

# Les infections respiratoires graves des maladies professionnelles

par Robert Plante et Luc Bhérier

Un matin, un patient se présente à la clinique en raison d'une toux sèche. Il fait de la fièvre depuis trois jours. Vous l'examinez et lui faites passer une radiographie pulmonaire qui révèle une petite opacité pouvant évoquer une pneumonie atypique. Rien de bien palpitant dans tout cela ! Pourtant, si l'on se reporte au 7 mars 2003, à Toronto, c'est ainsi que la saga du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a commencé.

UN MOIS PLUS TARD, 206 cas probables étaient déjà recensés en Ontario, la grande majorité dans le centre de Toronto<sup>1</sup>. À la fin de l'épidémie, la province comptait 251 personnes probablement atteintes de la maladie et 43 morts. Parmi tous ces malades, 108 (43 %) étaient des professionnels de la santé<sup>2</sup>. Le 13 avril 2003, le Dr Mark Cheung travaille dans le département où ont été regroupés les cas de SRAS du Sunnybrook and Women's College Sciences Centre de Toronto. Il est légèrement inquiet lorsqu'il apprend qu'un médecin de Singapour était décédé même s'il avait appliqué les mesures de protection appropriées. Il décide donc de s'isoler de sa famille par mesure de prudence (il a deux jeunes enfants) et surveille régulièrement sa température. Tôt le 16 avril, il commence à faire un peu de fièvre et pense que le SRAS pourrait être en cause. La suite lui a donné raison. Après 11 jours d'hospitalisation et de traitement, il éprouve de graves difficultés respiratoires. Ses médecins songent à l'intuber. La panique est totale, mais son histoire s'est bien terminée. En effet, il a récupéré progressivement, puis est sorti de l'hôpital au bout de trois semaines. Après un autre mois en quarantaine, il a retrouvé sa famille et repris le travail. Il a décidé par la suite d'écrire un article relatant son expérience, qu'il a dédié à un collègue décédé de la maladie et à tous les professionnels de la santé qui sont morts pendant ce combat contre le SRAS<sup>3</sup>.

## Êtes-vous vraiment concerné ?

Bien sûr, vous vous dites que les règles d'hygiène dans les hôpitaux sont très importantes et que leur application y est sans doute souvent déficiente. Toutefois, vous ne vous sentez pas concerné dans votre clinique ou au Centre de santé, car les cas de maladies graves sont toujours dirigés à l'hôpital. Vous ne voyez donc aucun risque pour votre santé ni pour celle de vos employés. Mais est-ce bien le cas ? Ne vous arrive-t-il pas de recevoir en consultation des patients qui toussent et qui font de la fièvre ? Avez-vous déjà diagnostiqué une pneumonie à votre cabinet ? Un patient vous a-t-il déjà consulté pour une diarrhée ou des symptômes généraux qui auraient pu être la manifestation d'une méningite ? N'avez-vous pas vous-même déjà fait une sinusite, une pneumonie ou une diarrhée quelques jours après avoir vu un patient contagieux ? Il n'en faut pas vraiment plus pour que vous ayez un réel intérêt personnel à poursuivre la lecture du présent article. Que vous travailliez dans une grande ville ou en région, ce sont les caractéristiques de votre travail qui doivent dicter l'application de certaines mesures préventives visant à assurer votre protection et celle de votre personnel. En période épidémique réelle ou appréhendée, certaines particularités s'appliqueront vraisemblablement, mais un lien efficace entre la santé publique et votre cabinet permettra de prendre les décisions adéquates selon les situations. Certes, vous ne courez pas un grand risque si vous prodiguez des soins très particuliers exclusivement à une clientèle très ciblée et que personne ne vous consulte sans rendez-vous, comme c'est le cas dans une

*Les Drs Robert Plante et Luc Bhérier, omnipraticiens, sont médecins-conseils en santé au travail à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.*

clinique d'obésité ou de traitement des varices. Autrement, une analyse de votre pratique et de votre clientèle est sûrement indiquée.

### D'où vient le danger ?

Comme c'est le cas pour la majorité des risques, il faut prendre en considération autant l'agent que l'hôte. Une partie du danger vient effectivement du fait que nous ne sommes pas prêts et que les mesures nécessaires pour protéger les professionnels de la santé travaillant dans nos établissements ne sont pas toujours prises. C'est ce que l'épisode imprévu et fulgurant du SRAS nous a tristement confirmé. En est-il autrement dans votre clinique (les cliniques médicales font partie des établissements de soins) ? Par ailleurs, le danger provient habituellement des personnes qui vous consultent. Dans le cas des infections respiratoires graves comme le SRAS, ce sont notamment les patients qui font de la fièvre et qui toussent qui peuvent vous transmettre leur infection par voie aérienne\*, par l'entremise de gouttelettes† ou par contact direct‡. Au cours de certaines procédures, telles que l'administration de médicaments aérosolisés, la bronchoscopie, l'intubation en-

dotrachéale, la ventilation à pression positive par masque facial§, la ventilation à haute fréquence par oscillation§ et l'induction de crachats§, le risque de transmission par voie aérienne peut être grandement accru. Dans l'excellent article des D<sup>rs</sup> Marie-Claude Roy et Michel Fleury « Isoler ou pas ? Telle est la question ! », paru en juin 2004 dans *Le Médecin du Québec*, le tableau III décrit les syndromes cliniques dont vous devez vous méfier ainsi que les précautions requises selon les circonstances<sup>4</sup>.

### Comment vous protéger selon les situations de travail

Depuis la crise du SRAS, les autorités de santé publique de tous les pays ont dû élaborer des plans d'action pour s'assurer que la population et plus particulièrement les professionnels de la santé, le groupe le plus exposé, deviennent plus conscients des dangers, connaissent les moyens de se protéger, disposent des équipements appropriés et adaptés et soient formés pour utiliser ces équipements de façon adéquate. Pour être prêts lorsque surviendra une autre crise comme celle du SRAS, il n'y a qu'une seule façon : c'est d'être toujours prêts et de se comporter comme si le danger était imminent. Si les règles élémentaires d'hygiène et les pratiques de base sont bien connues, nous avons constaté qu'elles étaient mal appliquées dans nos établissements de soins, notamment parce que l'aménagement des lieux ne le favorisait pas et que le matériel nécessaire n'était pas facilement disponible. Il faut désormais adopter en tout temps des pratiques qui réduisent la circulation des infections dans nos établissements de soins<sup>5</sup>.

En janvier 2004, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux une « stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins »<sup>6</sup>. Pour les microbiologistes-infectiologues membres de ce comité, le SRAS ainsi que les éclosions annuelles de gripes et de gastro-entérites virales dans les mi-

\* Dissémination dans l'air (aérosolisation) de micro-organismes contenus dans de très petites particules (moins de 5 µm) produites lors de la toux ou d'autres activités entraînant la formation de gouttelettes, issues de l'évaporation de grosses gouttelettes ou encore contenues dans des poussières renfermées dans des squames ou autres débris et restant en suspension dans l'air pendant de longues périodes. Ces micro-organismes, qui s'infiltrant profondément dans les voies respiratoires, peuvent parfois être dispersés sur de grandes surfaces par les courants d'air et les circuits de ventilation et se retrouver possiblement dans des locaux éloignés de la source. Même si la démonstration n'est pas faite hors de tout doute, on recommande de se comporter comme si le virus du SRAS se transmettait par voie aérienne.

† Dissémination de gouttelettes de sécrétions respiratoires d'au moins 5 µm (plus lourdes que les aérosols) projetées dans l'air par la toux et les éternuements sur une courte distance (moins de 1 mètre) et n'y demeurant pas en suspension. Ces gouttelettes peuvent aussi être produites lors d'interventions telles que l'aspiration ou la bronchoscopie. Elles contaminent la muqueuse buccale ou nasale d'un nouvel hôte au moment de l'inhalation ainsi que l'environnement, l'épiderme ou les vêtements des autres personnes lorsqu'elles retombent.

‡ Transfert de micro-organismes entre un sujet infecté et un hôte réceptif par contacts des surfaces corporelles, notamment les mains.

§ Lorsque ces interventions ne sont pas jugées essentielles sur le plan médical, il convient de les éviter dans la mesure du possible, car elles peuvent entraîner la production d'aérosols.

**Pour être prêts lorsque surviendra une autre crise comme celle du SRAS, il n'y a qu'une seule façon : c'est d'être toujours prêts et de se comporter comme si le danger était toujours présent.**

lieux de soins « nous forcent à revoir nos mesures préventives et à les adapter de façon à être mieux préparés devant de nouvelles menaces ». Pour bien se protéger contre le SRAS et d'autres infections respiratoires graves, il faut consolider l'application des mesures usuelles et en instaurer de nouvelles selon le contexte épidémiologique. Les mesures de prévention nécessaires ont déjà été instaurées dans les centres hospitaliers et dans les services de consultation des CLSC. Dans votre clinique, des mesures spécifiques sont probablement nécessaires à l'accueil et dans la salle d'attente autant que pendant l'examen ou le traitement des patients.

### À l'accueil

Les patients et les personnes qui les accompagnent doivent être informés verbalement par la personne à la réception que des mesures de prévention et d'hygiène sont désormais en vigueur dans votre clinique. Tous les patients fiévreux et qui toussent doivent être invités à le mentionner à la réceptionniste. La première question que cette dernière devrait poser d'emblée à tous les patients est la suivante : « Toussez-vous et pensez-vous faire de la fièvre ? ». Dans l'affirmative, elle invitera le patient à se désinfecter les mains avec un rince-mains antiseptique, à prendre un masque chirurgical dans une boîte distributrice et à l'installer correctement sur son visage. Idéalement, elle lui demandera de se rendre, après son inscription, dans une section spécialement aménagée dans la salle d'attente à l'écart des autres patients. Si le patient ne peut tolérer le masque, elle lui demandera alors de tousser dans un mouchoir de papier qu'il devra jeter ensuite dans une poubelle prévue à cette fin et de se laver les mains fréquemment.

Tout le personnel de la clinique devrait être formé pour

## ENCADRÉ 1

### Description des mesures nécessaires pour mettre en place l'étiquette respiratoire pour tout patient ayant de la fièvre et de la toux en milieu de soins\*

- Rendre disponible le matériel nécessaire à l'hygiène des mains et encourager tout patient ayant de la fièvre et de la toux à se laver les mains (au lavabo avec de l'eau et du savon, avec un rince-mains antiseptique ou avec des serviettes antiseptiques jetables).
- Fournir des papiers-mouchoirs et les directives pour bien les utiliser (au moment de tousser ou pour maîtriser les sécrétions nasales, par exemple) à tous les patients ayant de la fièvre et de la toux, en particulier à ceux qui ne peuvent porter un masque de type chirurgical. De plus, leur préciser comment et où les jeter et leur rappeler l'importance du lavage des mains après chaque usage.
- Fournir un masque de type chirurgical à tous les patients qui font de la fièvre et qui toussent ainsi que les directives pour l'utiliser et le jeter (où, quand, comment).
- Désigner, si possible, un endroit dans la salle d'attente où regrouper les patients ayant de la fièvre et de la toux. Les placer à au moins un mètre des autres patients.
- Fournir les instructions pour le lavage des mains, l'utilisation des papiers-mouchoirs et le port du masque sous forme de pictogrammes afin de faciliter la compréhension et le respect des messages préventifs, tout en réduisant les inconvénients associés à la barrière des langues. Des affiches et des dépliants peuvent être utiles.

\* Avis scientifique du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins. Déposé au MSSS en janvier 2004.

informer les patients à risque et les inciter à bien porter le masque, à utiliser au besoin les rince-mains antiseptiques ainsi que les papiers-mouchoirs mis à leur disposition. Il devrait également être en mesure d'apaiser les craintes des autres patients. « L'étiquette respiratoire (on appelle désormais ainsi, comme les Américains, un ensemble de pratiques qui représentent les règles de bienséance) devrait s'appliquer à tout patient fébrile atteint de toux qui entre en milieu de soins (salle d'attente d'une clinique médicale, CLSC, urgence, hôpital, par exemple) »<sup>7</sup> (encadré 1). Le poste de réceptionniste devrait être aménagé de manière à réduire la zone de contact avec les patients. Idéalement, un écran de plexiglas devrait être installé afin de protéger la réceptionniste contre les gouttelettes projetées par le patient. En outre, cette dernière devrait avoir à sa disposition un rince-mains antiseptique qu'elle utilisera après avoir manipulé la carte

**La première question que la réceptionniste devrait poser d'emblée à tous les patients est la suivante : « Toussez-vous et pensez-vous faire de la fièvre ? ».**

d'assurance-maladie.

Dans un contexte épidémiologique particulier (si une éclosion de maladie grave comme le SRAS est soupçonnée), un triage rapide doit être effectué dès l'arrivée du patient dans une salle réservée à cette fin. Si le patient répond aux critères définis dans le cadre de l'épidémie, vous devez communiquer immédiatement avec la direction de santé publique. Si on vous confirme qu'il s'agit d'un cas possible, le patient doit alors rapidement être transféré à l'urgence. Les ambulanciers et l'hôpital doivent être avisés, jusqu'à preuve du contraire, qu'il s'agit vraisemblablement d'un patient contagieux. Dans ce contexte, les ambulanciers et le personnel affecté au triage doivent porter l'équipement de protection individuelle approprié décrit plus loin.

### Dans la salle d'attente

Une section particulière, si possible en retrait du reste de la salle d'attente, soit à plus d'un mètre des autres patients, devrait être réservée aux patients fiévreux qui toussent. Idéalement, il devrait s'agir d'une pièce séparée dont la porte resterait fermée. Des affiches et des dépliants renforçant les consignes de l'étiquette respiratoire devraient être disponibles. Les toilettes réservées à la clientèle devraient être en bon état et contenir des quantités suffisantes de savon, de papier essuie-mains et de papier hygiénique. En outre, elles devraient être entretenues fréquemment. Des pictogrammes devraient encourager le public à se laver les mains. Si des poupons et de jeunes enfants fréquentent votre clinique, un endroit devrait être prévu pour le changement de couches. Si un patient vomit ou souffre d'incontinence fécale, un nettoyage immédiat s'impose. En outre, l'employé affecté à ce travail doit être protégé adéquatement en raison de la présence de surfaces contaminées et de bioaérosols. La toilette doit aussi être bien ventilée.

### Pendant l'examen et le traitement

Les pratiques de base doivent être intégrées en tout temps aux soins courants. En plus du lavage et de l'antisepsie des mains entre chaque patient, le port de gants, d'un masque

(équipement de protection individuelle respiratoire approuvé), de lunettes protectrices ou d'un écran facial ainsi que d'une blouse à manches longues peut être indiqué selon les gestes cliniques que vous posez. Ces pratiques sont définies pour les soins actifs, les soins prolongés, les soins ambulatoires et les soins à domicile et sont décrites dans un document publié par Santé Canada<sup>8</sup> et bien présentées et illustrées dans l'article des D<sup>rs</sup> Roy et Fleury que nous avons cité plus tôt<sup>4</sup>.

Comme le décrivent les D<sup>rs</sup> Roy et Fleury, dans le contexte épidémiologique particulier de l'éclosion d'une maladie grave transmissible par voie aérienne ou susceptible de l'être, comme le SRAS, des précautions contre la transmission aérienne et contre la transmission par contact peuvent devenir nécessaires<sup>4</sup>. Lorsque le personnel soignant est en présence d'un cas possible (**patient fiévreux qui tousse et qui a fréquenté une région endémique**), il devrait porter une blouse à manches longues et des gants ainsi qu'un équipement de protection respiratoire, tel que le masque N-95 (demi-masque à haut pouvoir filtrant certifié par le NIOSH), ainsi qu'une protection oculaire. Si le masque chirurgical est adéquat pour protéger le patient contre les aérosols que vous produisez ou pour réduire les émissions d'aérosols produites par le patient, il n'en est pas de même pour assurer votre propre protection contre les maladies transmissibles par voie aérienne, surtout pendant un examen clinique ou des traitements. Même un équipement de protection respiratoire approprié, comme le masque N-95, perd beaucoup de son efficacité s'il n'est pas bien ajusté, s'il est mal porté ou s'il n'est pas porté tout le temps nécessaire. La façon dont on met et retire l'équipement de protection revêt aussi une grande importance. La démonstration en a été faite de façon dramatique lors de l'éclosion du SRAS à Toronto<sup>7</sup>. Une excellente bande vidéo illustrant les pratiques appropriées est disponible à l'Institut national de santé publique. Son visionnement vous serait sûrement très utile ainsi qu'au personnel de votre clinique. Le bon de commande est disponible dans le site Internet de l'Institut au [www.inspq.qc.ca/pdf/evenements/2003SRAS/Coffret-Bon\\_de\\_commande.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/evenements/2003SRAS/Coffret-Bon_de_commande.pdf).

**Dans le contexte épidémiologique particulier de l'éclosion d'une maladie grave transmissible par voie aérienne ou susceptible de l'être, comme le SRAS, le port d'un équipement de protection respiratoire, comme le masque N-95 (demi-masque à haut pouvoir filtrant certifié par le NIOSH) est indiqué pour le personnel soignant en présence d'un cas possible.**

## La mise en place des mesures préventives dans votre clinique

Ce n'est sans doute pas la première fois que vous lisez sur le sujet. La direction de santé publique de votre région vous a sûrement déjà fait parvenir le feuillet « Prévention en pratique médicale » publié en janvier 2004 ainsi que diverses affiches. Ces documents reprennent certains renseignements présentés ici, sous l'angle de la prévention de la propagation des infections entre vos patients. Mais comment allez-vous mettre en place les mesures nécessaires pour prévenir les maladies professionnelles dans votre clinique et pour assurer votre protection ainsi que celle de vos collaborateurs ? Comment allez-vous choisir l'équipement de protection approprié ? Comment allez-vous trouver l'équipement respiratoire adéquat et vérifier s'il est bien étanche ? Comment allez-vous vous y prendre pour désinfecter votre clinique vraisemblablement contaminée par un patient contagieux ? Pour prévenir les maladies professionnelles dans vos locaux, vous devez absolument mettre en place un programme de protection respiratoire dans votre milieu de travail conformément aux paramètres définis dans le Règlement sur la santé et la sécurité du travail<sup>9</sup>. Vous devez ainsi bien planifier toutes les activités requises et vous assurer qu'elles sont faites adéquatement et répétées régulièrement (*encadré 2*). Les équipes de santé au travail des CLSC de votre région peuvent vous donner les renseignements pertinents si vous leur en faites la demande.

Depuis le début, nous faisons référence aux infections respiratoires graves, comme le SRAS. Cependant, l'ensemble des mesures que nous avons mentionnées vous permettront de mieux vous protéger contre un nombre beaucoup plus important de maladies. Comme le mentionnent les D<sup>rs</sup> Roy et Fleury, de nos jours « les maladies qui doivent faire l'objet de ce type de précautions sont peu nombreuses : tuberculose, rougeole, SRAS, varicelle ou zona disséminé »<sup>4</sup>. Cependant, les connaissances relatives à la façon dont se transmettent les diverses infections progressent. C'est pourquoi il est important que vous demeuriez vigilant.

On n'en parle pas souvent, mais le travail de clinicien comporte plusieurs risques professionnels. Le danger lié aux infections transmises par les gouttelettes ou par voie aérienne est trop souvent banalisé ou occulté. Cependant,

### ENCADRÉ 2

#### Contenu du programme de protection respiratoire

- 1) Choix des appareils de protection (marques, modèles et grandeurs)
- 2) Essais d'ajustement des équipements une fois par année
- 3) Formation annuelle adéquate des travailleurs
- 4) Conditions d'entreposage
- 5) Vérification permettant de s'assurer que tous les employés sont capables de porter leur équipement correctement et d'en vérifier l'étanchéité à chaque utilisation
- 6) Méthode de suivi (un registre) permettant de nommer un responsable qui s'assurera de la tenue et de l'évaluation des activités chaque année

quand 35 des 47 personnes atteintes de SRAS dans un même hôpital sont des employés qui ont contracté l'infection en prodiguant des soins aux malades, cela crée non seulement beaucoup d'inquiétude mais perturbe aussi grandement l'organisation des services dans une période où la pression exercée par la demande est accrue<sup>10</sup>. Cet exemple montre clairement le risque professionnel. De son propre aveu, le chef du Département de médecine familiale et des services communautaires de l'hôpital de Scarborough, un des établissements très touchés par le SRAS, n'avait jamais imaginé qu'un aussi grand nombre de ses collègues pourraient devenir si gravement malades à cause de leur travail. Six mois après la fin de la période d'écllosion, plusieurs employés étaient encore trop malades, trop faibles et trop traumatisés pour reprendre le boulot. « Certains ont des atteintes pulmonaires permanentes s'accompagnant de fréquentes complications respiratoires. D'autres sont morts... Nous avons été pris par surprise et nous avons été insouciants. Nous n'étions pas préparés<sup>11</sup>. » Quand, comme chacun le sait, même les traitements sont parfois source de complications (stéroïdes et nécrose avasculaire de la tête fémorale, par exemple), pouvez-vous courir le risque de ne pas être prêt ?

**A**U QUÉBEC, le ministère de la Santé et des Services sociaux a pris les mesures nécessaires pour que les établissements de soins soient mieux préparés pour protéger la santé de la population et des travailleurs, mais aussi pour éviter que tout le réseau de soins ne devienne paralysé dans le cas d'une grave épidémie (SRAS ou pandémie

de grippe). C'est pourquoi il a mis sur pied un comité ministériel sur les précautions contre le SRAS, qui a déposé en novembre 2003 un document intitulé « Synthèse des recommandations sur les mesures individuelles de prévention dans le contexte de présence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) »<sup>5,12</sup>. Les personnes qui veulent en savoir plus trouveront, dans ces documents, une foule de renseignements très utiles. ☞

**Date de réception :** 5 juillet 2004

**Date d'acceptation :** 29 août 2004

**Mots clés :** infections respiratoires graves, SRAS, protection respiratoire, bioaérosols, étiquette respiratoire, transmission par voie aérienne, pratique de base

## Bibliographie

1. Maunder R, Hunter L, Vincent L et coll. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ* 2003 ; 168 (10) : 1245-51.
2. Organisation mondiale de la santé. Summary tables of SARS cases by country, 1<sup>er</sup> nov. 2002 – 7 août 2003. Site Internet : [www.who.int/csr/sars/country/en/country\\_2003\\_08\\_15.pdf](http://www.who.int/csr/sars/country/en/country_2003_08_15.pdf) (page consultée le 7 octobre 2004).
3. Cheung CM. My experience with SARS. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2003 ; 169 (12) : 1284-5.
4. Roy MC et Fleury M. Isoler ou pas ? Telle est la question ! *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (6) : 31-7.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations sur les mesures collectives et recommandations sur les mesures individuelles de prévention du SRAS pour les travailleuses et travailleurs de la santé du Québec*. Comité ministériel sur les mesures de précaution contre le SRAS. Rapport final. Mai 2004. Site Internet : <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/fj/documentation/2004/04-210-02W.pdf> (page consultée le 7 octobre 2004).
6. Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins. Avis scientifique. Montréal, 26 janvier 2004. Site Internet : <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/fj/ocumentation/preventioncontrole/maladiestransmissibles/strategie globale.pdf> (page consultée le 7 octobre 2004).
7. Centers for Disease Control, Cluster of severe acute respiratory syndrome cases among protected health-care workers. *MMWR* 2003 ; 52 (19) : 433-6.
8. Guide de prévention des infections : pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé. Relevé des maladies transmissibles au Canada, Santé Canada 1999, 25S4, pp. 1-157.
9. Règlement sur la santé et la sécurité du travail, S-2.1, r.19.01, avril 2002. Site Internet : [www.csst.qc.ca/portail/fr/publications/RSST.htm](http://www.csst.qc.ca/portail/fr/publications/RSST.htm) (page consultée le 7 octobre 2004).
10. Adamson B. Life at the epicentre: my first year at North York General Hospital, Hospital Quarterly 2003 ; 7 (1) : 41-3.
11. Caulford P. SARS: aftermath of an outbreak. *Lancet Extr Med* 2003 ; 362 : S2-S3.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Synthèse des recommandations sur les mesures individuelles de prévention dans le contexte de présence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)*. Novembre 2003. Site Internet : <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/fj/documentation/2004/04-210-03W.pdf> (page consultée le 7 octobre 2004).

## S U M M A R Y

### Severe respiratory infections are occupational illnesses.

Since the SARS outbreak in 2003, it became obvious that every hospital had to reinforce precaution measures and implement what is now known as “the new respiratory etiquette”. However, danger doesn't always start at the hospital door; each doctor in his clinic should analyse his practice and review the precaution measures in his clinic, not only for his patients' safety, but first and foremost for his own sake and the security of his staff and family. The Occupational Health and Safety team in the CLSC next door can guide you through this exercise.

**Keywords:** severe respiratory infections, SARS, respiratory protection, bioaerosols, respiratory etiquette, airborne transmission, standard precautions

# FMOQ – Formation continue

## La périnatalité en 2005

28 et 29 janvier 2005, Hôtel Le Chantecler, Saint-Adèle  
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

