

Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Version 2.0; mise à jour du 29 août 2014

Ce que vous trouverez dans le guide :

Critères d'évaluation pour un patient suspect et définition d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola au 29 août 2014	2
Communications	3
Prélèvements et examens de laboratoire	3
Diagnostic de laboratoire des MVE	8
Coordonnées des membres de l'équipe PIU au LSPQ	9
Coordonnées des membres de l'équipe PIU au MSSS	9
Références	10
Annexe 1	11

Aux vues de la situation épidémiologique de l'Ebola en 2014^{1,2}, les laboratoires de biologie médicale du Québec sont appelés à revoir leurs procédures de gestion des échantillons contenant potentiellement le virus Ebola, agent pathogène du groupe de risque 4 (GR4). Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) reçoit les demandes de soutien pour la recherche de ces agents. Toute demande d'analyse pour un agent du GR4 nécessite l'application du Règlement sur le transport des marchandises dangereuses (TMD), incluant les matières infectieuses.

Le *Plan québécois des urgences infectieuses - Maladies à surveillance extrême*³ est présentement en révision. Le présent guide a pour but d'apporter des précisions sur la gestion des demandes d'analyses en présence d'un cas suspect de maladie à virus Ebola (MVE). La gestion d'analyses de cas confirmés sera traitée séparément.

La période d'incubation du virus Ebola peut varier de 2 à 21 jours, avec une moyenne de 8 jours. Le contact direct avec du sang, des sécrétions, des organes ou d'autres fluides corporels provenant de personnes ou d'animaux infectés, vivants ou morts, est considéré comme le principal mode de transmission^{4,5}. Les évidences concernant la transmission aérienne chez l'humain sont faibles⁶, mais la transmission a été documentée sur des modèles animaux⁷. Le risque de transmission par aérosolisation en laboratoire semble donc faible, mais le principe de prudence nous oblige à considérer ce mode potentiel de transmission. Il n'y a aucun risque de transmission pendant la période d'incubation avant l'apparition de la fièvre et le risque reste faible au début de la phase symptomatique.

Le contact indirect par exposition à des objets contaminés par du sang, comme les aiguilles ou du matériel tranchant, est bien décrit et est une cause possible de transmission de MVE en laboratoire⁸⁻¹⁰.

Ainsi au laboratoire, les activités associées à un risque de transmission sont :

- Éclaboussure avec du matériel infecté (ex : sang, LCR, selles, urine ou autres liquides biologiques) sur une peau lésée ou une muqueuse;
- Blessure avec du matériel infecté;
- Procédures générant des aérosols lors de la manipulation de spécimens.

Critères d'évaluation pour un patient suspect et définition d'un patient confirmé d'une maladie à virus Ebola au 29 août 2014

CAS SUSPECT	
<p>A. Critères maladies</p> <p>Patient fébrile depuis au moins 24 heures ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) avec un syndrome pseudo-grippal (ex. : arthralgie, myalgie, fatigue, céphalées)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Avec un syndrome compatible avec une MVE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ tableau cutanéomuqueux (conjonctivite, exanthème maculaire, dysphagie, toux); ou ■ tableau digestif (diarrhées, vomissements, douleur abdominale); ou ■ tableau neurologique (confusion, coma, agitation, épilepsie); ou ■ tableau hémorragique (saignements aux points de ponction, gingivorragies, hématomèse, méléna, selles sanglantes, hémorragies cutanées, épistaxis). 	<p>B. Critères d'exposition</p> <p>Situation 1</p> <p>Patient ayant une histoire de séjour dans une zone à risque* dans les 21 jours précédant le début de la fièvre ET chez qui on ne peut exclure une exposition sans protection appropriée définie de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contact avec le sang ou d'autres liquides biologiques (ex. : urines, selles) d'un patient (vivant ou décédé) infecté ou fortement suspect d'être infecté par le virus Ebola (contact direct ou indirect comme par exemple, avec des vêtements ou de la literie souillée); ■ Contact direct avec un patient présentant un syndrome hémorragique ou avec le corps d'un défunt infecté ou fortement suspect d'être infecté par le virus Ebola; ■ Manipulation en laboratoire de souches Ebola ou de spécimens cliniques (ex. : sang, urine, selles, tissus, cultures) qui contiennent le virus Ebola; ■ Travail en laboratoire qui détient des chauves-souris, des primates non humains provenant d'une zone à risque* d'Ebola; ■ Contact avec le sang ou d'autres liquides biologiques (ex. : urines, selles) d'un animal infecté ou fortement suspect d'être infecté par le virus Ebola; ■ Contact direct avec des chauves-souris, des primates non humains dans une zone à risque* ou provenant de cette zone; ■ Exposition dans une grotte infestée de chauve-souris dans une région endémique pour Ebola; ■ Manipulation (dépeçage, séchage, fumage) ou consommation de viande (crue ou peu cuite) issue de la chasse (surtout des primates non humains, des chauves-souris) dans une zone à risque*; ■ Prise en charge pour un autre problème de santé, exposition à des injections IM/IV ou visite dans un hôpital ayant reçu des patients infectés par le virus Ebola. <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Situation 2</p> <p>Patient n'ayant pas d'histoire de séjour dans une zone à risque ET chez qui on documente :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contact étroit avec patient confirmé de MVE dans les 21 jours avant le début de la maladie; <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rapports sexuels avec un patient confirmé d'une MVE dans les 13 semaines suivant le début des symptômes du patient confirmé. <p><small>*Zone à risque : La liste des pays d'Afrique de l'Ouest où sévit l'épidémie de MVE depuis mars 2014 est mise à jour par l'OMS en fonction de l'évolution de l'épidémie¹. http://www.who.int/csr/don/2014_08_28_ebola/fr/</small></p>
ET	
CAS CONFIRMÉ	
<p>Un patient confirmé est défini comme toute personne avec une confirmation biologique** d'infection au virus Ebola réalisée par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).</p> <p>**Confirmation biologique : i) présence d'ARN du virus Ebola détecté par RT-PCR, ii) présence du virus Ebola détecté par isolement, iii) détection d'un antigène viral par ELISA, iv) présence d'IgM dirigé contre le virus Ebola ou d'un titre croissant d'IgG.</p>	

Communications

Le médecin traitant, en consultation avec le médecin microbiologiste/infectiologue de garde jugera du niveau de suspicion de MVE en regard des données cliniques et épidémiologiques. **Consulter le document [Maladie à virus Ebola : mesures de contrôle pour les hôpitaux](#)** produit par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)¹¹.

- Signaler le cas à la direction régionale de santé publique (SP) de l'Agence selon les modalités habituelles pour le signalement des urgences infectieuses.
 - Le professionnel de garde en SP en avisera son directeur (ou tout autre médecin ou gestionnaire concerné selon les modalités internes spécifiques à chaque région).
 - La direction de SP en avisera le MSSS (selon les modalités habituelles) et lui transmettra le formulaire Ebola exigé par l'ASPC s'il s'agit d'une personne faisant l'objet d'une enquête (POE) ou un cas probable.
 - Si la situation le justifie, le Directeur national de la santé publique en avisera l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Le coordonnateur des mesures d'urgences de l'Agence sera informé de la situation au besoin par sa Direction.
- Aviser le directeur scientifique du LSPQ.
- Le directeur scientifique du LSPQ organise une conférence téléphonique avec :
 - le professionnel de garde en SP de l'ASSS;
 - le directeur régional de santé publique ou son représentant;
 - le médecin traitant ou un consultant et;
 - le directeur de la protection de la santé publique du MSSS ou son remplaçant.

pour préciser s'il s'agit d'une personne faisant l'objet d'une enquête (POE) ou d'un cas probable nécessitant des analyses spécifiques à la recherche du virus Ebola et pour décider de l'activation du Plan d'intervention d'urgence^{3,12,13}.

Envisager une rencontre ou une conférence téléphonique regroupant les principaux gestionnaires et un représentant des services de l'hôpital (ex. : PCI, santé au travail, maladies infectieuses, urgence, soins intensifs, laboratoires, communications et relations avec les médias).

Prélèvements et examens de laboratoire

Lorsqu'on soupçonne une MVE, il est recommandé **de limiter les demandes aux examens essentiels**, soit les examens de base nécessaires à la prise en charge clinique, à l'exclusion d'autres pathologies et les examens de confirmation du diagnostic. **Aucune culture virale n'est permise à l'extérieur d'un laboratoire de niveau de confinement 4 (NC4). Aucune culture cellulaire ne doit être entreprise, par exemple des cultures pour *C. difficile* sur une lignée Vero, ou pour recherche de SLT (*Shiga-like toxins*) sur lignée cellulaire.**

Examens préliminaires d'exclusion

Les examens essentiels de base et les examens préliminaires d'exclusion (ex. : FSC, glycémie, frottis de malaria, etc.) ont pour objectif d'identifier rapidement une condition aiguë menaçant la santé du patient (ex. : diabète débalancé) et d'écarter la possibilité de certaines maladies infectieuses comme le paludisme, la fièvre typhoïde, les septicémies.

Seuls les échantillons essentiels pour une prise en charge clinique adéquate du patient sont prélevés.

MANIPULATION DES ÉCHANTILLONS

Tous les échantillons de cas suspects doivent être manipulés dans une enceinte de sécurité biologique de catégorie 2 en appliquant les pratiques de biosécurité de NC3 par des technologistes dont la formation est à jour¹⁴⁻¹⁹.

<p>A. Prélèvement des échantillons</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les échantillons doivent être prélevés par du personnel expérimenté et portant des équipements de protection individuelle (EPI) appropriés tel que recommandé par l'équipe locale de prévention et contrôle des infections (PCI) pour le personnel soignant (minimalement port d'une blouse à manches longues, protection respiratoire, lunettes de sécurité certifiées ou visière, gants et couvre-chaussures imperméables). Veuillez consulter ¹¹: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1875_Ebola_Prevention_Control_Hopitaux.pdf ▪ Éviter l'utilisation des contenants en verre et placer les objets jetables dans des contenants résistants allant à l'autoclave. ▪ Prélever les échantillons de sang avec précaution. Jeter le matériel servant au prélèvement tout de suite après son utilisation dans un contenant piquant-tranchant. Remplacer les contenants sur une base quotidienne; les stériliser à l'autoclave ou les incinérer. ▪ Nettoyer les surfaces extérieures de chaque contenant d'échantillon avec un désinfectant. ▪ Identifier les échantillons et les placer dans un sac hermétique, imperméable et étanche, identifié « biorisque – à décontaminer dans l'enceinte biologique ». ▪ Insérer le sac identifié « biorisque – à décontaminer dans l'enceinte biologique » et les requêtes d'analyse dans un second sac hermétique.
<p>B. Notification</p>	<p>Le personnel des laboratoires concernés doit être notifié que des spécimens contenant possiblement un agent causant une MVE seront acheminés.</p>
<p>C. Manipulation des échantillons</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le spécimen doublement emballé devra être transporté au laboratoire dans un contenant rigide et étanche, clairement identifié comme contenant des échantillons possiblement contaminés par le virus Ebola. ▪ Le contenant doit être désinfecté avant de quitter l'unité de soins (selon les pratiques de « précautions additionnelles »). ▪ Le transport du contenant doit être fait par messenger et être transmis de mains à mains. ▪ Ne jamais utiliser de transport automatisé (ex. : pas de pneumatique ou de courroie). ▪ Le commis qui effectue le transport n'a pas besoin de revêtir une précaution particulière. ▪ Un point de chute unique devrait être défini dans chaque installation physique. ▪ Les échantillons doivent être traités séparément des autres échantillons et une traçabilité des échantillons doit être instaurée. La requête d'analyses doit clairement indiquer que l'échantillon est possiblement contaminé avec le virus Ebola. ▪ Lorsque des échantillons de sérum sont destinés à un envoi au LSPQ ou au LNM de Winnipeg, utiliser des tubes à gel sans anticoagulant (tubes « jaunes » ou « dorés », ou SST : <i>Separating Serum Tube</i>) et envoyer les tubes sans les ouvrir après la centrifugation. ▪ Les institutions qui possèdent des équipements de point de service (<i>Point-of-Care testing</i>) pour la biochimie et l'hématologie tels que <i>ABL80 flex Radiometer</i> pour les gaz artériels, <i>Abaxis Piccolo Xpress</i> pour la biochimie, <i>Stago S4 coagulation analyzer</i>, ou <i>vet scan HM2</i> pour l'hématologie (équipement vétérinaire) doivent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les opérer dans un endroit dédié sous ESB, ou à l'intérieur de la zone de confinement du patient; ▪ S'assurer de la formation appropriée du personnel technique les opérant;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porter les équipements de protection des techniciens tels que décrits ci-dessous. ▪ Les équipements de type ADBD tel que le I-Stat ou équivalents peuvent être utilisés dans une chambre d'isolement avec le même type d'équipement de protection décrit ci-dessous.
<p>D. Ouverture des contenants sous enceinte de sécurité biologique (ESB) certifiée</p>	<p>Protection des techniciens : équipements de protection individuels</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revêtir une jaquette jetable hydrofuge avec attache à l'arrière et manches ajustées aux poignets par-dessus une blouse de laboratoire ou sarrau et couvre-chaussures. ▪ Double paires de gants de nitrile couvrant les manches. ▪ Lunettes de sécurité certifiées ou visière. ▪ Masque à haut pouvoir filtrant (N-95 ou de capacité supérieure). ▪ Se référer à la marche à suivre présentée à l'Annexe 1 pour revêtir et retirer l'EPI.
	<p>Décontamination primaire sous une ESB certifiée (catégorie 2, type A ou B)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un chiffon absorbant à endos imperméable imbibé de désinfectant est déposé sur la surface de travail de l'ESB et un contenant pour déchets doit être à l'intérieur de l'enceinte. ▪ Le contenant doit être inspecté visuellement pour s'assurer de son intégrité. ▪ Sortir les spécimens des sacs de plastique identifiés biorisques. ▪ Décontaminer l'extérieur des contenants. ▪ Au besoin, faire des portions aliquotes des échantillons. ▪ Toute centrifugation doit être effectuée, de façon optimale sous une ESB, dans une centrifugeuse avec godets de sécurité scellés, en respectant les temps d'attente après l'arrêt. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la centrifugeuse est à l'extérieur de l'ESB, la préparation et l'ouverture des godets doit se faire dans l'ESB. ▪ Si la centrifugeuse est à l'intérieur de l'ESB, ne pas faire d'autres manipulations pendant la centrifugation car la turbulence engendrée compromet l'intégrité du flot laminaire. ▪ Utiliser une gaze imbibée d'éthanol 70 % entre la main gantée et le bouchon afin de l'ouvrir sans dispersion ou propagation d'aérosols. ▪ Désinfecter l'ESB avec un désinfectant approprié, virucide, selon les recommandations locales. À titre d'exemple, la fiche signalétique d'agents pathogènes de l'ASPC décrit la sensibilité du virus à de nombreux désinfectants (http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/ebola-fra.php). ▪ Jeter le matériel à usage unique dans un contenant étanche.
<p>E. Répartition des spécimens biologiques vers les secteurs d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aviser les secteurs qu'un spécimen sera acheminé contenant possiblement un virus Ebola. ▪ Les spécimens doivent être manipulés sur portoir et transportés dans un contenant hermétique. ▪ Aucune procédure ne devrait être faite en dehors d'une ESB.

F. Particularités des secteurs

Automates de biochimie et d'hématologie

Les automates peuvent être utilisés en fonction des principes ci-dessous. Une évaluation des risques de génération d'aérosols est faite en fonction des appareils utilisés. Des traitements d'inactivation du virus tel que proposés plus loin peuvent être utilisés avant l'analyse pour limiter la charge virale.

a) Automates qui percent les bouchons (utilisant des tubes fermés)

- Le spécimen doit être retraçable, dûment identifié, en tout temps.
- L'automate doit être désinfecté suite à l'analyse, en suivant les recommandations du fabricant ou en l'absence de ces recommandations, avec une solution d'hypochlorite de sodium à 500 parties par million (ppm) (dilution de 1:100 d'eau de Javel domestique 5 %) si cela n'affecte pas l'intégrité de l'automate.

b) Automates qui utilisent des tubes ouverts

- Les tubes doivent être ouverts dans une ESB certifiée et recouverts jusqu'à l'insertion dans l'automate.
- La manipulation des tubes doit se faire par un technicien revêtu des EPI décrits précédemment (section D).

BIOCHIMIE

Aucune analyse d'urine ne doit être effectuée sauf si disponibilité de la faire sous ESB par bandelette urinaire manuelle.

Un traitement au Triton X-100 à une concentration finale de 0.25 % permettrait de réduire la charge virale sans altérer la plupart des tests courants en biochimie (chimies et enzymes) avec des réactifs conventionnels en milieu liquide. Mais il est préférable que chaque laboratoire vérifie la validité des résultats avec ses propres analyseurs après ce traitement. Manipuler les spécimens après traitement comme potentiellement infectieux.

- Pour les analyses biochimiques (plasma d'un tube vert ou sérum d'un tube jaune-doré centrifugé en milieu sécuritaire) procédez à l'inactivation avec du Triton X-100 sous ESB :
 - Préparer une solution de Triton X-100 à 10 % en ajoutant 10 ml à 90 ml d'eau déionisée; chauffer pour homogénéiser.
 - Transférer 1 ml de plasma à l'aide d'une pipette de transfert à usage unique dans un tube de plastique à bouchon vissable.
 - A l'aide d'une micropipette, ajoutez 26 µl de la solution de Triton X-100 diluée (10 %) au sérum.
 - Vissez le bouchon et inversez trois fois le tube.
 - Laissez reposer pendant 60 minutes à la température de la pièce.
 - Nettoyez l'extérieur de la micropipette avec de l'eau de javel diluée à 5 000 ppm (dilution de 1:10 d'eau de Javel domestique 5 %).
- Alternativement, si le Triton X-100 n'est pas disponible, le plasma peut être inactivé à 60 °C pendant une heure. Cependant, seuls les tests suivants ne seraient pas affectés; Na, K, Mg, urée, créatinine, urate, bilirubine totale, glucose et la protéine c-réactive. L'osmolalité, lactate; la plupart des enzymes ont des pertes significatives d'activité²⁰. Encore une fois, il est préférable que chaque laboratoire vérifie la validité des résultats après ce traitement avec ses propres analyseurs.

	<p>HÉMATOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frottis mince de malaria (la goutte épaisse n'est pas recommandée). ▪ Les frottis pour malaria sont préparés dans l'ESB selon les procédures habituelles, après avoir fixé la lame au méthanol pendant 30 minutes. ▪ Les frottis sanguins ne sont pas infectieux après fixation dans les solvants. ▪ Seuls les tests de coagulation nécessaires doivent être effectués. <p>BACTÉRIOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spécimens non sanguins (urines, expectorations, etc.) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les échantillons sont conservés et travaillés seulement suite aux résultats du test diagnostic d'Ebola. <p>Hémocultures</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les bouteilles devraient être dûment identifiées et reconnaissables dans l'incubateur. ▪ Si elles s'avèrent positives, elles ne devraient être travaillées que suite aux résultats du test diagnostic d'Ebola. Par contre, si les soins du patient le requièrent et après discussion avec le microbiologiste-infectiologue, la bouteille peut être travaillée dans une ESB certifiée lors du repiquage et du travail des géloses primaires. Le Gram devrait alors être inactivé au méthanol pendant 30 minutes. ▪ Aucune culture cellulaire ne doit être entreprise, par exemple des cultures pour <i>C. difficile</i> sur une lignée Vero, ou pour la recherche de SLT (<i>Shiga-like toxins</i>) sur lignée cellulaire.
<p>G. Gestion des déchets</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les échantillons et tout le matériel souillé doivent être jetés dans un contenant biomédical étanche. ▪ Suivre les procédures de votre établissement pour l'incinération (ou décontamination) des déchets biomédicaux non anatomiques infectieux dans le respect de la réglementation en vigueur.
<p>H. Exposition de laboratoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veuillez consulter un médecin microbiologiste en cas d'exposition au laboratoire. <p>En cas de déversement, le personnel chargé du nettoyage devrait porter le même EPI que celui recommandé pour le personnel technique.</p> <p>EN CAS DE DEVERSEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La zone devrait être évacuée et sécurisée. ▪ Laisser les aérosols se déposer pendant au moins 30 minutes. ▪ Les déversements accidentels de matières potentiellement contaminées doivent être recouverts avec du papier absorbant, puis couverts généreusement de désinfectant; laisser agir pendant 15 minutes avant d'essuyer. Après avoir enlevé la matière nettoyée, il faut répéter le processus de désinfection. ▪ Les personnes qui participent au nettoyage doivent porter un équipement protecteur. Conformément aux procédures régulières d'intervention en cas de déversement en laboratoire, envisager de fournir à ces personnes un appareil de protection respiratoire à épuration d'air motorisé ou un autre un respirateur approuvé (p. ex. : N-95 ou N-100). Les gants jetables, les blouses imperméables et l'équipement de protection oculaire doivent être retirés immédiatement après le nettoyage, placés dans un sac pour autoclave et stérilisés avant d'être jetés(5). ▪ Suivre le protocole de désinfection en place dans votre établissement.

Diagnostic de laboratoire des MVE

La confirmation du diagnostic repose sur des analyses de laboratoire réalisées par le département des Agents pathogènes spéciaux du LNM. Des analyses préliminaires par test PCR pour Ebola seront effectuées au LSPQ.

L'isolement du virus Ebola, ainsi que des tests de détection moléculaire, de détection des IgG, des IgM et de l'antigène du virus Ebola sont offerts au LNM.

Chez un patient suspect de MVE, un premier test PCR négatif obtenu dans les premières 24 heures suivant le début des symptômes peut ne pas infirmer le diagnostic. Un deuxième spécimen prélevé 3 jours après pourrait s'avérer nécessaire en fonction de l'évolution clinique.

L'isolement du virus et la détection moléculaire nécessitent un volume minimal de 1,5 ml de sang total dans un tube EDTA. Deux tubes seront prélevés, un pour le LSPQ et un pour le LNM

La détection des IgG, des IgM et de l'antigène du virus Ebola requièrent un sérum ou une paire de sérums (à privilégier), prélevés dans des tubes à gel sans anticoagulant (tubes « jaunes » ou « dorés », ou SST : *Separating Serum Tube*). Un volume minimal de 1 ml est nécessaire.

En résumé, deux types d'échantillons sont nécessaires :

- Sang total dans deux (2) tubes EDTA; volume minimal requis de 1,5 ml par tube.
- Sérum unique ou sérums pairés dans tube SST; volume minimal requis de 1 ml.

Les échantillons sont conservés et envoyés réfrigérés

Les échantillons doivent être emballés et préparés pour des envois distincts vers le LSPQ et LNM selon la procédure pour agents pathogènes du GR4 décrite dans le Règlement du transport des matières dangereuses concernant les emballages de catégories A requérant un Plan d'intervention d'urgence (PIU).

<http://www.tc.gc.ca/fra/tmd/clair-partie7-374.htm>

Ceci doit être réalisé conjointement avec l'équipe du PIU du LSPQ.

Le tube EDTA destiné au LSPQ doit être accompagné de la requête du LSPQ 221.

Les échantillons destinés au LNM doivent être accompagnés de la requête *d'Agents pathogènes spéciaux adéquatement complétée* : <https://www.nml-lnm.gc.ca/guide2/files/26-Formulaire-de-requete-pathogenes-speciaux-FRA.pdf>.

Expédition des échantillons pour le diagnostic de MVE

L'envoi d'échantillons dans lesquels on soupçonne des agents pathogènes du GR4 doit être confié à une personne détenant un certificat de formation sur le transport des matières dangereuses (TMD) pour expédition par avion, conformément au Règlement sur le TMD19. La formation du personnel et sa certification relèvent de la responsabilité de chaque employeur, des supérieurs immédiats.

Ainsi, un laboratoire qui expédie un spécimen pour la recherche d'un virus du GR4 a l'obligation d'inclure un PIU lors de l'envoi du colis. Un PIU est requis pour le transport routier ou aérien de tous les échantillons cliniques ou cultures pouvant contenir les virus énumérés à l'article 7.1.7 du règlement TMD qui peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.tc.gc.ca/fra/tmd/clair-partie7-374.htm#art71>

Une équipe provinciale certifiée par Transport Canada pour les envois requérant un PIU est en place au LSPQ²¹. Cette équipe fait le lien avec les autorités provinciale et fédérale de santé publique. Vous devez communiquer rapidement avec un de ses membres pour obtenir le numéro PIU exigé pour l'expédition. Cette équipe vous assistera tout au long du processus d'envoi des spécimens vers le LNM à Winnipeg.

Pour rejoindre l'équipe PIU au LSPQ, signaler le numéro de pagette de la personne de garde au LSPQ : 514 720-8314

Autrement, composer le (514) 457-2070 et demander à parler à un membre de l'équipe PIU. En dehors des heures ouvrables, composer le même numéro, faire le « 0 », et demander au gardien de sécurité de contacter la personne de garde au LSPQ **de toute urgence**.

- L'équipe du LSPQ vous accompagnera dans les démarches suivantes :
 - Emballer et étiqueter les échantillons conformément aux règles de transport pour les spécimens de catégorie A par une personne titulaire d'un certificat de TMD valide pour envoi terrestre et aérien.
- Compléter le formulaire « Déclaration de l'expéditeur TMD/Shipper's declaration for dangerous goods »
- Contacter un transporteur qui est reconnu par l'équipe PIU du LSPQ et qui possède les autorisations nécessaires au transport terrestre et aérien de spécimens du GR 4.

Coordonnées des membres de l'équipe PIU au LSPQ

Pour rejoindre l'équipe PIU au LSPQ, signaler le numéro de pagette : 514 720-8314

Ou le 514 457-2070, faire le 0, dire que c'est urgent et demander un membre de l'équipe PIU.

Sophie Grenier Coordonnatrice PIU	Poste téléphonique : 372 Adresse courriel : sophie.grenier@inspq.qc.ca
Alexandre Chammat	Poste téléphonique : 278 Adresse courriel : alexandre.chammat@inspq.qc.ca
Bouchra Serhir	Poste téléphonique : 231 Adresse courriel : bouchra.serhir@inspq.qc.ca
Ida Pedro	Poste téléphonique : 218 Adresse courriel : ida.pedro@inspq.qc.ca
En dehors des heures d'ouverture	Poste : faire le « 0 » pour rejoindre l'équipe de garde

Coordonnées des membres de l'équipe PIU au MSSS (rejoints par le LSPQ)

Directeur de la protection de la santé publique	Adresse courriel : horacio.arruda@msss.gouv.qc.ca
Michel Savard	Adresse courriel : michel.savard@msss.gouv.qc.ca

Listes de fournisseurs de contenants et de placards

<https://www.tc.gc.ca/fra/tmd/contenant-infectieuses-fournisseursab-140.html>
<http://www.tc.gc.ca/fra/tmd/formation-distributeurs-243.htm>

Références

1. Maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest – mise à jour. 2014. 2014, at http://www.who.int/csr/don/2014_08_28 Ebola/fr/
2. (INVS) INdVS. Fièvre hémorragique virale (FHV) à virus Ebola - Point de situation au 25 juin 2014. 2014.
3. Plan québécois des urgences infectieuses : maladies à surveillance extrême, Québec. 1998.
4. Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Évaluation des risques pendant les voyages et le transport : recommandations à l'intention des autorités de santé publique et du secteur de transport. 2014. at <http://www.who.int/ith/updates/20140421/fr/>
5. Canada AdSPd. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins,. Canada. 2012:225. at http://www.ipac-canada.org/pdf/2013_PHAC_RPAP-FR.pdf
6. Carey DE, Kemp GE, White HA, et al. Lassa fever. Epidemiological aspects of the 1970 epidemic, Jos, Nigeria. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 1972;66:402-8.
7. Weingartl HM, Embury-Hyatt C, Nfon C, Leung A, Smith G, Kobinger G. Transmission of Ebola virus from pigs to non-human primates. Scientific reports 2012;2:811.
8. Feldmann H. Are we any closer to combating Ebola infections? Lancet 2010;375:1850-2.
9. Emond RT, Evans B, Bowen ET, Lloyd G. A case of Ebola virus infection. British medical journal 1977;2:541-4.
10. Formenty P, Hatz C, Le Guenno B, Stoll A, Rogenmoser P, Widmer A. Human infection due to Ebola virus, subtype Cote d'Ivoire: clinical and biologic presentation. The Journal of infectious diseases 1999;179 Suppl 1:S48-53.
11. Maladie à virus Ebola : mesures de contrôle pour les hôpitaux Institut national de santé publique du Québec, 2014. at http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1875_Ebola_Prevention_Control_Hopitaux.pdf
12. Loeb M, MacPherson D, Barton M, Olde J. Implementation of the Canadian contingency plan for a case of suspected viral hemorrhagic fever. Infection control and hospital epidemiology : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America 2003;24:280-3.
13. Canada S. Plan canadien d'intervention d'urgence en cas de fièvres hémorragiques virales et autres maladies connexes, Relevé des maladies transmissibles au Canada. 1997:14.
14. Normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité pour les installations où l'on manipule des agents pathogènes qui touchent les humains et les animaux terrestres, des prions et des toxines biologiques. Gouvernement du Canada, 2013. at <http://canadianbiosafetystandards.collaboration.gc.ca/index-fra.php>
15. Interim guidance for managing patients with suspected viral hemorrhagic fever in US hospitals. 2005. (Accessed May 19, 2005, at http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/bbp/VHFinterimGuidance05_19_05.pdf
16. Avis relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie Ebola. 2014. (Accessed April 10, 2014, at <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=414>
17. CENTRE HPS. The management of viral hemorrhagic fevers in Ireland. 2012:117.
18. Health UDo. Management of hazard group 4 viral hemorrhagic fevers and similar human infectious diseases of high consequence, Health and safety Executive. 2012:99.
19. Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus (Ebola, Marburg) Haemorrhagic Fever. 2008. at http://www.who.int/csr/bioriskreduction/filovirus_infection_control/en/
20. Hersberger M, Nusbaumer C, Scholer A, Knopfli V, von Eckardstein A. Influence of practicable virus inactivation procedures on tests for frequently measured analytes in plasma. Clinical chemistry 2004;50:944-6.
21. Transport des matières dangereuses, 3 pages. 2014. at <http://www.inspq.qc.ca/lspq/transport-des-matieres-dangereuses>

Annexe 1 Procédure pour mettre et retirer l'équipement de protection individuelle

La séquence pour mettre l'équipement de protection individuelle est la suivante :

1. Se laver les mains avec une solution hydro-alcoolisée ou de l'eau et du savon.
2. Mettre les couvre-chaussures.
3. Mettre la jaquette hydrofuge et l'attacher au cou et à la taille.
4. Mettre le N-95 et s'assurer qu'il n'y a pas de fuite.
5. Mettre la visière avec le coussin mousse sur le front.
6. Mettre les gants de nitrile courts.
7. Mettre les gants de nitrile longs qui recouvrent les manches de la jaquette.
8. Ne jamais mettre les mains au visage.
9. Limiter le nombre de surfaces manipulées dans la pièce.
10. Changer les gants si déchirés ou fortement contaminés.

La séquence pour retirer l'équipement de protection individuelle est la suivante :

1. Prendre toutes les précautions pour ne pas créer d'éclaboussures.
2. Retirer la première paire de gants (longs extérieurs).
 - a. Prendre l'extérieur du gant avec la main opposée et le retirer délicatement.
 - b. Tenir le gant retiré dans la main encore gantée.
 - c. Glisser les doigts sous le gant de la main gantée et le retirer délicatement.
 - d. Jeter les gants dans le contenant prévu à cet effet.
3. Retirer les couvre-chaussures et la jaquette en dénouant à la taille et en la tirant au niveau du thorax pour détacher l'attache supérieure.
4. Retirer la deuxième paire de gants (courts intérieurs).
5. Se laver les mains avec une solution hydro-alcoolisée.
6. Retirer la visière avec la bande élastique (la visière elle-même est contaminée!).
7. Se laver les mains avec une solution hydro-alcoolisée.
8. Sortir de la pièce et refermer la porte.
9. Retirer le N-95 avec les élastiques (le filtre lui-même est contaminé!).
10. Se laver les mains avec une solution hydro-alcoolisée ou de l'eau et du savon.

AUTEURS

Cécile Tremblay, M.D., FRCPC, directrice scientifique
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Hugues Charest, Ph.D., chef d'unité scientifique par intérim
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Jean Longtin, M.D., FRCPC, microbiologiste infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec

François Coutlée, M.D., FRCPC, chef, département de microbiologie et infectiologie,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Bouchra Serhir, Ph.D., responsable sérodiagnostic et virologie,
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Michel Bouthillier, Ph.D., FCACB,
CSSS de la Haute-Yamaska

Micheline Fauvel, M. Sc., directrice adjointe intérimaire
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DU GROUPE DE TRAVAIL AD HOC SUR LES PROCÉDURES DE LABORATOIRE EN LIEN AVEC LA MVE :

Danielle Auger, M.D., Direction de la protection de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Sadjia Bekal, Ph.D., responsable en bactériologie,
Laboratoire de santé publique du Québec,
Institut national de santé publique du Québec

Daniel Bélanger, M.D., FRCPC, président,
Association des médecins hématologues et oncologues du Québec

Lise-Andrée Galarneau, M.D., FRCPC, présidente,
Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Andrée Gilbert, T.M., chef technologiste,
Laboratoire de santé publique du Québec,
Institut national de santé publique du Québec

Sophie Grenier, T.M., assistante chef technologiste,
Laboratoire de santé publique du Québec,
Institut national de santé publique du Québec

Christian Lavallée, M.D., FRCPC, médecin microbiologiste-infectiologue,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Michael Libman, M.D., FRCPC, directeur, division des maladies infectieuses
et centre de maladies tropicales,
Centre universitaire de santé McGill

Carole Morissette, M.D., médecin-conseil, Agence de la santé et des
services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique

Harold Olney, M.D., FRCPC, chef, Département d'hématologie,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Renée Paré, M.D., médecin-conseil, Agence de la santé et des services
sociaux de Montréal, Direction de la santé publique de Montréal

Gilbert Pichette, M.D., FRCPC, médecin microbiologiste-infectiologue,
Hôpital du Sacré-Coeur

Caroline Quach, M.D., FRCPC, médecin microbiologiste-infectiologue,
Centre universitaire de santé McGill

François Sanschagrin, Ph.D., conseiller en biologie médicale, Direction
générale des services de santé et médecine universitaire,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Savard, M.D., médecin-conseil, Direction générale de la santé
publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Patrice Savard, M.D. FRCPC, médecin microbiologiste-infectiologue,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Jim Strong, M.D., Ph.D., chef des services de diagnostic et de thérapeutique,
Laboratoire national de microbiologie,
Agence de la santé publique du Canada

Madeleine Tremblay, Direction de la protection de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Catherine Tsimiklis, M.D., FRCPC, chef, Département de microbiologie,
Hôpital du Sacré-Coeur

Karl Weiss, M.D., FRCPC, président,
Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec

Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire pour les patients chez qui une MVE est suspectée

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

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

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

©Gouvernement du Québec (2014)