiller, orienter et faire des recommandations sur les stratégies à préparer en prévision du large éventail de dangers et de menaces à gérer qui constituent les situations d'urgence possibles au Canada.

Il conseille en matière de leadership et agit à titre de soutien et de guide en matière de forums chargés d'élaborer des mesures et interventions d'urgence, et des politiques liées aux services sociaux d'urgence\* dans les catégories suivantes : vêtements, aliments, logement, services d'enregistrement et de renseignement, services personnels et services de centre d'accueil ou d'abri. On trouvera plus d'information sur le mandat du CDSSU vers la fin du présent document.

## 2.0 Services sociaux d'urgence

La planification des services sociaux d'urgence en cas de pandémie de grippe doit constituer une partie intégrante d'une intervention coordonnée et se situer dans le contexte de l'ensemble des priorités gouvernementales. Les caractéristiques uniques de la pandémie de grippe inciteront tous les intervenants en gestion des urgences à leur accorder une attention spéciale. Par exemple, la planification des SSU tient aux hypothèses suivantes correspondant aux caractéristiques uniques de la pandémie de grippe :

- La pandémie de grippe proviendra vraisemblablement de l'extérieur de l'Amérique du Nord, et nous pourrions en être informés au préalable.
- Les éclosions surviendront simultanément dans l'ensemble du pays, ce qui empêchera de répartir les ressources humaines et autres ressources d'une sphère de compétence à une autre.
- La pandémie de grippe pourrait durer plusieurs semaines ou même des mois à la fois.

\* La prestation des SSU peut varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire.

- Les travailleurs de la santé et autres premiers intervenants seront exposés à un risque plus grand que la population (mais pas nécessairement à l'infection), ce qui pourrait réduire leur capacité d'intervention vu leur absence.
- La maladie généralisée augmentera la probabilité de pénuries de personnel chez les intervenants des services sociaux d'urgence et dans d'autres secteurs clés comme la police, les pompiers, les services publics, les services de transport et les ressources humaines concernant l'ensemble des interventions.

Au cours d'une pandémie de grippe, nombre des interventions traditionnelles des services sociaux d'urgence ne seront pas mises en œuvre. Par exemple, lors d'une pandémie, il ne sera probablement pas question d'habillement de secours. De même, comme il est expliqué dans une section subséquente du présent document, les abris traditionnels des SSU ou les centres d'accueil d'urgence pourraient ne pas être nécessaires. La planification en cas de pandémie de grippe pourrait toutefois devoir tenir compte des conséquences sociétales et des incidences économiques réelles de la maladie, ainsi que de la capacité, de la durée et de la disponibilité des ressources des SSU appelées à intervenir. Tous les partenaires des SSU doivent examiner les questions de gestion de risques majeurs et de diligence raisonnable.

La présente annexe a pour but de décrire le mandat des SSU, ainsi que leurs activités. En outre, les activités spécifiques décrites dans le tableau ci-après représentent les questions prépondérantes qui influenceront sur la prestation des SSU au cours d'une pandémie de grippe.

### **3.0 La préparation personnelle**

Afin d'atténuer l'effet d'une pandémie de grippe, le personnel des SSU appuiera le travail des autorités locales, des organismes non gouvernementaux (ONG), des organisations de mesures d'urgence (OMU) ou de gestion de situations d'urgence ainsi que des organismes de santé pour inciter les Canadiens à se doter de plans de préparation personnels. Les ministères et organismes fédéraux ont mis au point, pour distribution, une documentation détaillée sur la planification de préparatifs ([http://www.influenza.gc.ca/index\\_f.html](http://www.influenza.gc.ca/index_f.html)). La préparation personnelle comprendra également des renseignements généraux sur les protocoles universels de précaution visant l'atténuation des effets de la grippe. Les diverses sphères de compétence ont tout intérêt à promouvoir activement la planification des mesures de préparation et elles doivent le faire en démontrant la valeur de la planification dans une perspective individuelle. Vue dans la perspective des SSU, la planification permettrait de réduire les interventions, à mesure que les collectivités et les particuliers deviendraient plus autonomes et résistants.

### **4.0 La communication**

De toute évidence, une pandémie de grippe exigera une communication claire tout en assurant un équilibre entre le besoin de réduire la crainte de la population et de lui transmettre des renseignements importants lui permettant de mieux comprendre les enjeux d'une pandémie de grippe et d'y faire face. Dans le contexte d'une stratégie nationale, la responsabilité pourrait appartenir aux autorités locales, aux organisations de mesures d'urgence ou de gestion de situations d'urgence et aux organismes de santé. Pour les SSU, cela signifiera informer la population des services offerts ainsi que de la façon d'y avoir accès et assurer une approche

coordonnée des SSU exécutés par des organismes gouvernementaux ou communautaires. On peut envisager d'établir, à l'intention de la population, des lignes téléphoniques d'information inspirées des services « à guichet unique », pour aiguiller les appelants vers les services appropriés dans leurs régions respectives.

## **5.0 Les organismes non gouvernementaux (ONG)**

Outre les rôles qu'assument généralement les ONG, une pandémie de grippe pourrait exiger que ces organismes aillent au-delà de leurs interventions habituelles pour répondre aux besoins de la population dans leurs collectivités. Aider ces organismes à bien comprendre les exigences des SSU au cours d'une pandémie de grippe leur permettra d'élaborer des plans d'intervention appropriés. Les ONG ont besoin de bénévoles et de personnel. De tels renforts pourraient se faire rares durant une pandémie de grippe. Par conséquent, les ONG devront savoir décider de façon judicieuse des services de base essentiels à assurer auprès de la collectivité. Cette information permettra aux SSU de déterminer les services disponibles et les lacunes existantes.

## **6.0 Les bénévoles**

Dans une intervention liée à une pandémie de grippe, le recours généralisé aux bénévoles imposera un nouvel examen des enjeux. Les gouvernements doivent définir l'étendue de leur responsabilité lorsqu'ils font appel à des bénévoles pour une intervention susceptible de comporter un danger. Il est entendu que les bénévoles et le personnel des SSU sont en droit de faire l'objet de mesures de sécurité et de protection; ainsi, ils devront pouvoir obtenir des gants, des masques, des vaccins, une formation universelle en matière de protection et d'autres protocoles de sécurité selon les fonctions à exercer. Chaque sphère de compétence déterminera où les bénévoles peuvent être le plus utiles tout en assurant leur sécurité. Il faudra prévoir une description du rôle du bénévole ainsi que des méthodes de dépistage appropriées et des contrôles de références. La responsabilité de la gestion des bénévoles lors d'une pandémie varie en fonction des sphères de compétence et du degré d'utilisation des bénévoles. (Pour obtenir d'autres précisions, voir l'Annexe J : Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.)

## **7.0 La formation**

En prévision d'une pandémie de grippe, la formation de base des bénévoles et du personnel des SSU insistera sur leur sécurité et le maintien d'une bonne santé. Une fois définis les rôles des bénévoles et du personnel, on pourra leur offrir une formation supplémentaire sur les responsabilités particulières attribuées. Les bénévoles et le personnel sont invités à participer aux modules de formation et aux exercices des SSU.

## **8.0 Les communautés des Premières nations et des Inuits**

Les groupes SSU provinciaux et territoriaux à l'échelle du pays appuient l'aide accordée aux Premières nations et aux Inuits lors d'une pandémie d'influenza en s'inspirant des diverses ententes-cadres ou accords d'aide réciproque actuels. Ils appuient également l'établissement, dans l'avenir, de relations plus étroites entre les groupes SSU provinciaux et territoriaux et les communautés des Premières nations et des Inuits, advenant tout danger. Cela vaut relativement aux « quatre piliers d'urgence » que sont l'atténuation, la préparation, l'intervention et le rétablissement.

## **9.0 Les enjeux de la chaîne d'approvisionnement**

Une des caractéristiques d'une pandémie de grippe sera son incidence potentielle sur la chaîne d'approvisionnement, qui se répercutera sur l'accès que pourrait avoir la population à des produits essentiels comme les aliments, le carburant et les médicaments. Les approvisionnements pourraient subir des répercussions à un moment ou à un autre de la pandémie, compte tenu de l'absence de moyens de livraison ou de pénuries de produits. Il est à prévoir que de nombreux secteurs du marché subiront des pénuries allant de légères à graves dans la chaîne d'approvisionnement. Il faudra prendre en compte l'approvisionnement et le transport ainsi que la protection des infrastructures essentielles. Bien que la plupart de ces questions soient étrangères au domaine des SSU, l'absence de plans ne permettrait pas à l'effectif des SSU de dispenser les services essentiels exigés d'eux.

## **10.0 Établissements de soins non traditionnels**

La création et l'utilisation d'établissements de soins non traditionnels varieront en fonction des sphères de compétence, tout comme le rôle que devront y jouer les SSU. En effet, dans certaines administrations, les SSU pourront coordonner une gamme de services de bénévoles, participer à la prestation de services non médicaux ou prendre en charge l'inscription et les besoins de renseignements de ces établissements. Ailleurs, les SSU n'assureront pas de services auprès des établissements offrant des services médicaux.

Le rôle que jouent les SSU dans les établissements de soins traditionnels tiendra à un certain nombre de facteurs, notamment l'envergure des services de SSU que prévoit le plan provincial ou territorial lié à la pandémie et la disponibilité des ressources humaines et autres. (Pour obtenir d'autres précisions, voir l'Annexe J : Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.)

Les activités particulières décrites dans le tableau suivant constituent des questions prépondérantes qui se répercuteront sur les modes de prestation des SSU au cours d'une pandémie d'influenza.

Mandat des services sociaux d'urgence	Intervention traditionnelle ou habituelle des SSU (les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)	Autres types de participation lors d'une pandémie de grippe (les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)
<b>Gestion du centre d'accueil d'urgence</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil des personnes touchées par la situation d'urgence ou la catastrophe</li> <li>• Prestation coordonnée des cinq services autorisés des SSU suivants ou de l'un d'entre eux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• inscription et demande de renseignements;</li> <li>• hébergement;</li> <li>• alimentation;</li> <li>• habillement;</li> <li>• services personnels.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut également dispenser les services suivants ou les organiser : <ul style="list-style-type: none"> <li>• séance d'accueil;</li> <li>• information publique;</li> <li>• protection et sécurité;</li> <li>• premiers soins;</li> <li>• soins aux personnes de passage;</li> <li>• recrutement de ressources humaines;</li> <li>• triage des besoins de services;</li> <li>• communication;</li> <li>• organisation matérielle, notamment le transport.</li> </ul> </li> <li>• La désignation du lieu est habituellement établie par la municipalité, de concert avec les organisations de mesures d'urgence (OMU) ou de gestion de situations d'urgence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vu le caractère fortement infectieux d'une influenza, des centres d'accueil d'urgence à guichet unique s'imposent plus que jamais. Toutefois, le personnel des SSU doit, s'il y a lieu, être informé des mesures de protection personnelle qui correspondent à la fonction à exercer.</li> </ul>
<b>Inscription et demande de renseignements</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueillir des renseignements exacts et fiables;</li> <li>• Répondre aux demandes de renseignements sur l'état ou les allées et venues des personnes touchées par des situations d'urgence ou catastrophes;</li> <li>• Aider à la réunification de membres d'une famille;</li> <li>• Informer d'autres organismes d'intervention d'urgence qui assurent la prestation de services essentiels auprès de personnes touchées par des situations d'urgence ou catastrophes;</li> <li>• Fournir des données sur le nombre de personnes ayant obtenu des services – « La gestion de l'effectif ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscription aux services des SSU.</li> <li>• Les autorités municipales ou provinciales recueillent des données pour établir un registre centralisé des personnes touchées par des situations d'urgence ou catastrophes et, par conséquent, favoriser la réunification.</li> <li>• Des travailleurs inscrivent les personnes touchées par des situations d'urgence ou catastrophes à un point de rassemblement désigné par les autorités locales ou dans des refuges (possibilité d'utiliser les formulaires de Santé Canada ainsi que les formulaires provinciaux ou locaux).</li> <li>• Certains organismes non gouvernementaux (ONG) peuvent aider les autorités municipales ou provinciales lors de l'inscription des évacués, des citoyens étrangers ou des visiteurs se trouvant dans une zone sinistrée.</li> <li>• Dans certaines sphères de compétence, la Croix-Rouge est partie à une entente visant à favoriser la réunification des familles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On recourra davantage au téléphone et à d'autres moyens de communication pour assurer la prestation des services.</li> <li>• Il faudra envisager la possibilité de partager des renseignements personnels sans signature de consentement.</li> <li>• Il faudra réfléchir aux conséquences que comporte la réception de demandes de services de la part d'organismes plutôt que de particuliers.</li> </ul>

Mandat des services sociaux d'urgence	Intervention traditionnelle ou habituelle des SSU (les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)	Autres types de participation lors d'une pandémie de grippe (les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)
<b>Hébergement d'urgence</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hébergement temporaire sûr qui peut être dans :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• des logements privés;</li> <li>• des hôtels ou motels;</li> <li>• des établissements d'hébergement en commun comme les écoles, les églises, les salles communautaires, les stades et les auditoriums.</li> </ul> </li> <li>• On peut tenir compte de ce qui suit :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• la disponibilité de la famille ou d'amis;</li> <li>• les coûts monétaires;</li> <li>• la protection et la sécurité;</li> <li>• l'accessibilité;</li> <li>• la responsabilité;</li> <li>• le transport;</li> <li>• le personnel bénévole pour gérer ces lieux.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des refuges ou appuyer les autorités municipales dans leurs efforts pour en organiser.</li> <li>• Coordonner les séjours dans des établissements :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• hôtels;</li> <li>• motels;</li> <li>• établissements d'hébergement en commun, notamment :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• dortoirs des universités;</li> <li>• camps d'été.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De concert avec les OMU et les municipalités locales, aider à repérer et à exploiter des lieux conventionnels comme les écoles, les stades, les sous-sols d'églises, les hôtels afin de les utiliser peut-être comme centres de santé.</li> </ul>
<b>Vivres de survie</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettent d'alimenter les personnes touchées par des situations d'urgence ou catastrophes et, dans certaines situations, les intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser un service d'aide alimentaire d'urgence en réquisitionnant des ressources communautaires :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• restaurants;</li> <li>• services de repas à domicile;</li> <li>• cantines;</li> <li>• cafétérias scolaires;</li> <li>• traiteurs;</li> <li>• épiceries;</li> <li>• organismes non gouvernementaux.</li> </ul> </li> <li>• Cette activité peut comprendre la transformation, la préparation et la livraison des aliments, ainsi que l'élimination des déchets.</li> <li>• Collaboration étroite avec les autorités sanitaires provinciales ou territoriales dans la planification et la préparation des repas.</li> <li>• Certains facteurs à prendre en compte :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• réfrigération;</li> <li>• manipulation sûre des aliments;</li> <li>• mode de livraison des aliments, c.-à-d. services d'alimentation/livraison à domicile/bons d'échange au restaurant;</li> <li>• questions particulières relatives à la culture ou à la diététique.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de devoir envisager la livraison de provisions à domicile et/ou la livraison de repas préparés.</li> </ul>

Mandat des services sociaux d'urgence	Intervention traditionnelle ou habituelle des SSU (les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)	Autres types de participation lors d'une pandémie de grippe (les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)
<b>Habillement de secours</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Répondre aux besoins essentiels en matière d'habillement jusqu'à ce que les personnes touchées par une situation d'urgence ou catastrophe aient accès aux sources d'approvisionnement habituelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir l'habillement nécessaire (ce qui pourrait comprendre des couvertures, la literie et des articles personnels essentiels).</li> <li>Les organismes communautaires ou non gouvernementaux peuvent offrir des trousse* de première nécessité.</li> </ul> <p><i>* Ces trousse comprennent : brosses à dents, dentifrice, déodorant, rasoirs, savon, etc.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une pandémie de grippe n'impose aucune exigence particulière en matière d'habillement.</li> <li>Possibilité que les SSU doivent distribuer des trousse de première nécessité et d'autres fournitures essentielles aux personnes et aux familles isolées ou incapables de sortir.</li> </ul>
<b>Services personnels et intervention psychosociale</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les services personnels doivent tenir compte des : <ul style="list-style-type: none"> <li>besoins physiques;</li> <li>besoins sociaux;</li> <li>besoins affectifs;</li> <li>besoins financiers.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prestation de services pourrait comprendre notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>soins aux populations vulnérables, comme les enfants laissés à eux-mêmes, les aînés et les personnes handicapées;</li> <li>prestation de services de santé mentale;</li> <li>intervention lors d'une crise psychosociale;</li> <li>soutien religieux ou spirituel;</li> <li>services ethnoculturels;</li> <li>conseils en cas de perte d'emploi;</li> <li>services aux personnes en deuil;</li> <li>autre revenu financier;</li> <li>soin des animaux de compagnie;</li> <li>loisirs;</li> <li>services d'interprétation;</li> <li>soins et soutien accordés aux travailleurs.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penser à d'autres façons d'assurer la prestation de services.</li> </ul>

<b>Enjeux ou activités plus généraux</b>	<b>Intervention habituelle ou normale des SSU</b> <small>(les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)</small>	<b>Autres participations lors d'une pandémie de grippe*</b> <small>(les fonctions peuvent varier à l'intérieur d'une province ou d'un territoire)</small>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Préparation personnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inciter les particuliers à prévoir des plans personnels de courte durée afin d'atténuer le besoin d'intervention de la part des SSU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenariat avec les organismes responsables concernant les plans à long terme requis pour des interventions ciblées afin de réduire le besoin de faire appel aux SSU.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenariat pour que la communication concernant les services sociaux d'urgence soit claire – mandat, rôles, responsabilités et services offerts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenariat pour assurer une communication claire concernant les services sociaux d'urgence – leur mandat, les rôles, les responsabilités et les services liés à la pandémie de grippe.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenariat avec des organismes non gouvernementaux (ONG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certains ONG collaborent habituellement avec les gouvernements pour assurer ou appuyer la prestation des services sociaux d'urgence (p. ex. la Croix-Rouge, l'Armée du Salut, l'Ambulance Saint-Jean).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaborer avec les ONG afin d'augmenter la capacité d'intervention de leur effectif ou de leurs bénévoles</li> <li>Partenariat avec d'autres organismes responsables pour avoir accès à des ONG non traditionnels afin de demander de l'aide (p. ex. sociétés philanthropiques, groupes confessionnels).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bénévoles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenariat avec les ONG et les bénévoles communautaires pour veiller à ce que le mandat habituel, le rôle, les responsabilités et les services des SSU soient compris et exécutés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certaines sphères de compétence peuvent travailler en partenariat avec d'autres organismes responsables pour assurer la coordination, la formation et la gestion des risques des bénévoles des SSU liés à l'intervention en cas de pandémie.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Former le personnel et les bénévoles dans les six fonctions de base des SSU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenariat pour assurer la formation spécialisée propre à la pandémie de grippe (p. ex. l'information en santé publique, la protection personnelle).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeux liés à la chaîne d'approvisionnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions relatives à la chaîne d'approvisionnement autres que les vivres de survie ne font pas partie du mandat des SSU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenariat avec des ONG, des organismes et autres ministères pour voir à ce que le mandat concernant l'alimentation de secours soit exécuté.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Établissements de soins non traditionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habituellement, les SSU ne s'occupent pas des établissements de soins non traditionnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certaines sphères de compétence peuvent exiger l'aide des SSU afin de coordonner une série de services non médicaux sur leurs territoires. Cela dépendra des ententes conclues entre les organismes de santé et les SSU. Par services non médicaux, on entend des services d'accueil, des services d'alimentation, des services de nettoyage, un soutien affectif ou des services de communication.</li> </ul>

\*voir « Préambule, Services sociaux d'urgence ».

# Glossaire des termes et acronymes





# Glossaire des termes et acronymes

## A

### **Aigu**

Symptomatologie ou pathologie intense et de courte durée, par opposition à chronique. De nombreuses maladies comportent une phase aiguë et une phase chronique. Cette distinction est parfois utilisée dans les traitements.

### **Amantadine**

Agent antiviral indiqué chez les adultes et les enfants âgés de plus d'un an dans le traitement de la maladie causée par l'influenza et dans la prophylaxie suivant l'exposition à des virus de l'influenza de type A. Ce médicament n'a aucun effet contre le virus de l'influenza de type B.

### **Anticorps**

Molécules protéiques qui sont produites et sécrétées par certains types de leucocytes (globules blancs) en réponse à une stimulation par un antigène.

### **Antigène**

Toute molécule qui est reconnue par le système immunitaire et qui déclenche une réponse immunitaire, telle que la libération d'anticorps.

### **APVP**

Années potentielles de vie perdues. Le nombre d'APVP par 1 000 habitants est le nombre total d'années de vie perdues entre l'âge de 0 et de 75 ans pour une cause spécifique par rapport à l'effectif total de la population. La cause de décès choisie est la cause sous-jacente de décès, laquelle est la cause qui a amorcé la suite d'événements menant à la mort.

### **ASPC**

Agence de la santé publique du Canada

### **Autre niveau de soins**

(Voir aussi Soins de courte durée, Critères InterQual)  
Ce terme se rapporte aux soins alternatifs qui, s'ils avaient été disponibles, auraient mieux convenu à une personne dans un centre hospitalier de soins de courte durée qui ne répond pas aux critères des soins de courte durée.

## B

### **Bénévole**

(pandémie)

Un bénévole est une personne inscrite auprès d'un organisme gouvernemental ou d'un organisme désigné par le gouvernement qui effectue des activités non rémunérées, de façon occasionnelle ou régulière, pour aider le Canada à se préparer et à intervenir en cas de pandémie d'influenza. Un bénévole offre ses services de son propre gré, sans promesse de gain financier et sans que des pressions économiques ou politiques ou de la coercition ne soient exercées.

## C

### **CDC**

Centers for Disease Control and Prevention, organisme fédéral relevant du Department of Health and Human Services des É.-U.

### **CDPE**

Center for Disease Prevention and Epidemiology

### **Cellule caliciforme**

Glande muqueuse du revêtement épithélial de parties spécifiques des voies respiratoires sécrétant du mucus. Des gouttelettes de mucigène gonflent la partie supérieure de la cellule, lui donnant une forme de calice.

### **CMHC**

Conseil des médecins hygiénistes en chef

### **CMIU**

Centre de mesures et d'interventions d'urgence (Agence de la santé publique du Canada)

### **CPCMI**

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (Agence de la santé publique du Canada)

### **CPI**

Comité sur la pandémie d'influenza

## Critères InterQua

*(Voir aussi Autre niveau de soins)*

Ensemble d'indicateurs cliniques mesurables, ainsi que de services diagnostiques et thérapeutiques, reflétant la nécessité d'hospitaliser. Plutôt que d'être basés sur le diagnostic, ils tiennent compte du degré d'atteinte du patient et des services requis; ainsi, ils servent de critères pour tous les soins hospitaliers de courte durée, peu importe l'emplacement ou la taille de l'hôpital. Les critères sont regroupés en 14 systèmes ou appareils de l'organisme et il y a trois ensembles de critères pour chacun des systèmes ou appareils : gravité de la maladie, intensité du service et tri des congés de l'hôpital.

## D

### Décideurs clés dans le domaine social

Personnes ayant le pouvoir de décision nécessaire pour atténuer le plus possible la perturbation sociale lors d'une pandémie.

### Décideurs clés en santé

Personnes ayant le pouvoir de décision nécessaire à la mise en œuvre et au maintien des mesures prises dans le secteur de la santé pour lutter contre la pandémie d'influenza.

### Dérive antigénique

Changement graduel des protéines hémagglutinine ou neuraminidase à la surface d'une souche particulière de virus de l'influenza se produisant en réponse aux anticorps de l'hôte humain qui a été exposé à ce virus. Cette dérive est en évolution permanente dans les souches d'influenza de type A et de type B et nécessite des changements continus des vaccins antigrippaux.

### DFA

Immunofluorescence directe.

### Données brutes

Mesures et observations consignées dans des formulaires de données d'une étude. Listes de données informatisées non éditées créées à partir des formulaires de données de l'étude, avant d'appliquer des procédures de réduction ou de regroupement nécessaires à l'analyse des données.

## Dossier

Document papier ou électronique contenant ou conçu pour contenir un ensemble de faits liés à un événement, à une transaction ou à d'autres choses du genre.

## E

### Écart-type

*(statistique)*

Mesure statistique de la répartition ou de la dispersion des données dans une distribution des résultats (c.-à-d., une mesure de la dispersion). Plus les résultats sont dispersés, plus l'écart-type est grand. L'écart-type est égal à la racine carrée de la variance.

### EIA

Dosage immuno-enzymatique.

### Épidémie

Écllosion d'infection qui se propage rapidement et qui touche un grand nombre d'individus dans une région ou une population donnée au même moment.

### Épidémiologie

Étude de la distribution et des déterminants d'états de santé ou d'événements liés à la santé dans des populations données, et application de cette étude à la lutte contre les problèmes de santé<sup>1</sup>.

### Épithélium respiratoire

Revêtement pseudostratifié tapissant toutes les surfaces des voies respiratoires internes, sauf celles des derniers embranchements les plus fins.

### État de santé

État de santé d'un individu ou d'une population, comme dans l'état de santé de la collectivité.

## F

### FCV

Formulaire des coordonnées des voyageurs

### FPT

Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (nom) ou fédéral, provincial et territorial (adjectif).

## G

### **GCT**

Groupe de consultation technique.

### **Grippe**

Autre nom de l'infection par le virus de l'influenza; ce terme est cependant employé à tort pour faire référence à des maladies gastro-intestinales et à d'autres types de maladies cliniques.

### **Groupes à risque élevé**

Groupes qui, selon les données épidémiologiques, courent un risque accru de contracter une maladie.

## H

### **H1N1**

Souche de virus de l'influenza de type A qui a causé l'infection pandémique de 1918-1919 et qui continue de circuler chez l'homme.

### **H3N2**

Souche du virus de l'influenza de type A qui a été à l'origine de la pandémie de 1968-1969. Parmi les trois virus grippaux actuellement en circulation chez les humains, c'est celui qui cause le plus de morbidité et de mortalité.

### **H5N1**

Souche de virus de l'influenza de type A qui est passée en 1997 de la volaille à l'homme. Bien que l'éclosion de ce virus ait été rapidement maîtrisée, elle a entraîné une morbidité et une mortalité importantes chez les personnes qui ont contracté l'infection, probablement par contact direct avec des volailles infectées. En 2003, une souche H5N1 légèrement différente a commencé à circuler dans des espèces aviaires en Asie. En date de 2005, cette souche était devenue pratiquement endémique dans la population aviaire, elle a infecté d'autres espèces, comme les porcs et les félins, et a causé plusieurs décès chez les humains.

### **Hémagglutinine**

Antigène protéique agglutinant en forme de spicules faisant saillie à la surface du virus de l'influenza. Les différences dans la séquence des acides aminés constituant l'anticorps anti-HA donnent lieu aux différents sous-types de virus de type A (p. ex., H1, H2, H3).

## I

### **IA**

Infirmière autorisée. Personne détenant un diplôme d'un programme collégial ou universitaire d'enseignement infirmier et titulaire d'un permis délivré par un organisme provincial ou territorial.

### **IAA**

Infirmière auxiliaire autorisée. Diplômée d'une école de soins infirmiers et titulaire d'un permis délivré par un organisme provincial ou territorial.

### **IFA**

Épreuve d'immunofluorescence.

### **IMPACT**

Programme de surveillance active de l'immunisation; surveillance pédiatrique des effets secondaires associés aux vaccins.

### **Infectieux**

Capable d'être transmis par infection, avec ou sans contact direct.

### **Infection**

Affection par laquelle des organismes virulents sont capables de se multiplier dans l'organisme et de causer une réponse immunitaire chez l'hôte. L'infection peut ou non provoquer une maladie clinique.

### **Infections opportunistes**

Infection d'une personne dont les défenses immunitaires sont déficientes, causée par un organisme qui n'est pas habituellement pathogène chez les sujets sains. Beaucoup de ces organismes sont portés à l'état latent par presque tout le monde et ils ne deviennent pathogènes que lorsque le système est affaibli.

### **Influenza ou grippe**

Infection respiratoire aiguë très contagieuse et fébrile du nez, de la gorge, des bronches et des poumons causée par le virus de l'influenza. Elle est responsable de la maladie clinique grave et potentiellement mortelle à l'origine d'épidémies et de pandémies.

### **Influenza de type A**

Infection causée par une catégorie de virus de l'influenza caractérisée par des protéines internes spécifiques et divisée en sous-groupes en fonction

des variations de leurs deux protéines de surface (hémagglutinine et neuraminidase). Ce virus infecte tant les animaux que l'homme et il est le type d'influenza pouvant causer les pandémies.

### **Influenza de type B**

Une catégorie de virus de l'influenza caractérisée par des protéines internes spécifiques. Ce virus n'infecte que l'homme, cause une maladie clinique moins grave que l'influenza de type A et se propage par éclosions régionales plutôt que pandémiques.

### **Influenza de type C**

Une catégorie de virus de l'influenza caractérisée par des protéines internes spécifiques. Ce virus ne cause pas de maladie clinique importante.

### **Inhibiteurs de la neuraminidase**

Nouvelle classe d'agents antiviraux qui inhibent de façon sélective l'activité neuraminidasique des virus de l'influenza de type A et de type B, tout en n'ayant aucun effet sur la neuraminidase humaine.

### **Intervenants en santé publique**

Personnes qui jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre et le maintien des mesures de santé publique prises pour lutter contre la pandémie d'influenza; dans leurs milieux de travail, personnes qui n'ont pas à s'approcher de plus d'un mètre d'un cas d'influenza connu.

*Remarque : Cette définition a été élaborée afin de faciliter la planification pandémique concernant l'identification des groupes particuliers qui pourraient être ciblés pour des interventions de santé publique particulières. Cette définition a été approuvée par le Comité sur la pandémie de l'influenza pour cet usage, mais peut ne pas être reconnue à l'extérieur de ce groupe.*

### **Intervenants sociaux en cas de pandémie**

Personnes qui sont formées ou travaillent surtout à fournir un service essentiel qui doit être maintenu à un niveau minimal sous peine de menacer la santé et la sécurité publiques.

*Remarque : Cette définition a été élaborée afin de faciliter la planification pandémique concernant l'identification des groupes particuliers qui pourraient être ciblés pour des interventions de santé publique particulières. Cette définition a été approuvée par le Comité sur la pandémie de*

*l'influenza pour cet usage, mais peut ne pas être reconnue à l'extérieur de ce groupe.*

### **Isolat**

Échantillon obtenu par culture.

### **Isolement**

*(en épidémiologie)*

Séparation des personnes ou des animaux infectés des autres personnes ou animaux pendant la période de contagiosité, dans des conditions qui empêcheront ou limiteront la transmission de l'agent infectieux des personnes ou animaux infectés aux personnes ou animaux réceptifs ou susceptibles de transmettre cette infection à d'autres<sup>1</sup>.

## **L**

### **Lieu non traditionnel**

Pour les besoins de la planification relative à la pandémie d'influenza, un lieu non traditionnel est un lieu offrant des soins aux patients atteints d'influenza. Ces lieux ne sont pas actuellement des lieux de soins de santé établis ou il s'agit de lieux établis qui offrent habituellement un type ou un niveau de soins différent. Les fonctions d'un lieu non traditionnel varieront selon les besoins de la collectivité, mais elles seront axées sur la surveillance, les soins et le soutien des patients atteints d'influenza.

### **Lit (Lit institutionnel)**

Dans tout établissement, un « lit » comprend le soutien de base, notamment la dotation en personnel, qui est requis pour soigner le patient occupant ce lit. Par conséquent, les exigences d'un lit d'une unité de soins intensifs, par exemple, incluent tout le soutien requis pour s'occuper d'un patient à ce niveau.

### **LSP**

Laboratoire de santé publique.

## **M**

### **Malade externe**

Personne recevant des soins de santé sans être admise dans un établissement de santé.

### **Malade hospitalisé**

Personne recevant des services de soins de santé pendant qu'elle est admise dans un établissement de santé pour la nuit ou plus longtemps.

### **MAT**

Prévention des maladies aiguës et transmissibles.

### **MD** (*Docteur en médecine*)

Personne titulaire d'un doctorat en médecine.

### **Médecine préventive**

Prise de mesures de prévision, de prévention, de détection et de traitement précoce des maladies.

### **Médiane** (*statistique*)

Dans une série de quantités ordonnées, valeur répartissant cette série en deux parties : une moitié inférieure et une moitié supérieure.

### **MEDLARS**

Medical Literature Analysis Retrieval System : ordinateur sur lequel résident « Medline » et « AIDS Ligne » à la National Library of Medicine.

### **MEDLINE**

Medical Literature Analysis Retrieval System on Line. Base de données consultable par ordinateur sur les publications médicales.

### **Morbidité**

Tout écart par rapport à un état de bien-être, soit physiologique ou psychologique; maladie.

### **Mortalité**

Décès, comme dans la mortalité attendue (survenue prévue de décès dans une population définie durant un intervalle de temps précis).

### **Moyenne** (*statistique*)

La moyenne d'un ensemble de quantités est la somme des quantités, divisée par le nombre de quantités additionnées.

### **MTS**

Maladie transmise sexuellement.

### **Mutation**

Changement permanent et transmissible du matériel génétique d'une cellule.

## **N**

### **Neuraminidase**

Antigène protéique hydrolytique en forme de spicules faisant saillie à la surface du virus de l'influenza. La neuraminidase dissout la viscosité protectrice de l'épithélium cellulaire des muqueuses, permettant la libération de nouveaux virus dans les voies respiratoires. Les différentes protéines sont identifiées à l'aide d'un système numérique (p. ex., N1, N3) et elles sont combinées au type d'hémagglutinine pour identifier les divers sous-types du virus de l'influenza (p. ex., H1N1, H3N2).

## **O**

### **OMS**

Organisation mondiale de la Santé. Organisme spécialisé des Nations Unies s'occupant de santé et de soins de santé en général.

### **OPS**

Organisation panaméricaine de la Santé.

## **P**

### **Palliatif**

Traitement procurant un soulagement des symptômes, mais pas de guérison.

### **Pandémie**

Maladie épidémique qui s'étend au monde entier.

### **Parentéral**

Qui ne s'effectue pas par la bouche. Les administrations par voie intraveineuse, intramusculaire et intradermique sont toutes parentérales.

### **Pathogène**

Tout micro-organisme ou matériel qui peut provoquer une maladie.

### **Pathogénèse**

Évolution naturelle d'un processus morbide dans l'organisme sans intervention (c.-à-d., sans traitement). Description de l'évolution d'une maladie particulière, surtout des événements, des réactions et des mécanismes intervenant au niveau cellulaire.

## **PCR**

Amplification par la polymérase. Test très sensible pouvant détecter des fragments d'ADN de virus ou d'autres organismes dans le sang ou les tissus. La PCR fonctionne en amplifiant sélectivement (en répliquant de façon répétitive) le matériel génétique à l'aide de cycles d'exposition à la chaleur et à des enzymes similaires à celles utilisées par les cellules.

## **Pédiatrique**

Relatif à la branche de la médecine étudiant le développement, les soins et le traitement des enfants de la naissance jusqu'à l'adolescence.

## **Période d'alerte pandémique**

L'intervalle suivant la période interpandémique. Se caractérise par l'apparition d'infection(s) chez les humains par un nouveau sous-type du virus de l'influenza en l'absence d'une transmission interhumaine efficace de ce nouveau virus.

## **Période pandémique**

L'intervalle se caractérisant par une augmentation soutenue de la transmission dans la population en général d'un nouveau sous-type du virus de l'influenza avec transmission interhumaine efficace.

## **Plan (le)**

Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.

## **Pneumocyte**

Cellule épithéliale des alvéoles pulmonaires.

## **PNP**

Prélèvement nasopharyngé.

## **Pondération du cas**

Mesure représentant les ressources relatives consommées par différents types de cas hospitalisés, distinguant les cas simples des complexes.

## **PT**

Gouvernements provinciaux et territoriaux (nom) et provincial et territorial (adjectif)

## **Q**

### **Qualitatif**

Relatif à la qualité ou exprimé en termes relatifs ou subjectifs; impossible à quantifier de façon précise.

### **Quantitatif**

Relatif à la quantité ou exprimé en termes de quantité.

## **R**

### **RCUS**

Réseau des communications d'urgence en santé.

### **Résistance**

Développement de souches d'un agent pathogène qui sont capables de résister aux effets d'un agent antimicrobien.

### **Résistance croisée**

Développement de souches d'un agent pathogène qui non seulement résistent aux effets d'un agent antimicrobien donné, mais aussi à d'autres agents apparentés sur le plan chimique.

### **Rimantadine**

Agent antiviral indiqué chez les adultes dans le traitement de la maladie causée par l'influenza et dans la prophylaxie suivant une exposition à des virus de l'influenza de type A. Cet agent n'a aucun effet contre les virus de l'influenza de type B.

### **RLSC**

Réseau des laboratoires de surveillance du Canada.

### **RLSPC**

Réseau des laboratoires de santé publique du Canada.

### **RNS**

Réserve nationale de secours.

### **RSI**

Règlement sanitaire international.

### **RT-PCR**

Transcription inverse - amplification par la polymérase.

### Santé publique

Art et science de protéger et d'améliorer la santé de la collectivité au moyen de la médecine préventive, de l'éducation sanitaire, de la lutte contre les maladies transmissibles et de l'application des sciences sociales et de la science de l'hygiène.

### Saut antigénique

Le passage d'une souche de virus d'influenza de type A d'autres espèces animales à l'homme. La nouvelle souche émerge par réassortiment avec des souches circulantes d'influenza humaines ou en infectant directement l'homme. Étant donné que la population mondiale est réceptive à ces nouvelles souches, les virus qui ont subi des mutations antigéniques créent habituellement des pandémies.

### SFR

Seuil de faible revenu. Proportion de personnes dans des ménages à faible revenu par rapport à la population totale dans des ménages ordinaires. Les SFR sont établis lorsque les familles dépensent 20 % de plus de leur revenu avant impôt que la moyenne canadienne pour l'alimentation, le logement et l'habillement. Le SFR tient compte des changements de l'Indice des prix à la consommation de la région et il y a différents SFR selon les différentes tailles de famille.

### SG

Syndrome grippal.

### Signification (statistique)

Mesure dans laquelle on peut être confiant qu'une observation a peu de chances d'être uniquement le fruit du hasard. La signification statistique est souvent basée sur une valeur de  $p < 0,05$ . Sous ce seuil, plus la valeur de  $p$  est faible, plus la signification statistique est forte.

### SIMDUT

Le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) est une législation canadienne régissant les matières dangereuses utilisées au travail. Il comprend l'évaluation, l'affichage, l'étiquetage, les fiches signalétiques et la formation des travailleurs. Le SIMDUT suit étroitement le U.S. OSHA Hazcom Standard. La plupart du contenu du

SIMDUT est intégré dans la *Loi canadienne sur les produits dangereux* et la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses* qui sont administrées par Santé Canada. Certaines lois provinciales peuvent aussi s'appliquer. L'exécution du SIMDUT est effectuée par la Direction générale du travail de Développement des ressources humaines Canada ou par des organismes de santé provinciaux/territoriaux et sécurité au travail.

### Soins de courte durée

Les soins de courte durée renvoient aux services fournis par les médecins et autres professionnels de la santé, ainsi que le personnel de la collectivité et des hôpitaux. Ils comprennent les services d'urgence, de médecine générale et de chirurgie, de psychiatrie, d'obstétrique et de diagnostic.

### Soins préventifs

Type complet de soins mettant l'accent sur les priorités en matière de prévention, de détection précoce et de traitement précoce des affections, incluant généralement des examens physiques courants, l'immunisation et les soins aux personnes en santé.

### Soins primaires

Soins de première ligne et, habituellement, premier point de contact que les patients ont avec le système de santé. Les soins primaires consistent en la prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles par des cliniciens qui sont responsables de répondre à une grande majorité des besoins personnels en matière de soins de santé, d'élaborer un partenariat durable avec les patients et d'exercer dans le contexte familial et communautaire. Ils incluent des conseils sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, des évaluations de la santé des personnes, le diagnostic et le traitement des affections épisodiques et chroniques, ainsi que les soins de soutien et de réadaptation.

### Soins secondaires

Services donnés par un spécialiste, habituellement après que le cas a été examiné par un médecin de première ligne et souvent dans un hôpital de soins de courte durée. Ils ne comprennent pas les services des spécialistes dont les services ne sont disponibles que dans les grands centres urbains; ce niveau de service serait normalement considéré comme des soins tertiaires.

## Soins subaigus

Niveau de soins complets et économiques destinés à des patients hospitalisés qui : a) ont connu un événement aigu à la suite d'une blessure, d'une maladie ou de l'exacerbation d'un processus morbide, b) suivent une cure déterminée et c) bien que stables, nécessitent des interventions diagnostiques ou effractives, mais pas d'interventions intensives requérant des soins aigus. Typiquement de courte durée, les soins subaigus visent à retourner les patients dans la collectivité ou à les muter vers un niveau de soins plus faible. Les soins subaigus sont offerts dans une foule d'établissements. Le principe sous-jacent aux soins subaigus est de veiller à ce que les patients reçoivent les services qui conviennent le mieux à la phase la plus indiquée de leur maladie, tout en s'assurant d'obtenir des résultats de qualité et rentables.

## Souche

Groupe d'organismes d'une espèce ou d'un type qui partagent une qualité commune. Par exemple, les souches du virus de l'influenza qui circulent présentement incluent le type A (H1N1), le type A (H3N2) et le type B (H3N2).

## Sous-type

Classification des virus de l'influenza de type A en fonction des antigènes de surface, soit l'hémagglutinine (H) et la neuraminidase (N).

## SPPCC

Sécurité publique et protection civile Canada.

## SRAS

Syndrome respiratoire aigu sévère.

## SSU

Services de santé d'urgence ou services sociaux d'urgence.

## Statistique descriptive

Le but de la statistique descriptive est de résumer et de présenter des données, par exemple, des mesures de la tendance centrale (moyenne, mode, médiane) et des mesures de la variabilité (écart-type, variance, erreur-type de la moyenne).

## Symptômes

Toute manifestation perceptible et subjective de l'organisme ou de ses fonctions indiquant une maladie ou des phases d'une maladie, selon les déclarations du patient.

## T

### Taux de morbidité

Nombre de cas d'une maladie (morbidité) dans une population divisé par l'effectif de la population totale considéré à risque pour cette maladie.

### Taux de mortalité

Nombre de personnes qui meurent durant une période de temps précise divisé par l'effectif de la population totale.

### Toxicité

Étendue, qualité ou degré des effets néfastes ou poisons pour l'organisme.

### Toxine

Agent nocif ou poison.

### TS

Travailleurs de la santé.

### Travailleurs de la santé (TS) ayant un contact rapproché avec les patients

Personnes travaillant dans des milieux où les soins de santé essentiels sont prodigués et qui, durant une pandémie, travailleraient à moins d'un mètre des patients/résidents avec ou sans équipement de protection personnelle.

*Remarque : Cette définition a été élaborée afin de faciliter la planification pandémique concernant l'identification des groupes particuliers qui pourraient être ciblés pour des interventions de santé publique particulières. Cette définition a été approuvée par le Comité sur la pandémie de l'influenza pour cet usage, mais peut ne pas être reconnu à l'extérieur de ce groupe.*

### Travailleurs de la santé (TS) sans contact rapproché avec les patients

Personnes travaillant dans des milieux où les soins de santé essentiels sont prodigués et qui, durant une pandémie, ne travailleraient pas à moins d'un mètre des patients/résidents.

*Remarque : Cette définition a été élaborée afin de faciliter la planification pandémique concernant l'identification des groupes particuliers qui pourraient être ciblés pour des interventions de santé publique particulières. Cette définition a été approuvée par le Comité sur la pandémie de l'influenza pour cet usage, mais peut ne pas être reconnu à l'extérieur de ce groupe.*

### **Triage**

Système par lequel un groupe de blessés ou de patients est sélectionné en fonction de la gravité de leur maladie ou blessure, de façon à pouvoir leur assigner des priorités de traitement. Dans les situations d'urgence, le triage vise à maximiser le nombre de survivants.

### **Type**

Classification des virus de l'influenza basée sur des protéines internes caractéristiques.

### **Type sauvage**

Souche de virus d'origine naturelle qui existe dans la population.

---

## **U**

### **USPPI**

Urgence de santé publique de portée internationale.

---

## **V**

### **Vaccin**

Substance contenant des composantes antigéniques provenant d'un organisme infectieux. En stimulant une réponse immunitaire (mais pas

la maladie), il confère une protection contre une infection subséquente par cet organisme.

### **Vaccin inactivé**

Vaccin préparé à partir de virus tués qui ne possèdent plus leurs propriétés infectieuses.

### **Vaccination**

Action d'administrer un vaccin.

### **Valeur de $p$ ou valeur prédictive**

Probabilité d'obtention d'un résultat donné dû au hasard seulement. Par exemple, un résultat d'étude à un niveau de signification de  $p < 0,05$  signifie que 5 fois sur 100, le résultat pourrait s'être produit de façon aléatoire.

### **Virologie**

Étude des virus et des maladies virales.

### **Virus**

Groupe d'agents infectieux caractérisés par leur incapacité de se reproduire à l'extérieur d'une cellule hôte vivante. Les virus peuvent détourner les fonctions normales des cellules de l'hôte à leur profit.

### **Voies respiratoires**

Structures comprises dans l'appareil respiratoire, incluant le rhinopharynx, l'oropharynx, le laryngopharynx, le larynx, la trachée, les bronches, les bronchioles et les poumons.

---

## **Bibliographie**

1. Last, John, M., *Dictionnaire d'épidémiologie*, 2004, Edisem/Maloine, 306 pages.

