

Prévention et lutte contre les infections lors de la prise en charge de cas probables ou confirmés d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)

Lignes directrices provisoires

Mise à jour 4 juin 2015

WHO/MERS/IPC/15.1



Organisation
mondiale de la Santé

Contexte

L'OMS a mis à jour les lignes directrices provisoires publiées le 6 mai 2013 pour répondre au besoin urgent d'informations actualisées et de recommandations fondées sur des faits scientifiques pour la prise en charge de cas probables ou confirmés d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV). Les recommandations provisoires s'inspirent des lignes directrices fondées sur des données factuelles publiées par l'OMS, notamment les *Lignes directrices de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les infections respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans les établissements de santé*,¹ et de la revue des données scientifiques actuelles relatives à l'infection par le MERS-CoV. Ces recommandations ont été revues par des experts dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections et dans d'autres domaines techniques (voir la section Remerciements qui présente les noms et affiliations des experts).

Ces lignes directrices reflètent les connaissances actuelles sur le MERS-CoV² liées à la prévention et à la lutte contre les infections et utilisent les définitions de cas révisées.³ Elles s'adressent aux agents de santé, aux responsables des soins et aux équipes de prévention et de lutte contre les infections. Des lignes directrices spécifiques de l'OMS sur la prise en charge clinique ont également été publiées.⁴ L'OMS continue de surveiller de près la situation pour relever tout changement susceptible d'affecter ces lignes directrices provisoires. Si certains facteurs devaient évoluer, l'OMS publierait une nouvelle mise à jour. Sinon, ce document expirera 12 mois après sa date de publication. Des liens vers d'autres sources et données scientifiques sont fournis ici. Pour toute question, envoyer un courriel à l'adresse : outbreak@who.int en indiquant « MERS IPC question » en objet.

Le MERS-CoV est un virus zoonotique et les données scientifiques à ce jour indiquent que les chameaux constituent la source d'infection chez l'homme. La transmission interhumaine se produit essentiellement dans les établissements de santé et, dans une bien moindre mesure, au sein des communautés, principalement dans les foyers. Il n'existe aucune preuve de transmission interhumaine soutenue. Un contact étroit est nécessaire pour que la transmission ait lieu, et différents modes de transmission existent : par gouttelettes et par contact. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs de risque de transmission de l'animal à l'homme et de transmission interhumaine.

La réussite de la prévention de l'amplification des infections par le MERS-CoV liées aux soins de santé repose sur la mise en œuvre complète des composantes essentielles des programmes de prévention et de lutte contre les infections.⁵ La plupart des transmissions se produisent lorsqu'aucune précaution élémentaire de lutte contre les infections n'est prise et avant l'identification d'un cas suspect ou confirmé ; l'application systématique de mesures pour éviter la propagation des infections respiratoires aiguës¹ lors de la prise en charge de patients symptomatiques est donc essentielle pour réduire la propagation des infections respiratoires aiguës dans les établissements de santé. Des précautions supplémentaires doivent être prises lors de la prise en charge de cas suspects ou confirmés de MERS-CoV (voir la section 2.4 de ce document) pour réduire encore davantage le risque de transmission. Il est conseillé aux établissements de santé d'envisager le renforcement d'un service de surveillance de la santé du personnel soignant afin de garantir un environnement sûr pour les patients et les agents de santé. Les agents de santé doivent impérativement être munis des meilleurs équipements de protection disponibles sur place pour soigner les patients infectés par le MERS-CoV et être suivis en cas d'exposition au virus.

Ces lignes directrices récapitulent :

- les principes des stratégies de prévention et de lutte contre les infections liées aux soins de santé ;
- les précautions pour la prévention et la lutte contre les infections
 - dans la prise en charge de tous les patients ;
 - dans la prise en charge de patients présentant une infection respiratoire aiguë ; et
 - dans la prise en charge de cas probables ou confirmés de MERS-CoV.

1. Principes des stratégies de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé

Prévenir ou limiter la transmission des infections dans les établissements de santé nécessite l'application de procédures et de protocoles que l'on désigne par le terme « contrôles ». Ceux-ci ont été hiérarchisés en fonction de leur efficacité pour prévenir et lutter contre les infections, et comprennent des contrôles administratifs, des contrôles environnementaux et techniques, et le port d'équipements de protection individuelle (EPI).

Contrôles administratifs. Il s'agit d'une priorité absolue des stratégies de prévention et de lutte contre les infections. Ces contrôles fournissent l'infrastructure des politiques et procédures pour prévenir, détecter précocement et lutter contre la transmission des infections lors de la prise en charge des patients. Pour être efficaces, les mesures de prévention et de lutte contre les infections doivent anticiper le flux de patients (et donc les risques potentiels) à partir du premier contact avec les patients et jusqu'à leur sortie de l'établissement.

Le triage clinique fait partie des mesures importantes et sert à identifier rapidement et à assurer une prise en charge appropriée des patients présentant une infection respiratoire aiguë, y compris les cas suspects de MERS-CoV. Les patients présentant une infection respiratoire aiguë doivent être placés dans une zone séparée des autres patients, et des précautions supplémentaires de prévention et de lutte contre les infections doivent être prises sans délai (voir la section 2.2). Les données cliniques et épidémiologiques des cas doivent être évaluées dès que possible (voir les recommandations de l'OMS⁶) et complétées par des analyses de laboratoire.

Parmi les autres contrôles et politiques administratifs qui s'appliquent aux infections respiratoires aiguës figurent la mise en place de structures et d'activités soutenues de prévention et de lutte contre les infections, la formation des agents de santé, la prévention d'une surpopulation dans les salles d'attente, la mise à disposition de salles d'attente pour les personnes malades et le placement des patients hospitalisés, l'organisation des services de soins afin de disposer du matériel nécessaire, des politiques et procédures couvrant tous les aspects de la santé au travail, en mettant l'accent sur la surveillance des infections respiratoires aiguës parmi les agents de santé et l'importance de leur prise en charge, la surveillance de l'observance des agents de santé, et des mécanismes à mettre en place pour apporter des améliorations le cas échéant.

Contrôles environnementaux et techniques. Ces mesures concernent les infrastructures de base des établissements de santé.⁷ Ces contrôles s'attachent à garantir une ventilation adéquate de l'environnement⁸ dans tous les services d'un établissement de santé ainsi qu'un nettoyage approprié de cet environnement. Une cloison d'au moins 1 m doit être maintenue entre chaque patient atteint d'infection respiratoire aiguë et les autres, y compris les agents de santé (lorsqu'ils ne portent pas d'EPI). Ces deux contrôles peuvent aider à réduire la propagation de nombreux agents pathogènes lors des soins.⁹

Équipement de protection individuelle. L'utilisation rationnelle et cohérente des EPI disponibles et une hygiène des mains appropriée¹⁰ peuvent également contribuer à réduire la propagation des infections. Bien que l'utilisation de l'EPI constitue la mesure la plus visible pour prévenir la transmission, elle est en dernière position dans la hiérarchie des mesures de prévention et de lutte contre les infections et ne doit pas être considérée comme une stratégie majeure de prévention. En l'absence de contrôles administratifs et techniques efficaces, l'EPI ne présente que peu d'intérêt.

2. Précautions pour la prévention et la lutte contre les infections

2.1 Précautions standard

Les précautions standard,¹¹ pierre angulaire d'une offre de soins dans les meilleures conditions de sécurité, qui réduisent les risques d'infections ultérieures et protègent les agents de santé, doivent toujours être appliquées dans tous les établissements de santé et pour tous les patients. Ces précautions comprennent l'hygiène des mains et l'utilisation d'un EPI adapté au risque de contact direct avec le sang du patient, ses liquides biologiques, ses sécrétions (y compris les sécrétions respiratoires) et une peau lésée. Elles comprennent également la prévention des blessures par aiguilles ou objets coupants, la gestion sûre des déchets, le nettoyage, la désinfection et, le cas échéant, la stérilisation des équipements du patient et de son linge, ainsi que le nettoyage et la désinfection de son environnement. L'hygiène respiratoire de toute personne présentant des symptômes respiratoires doit être encouragée.

Les agents de santé doivent appliquer les « 5 moments de l'hygiène des mains » : avant de toucher un patient, avant toute procédure de nettoyage ou d'asepsie, après un risque d'exposition à des liquides biologiques, après avoir touché un patient et après avoir touché l'environnement d'un patient, notamment des objets ou surfaces contaminés.

- L'hygiène des mains peut être un lavage des mains à l'eau et au savon ou l'utilisation d'une solution hydroalcoolique.
- Lorsque les mains sont visiblement souillées, elles doivent être lavées à l'eau et au savon.
- L'utilisation d'un EPI ne supprime pas la nécessité de pratiquer l'hygiène des mains. L'hygiène des mains est également nécessaire lors de l'enfilage et surtout du retrait de l'EPI.¹²

L'utilisation d'un EPI repose sur une évaluation des risques de contact anticipé avec du sang, des liquides biologiques, des sécrétions et une peau lésée lors des soins ordinaires des patients. En présence d'un risque de contamination du visage et/ou du corps, l'EPI doit comprendre :

- une protection faciale assurée soit par un masque médical¹³ et une visière ou des lunettes, soit par un écran facial ;
- une blouse ; et
- des gants propres.

Les agents de santé doivent éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec un gant potentiellement contaminé ou sans gants.

Il faut vérifier que les procédures de nettoyage et de désinfection sont correctement et régulièrement suivies. Le nettoyage des surfaces de l'environnement à l'eau et au détergent, et l'application de désinfectants courants (tels que l'eau de Javel) constituent une procédure efficace et suffisante. La gestion du linge, des ustensiles de cuisine et des déchets médicaux doit respecter les procédures sûres habituellement utilisées.

2.2. Précautions supplémentaires pour la prévention et la lutte contre les infections lors de la prise en charge de cas d'infection respiratoire aiguë

En plus des précautions standard, toute personne, y compris les visiteurs et les agents de santé, en contact avec des cas d'infection respiratoire aiguë doit :

- porter un masque médical lorsqu'elle est en contact étroit avec le patient (à moins de 1 m) et lorsqu'elle entre dans la chambre ou dans le box du patient ;
- pratiquer l'hygiène des mains avant et après avoir touché le patient et son environnement, et immédiatement après avoir retiré le masque médical.

Ces précautions sont décrites en détail dans les lignes directrices de l'OMS¹ qui ont été publiées, et elles doivent être appliquées lors des soins prodigués à un patient présentant une infection respiratoire aiguë.

2.3. Précautions pour la prévention et la lutte contre les infections lors de procédures générant des aérosols

Une procédure générant des aérosols est définie comme une procédure médicale susceptible d'induire la production d'aérosols de différentes tailles, y compris les petites (<5 µm) particules. Les données scientifiques actuelles, dont les plus probantes sont celles issues d'études sur le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV), suggèrent une association systématique entre la transmission d'agents pathogènes et l'intubation trachéale.¹⁴ En outre, quelques études mettent en évidence un risque accru d'infection par le SRAS-CoV associé à la trachéotomie, à la ventilation non invasive et à la ventilation manuelle avant intubation. Néanmoins, du fait que ces résultats soient issus d'un petit nombre d'études de très mauvaise qualité, leur interprétation et l'application pratique de mesures restent difficiles. Aucune autre procédure ne s'est révélée significativement associée à un risque accru de transmission d'infection respiratoire aiguë.

Des précautions supplémentaires doivent être prises lors des procédures générant des aérosols, qui peuvent être associées à un risque accru de transmission de l'infection, en particulier lors d'une intubation trachéale.

Ces précautions supplémentaires comprennent :

- l'utilisation d'un appareil de protection respiratoire filtrant contre les particules ;¹⁵ lors de la pose d'un appareil jetable, il faut toujours en vérifier l'étanchéité ;¹⁶
- le port d'une protection oculaire (lunettes ou écran facial) ;
- le port d'une blouse propre, non stérile et à manches longues, et de gants (certaines de ces procédures nécessitent des gants stériles) ;
- le port d'un tablier étanche pour certaines procédures qui impliquent d'importants volumes de liquides susceptibles de traverser la blouse ;
- la réalisation des procédures dans une salle correctement ventilée, à savoir au moins 6 à 12 renouvellements de l'air par heure dans les salles équipées d'une ventilation mécanique et au moins 60 litres/seconde par patient dans les salles munies d'une ventilation naturelle ;⁸

- la limitation du nombre de personnes présentes dans la salle au strict minimum nécessaire pour les soins et l'aide requise pour le patient ; et
- la pratique de l'hygiène des mains avant et après le contact avec le patient et son environnement, et après le retrait de l'EPI.

2.4. Précautions pour la prévention et la lutte contre les infections lors de la prise en charge de cas probables ou confirmés de MERS-CoV

Les patients présentant une infection probable ou confirmée par le MERS-CoV doivent être placés dans des chambres individuelles correctement ventilées ou dans des chambres où sont mises en œuvre des précautions contre la transmission par voie aérienne ; dans la mesure du possible, ces chambres individuelles utilisées pour dispenser des soins en isolement doivent se situer dans des zones clairement séparées des autres zones de soins des patients. À défaut de chambres individuelles, il convient de regrouper les cas confirmés et de les séparer des cas probables. Si ce n'est pas possible, il faut espacer les lits des patients d'au moins 1 m.

Le nombre d'agents de santé, de membres de la famille et de visiteurs en contact avec un cas probable ou confirmé de MERS-CoV doit être limité.

- Dans la mesure du possible, la prise en charge des cas probables ou confirmés doit être exclusivement assignée à un groupe d'agents de santé compétents pour assurer la continuité des soins et limiter le risque d'incidents liés au non-respect des mesures de lutte contre les infections susceptibles d'entraîner une exposition non protégée.
- Les membres de la famille et les visiteurs qui peuvent se trouver en contact avec un patient doivent être réduits au minimum requis pour aider le patient et doivent être formés au risque de transmission et à l'usage des mêmes précautions de lutte contre les infections que les agents de santé qui assurent les soins au quotidien. Ce point est particulièrement important dans le cas où des membres de la famille s'occupent de patients hospitalisés.

En plus des précautions standard, toute personne, y compris les visiteurs et les agents de santé, qui se trouve au contact étroit (moins de 1 m) d'un patient ou qui entre dans la chambre ou dans le box d'un cas probable ou confirmé de MERS-CoV doit toujours :

- porter un masque médical ;¹⁴
- porter une protection oculaire (lunettes ou écran facial) ;
- porter une blouse propre, non stérile, à manches longues ;
- porter des gants (certaines procédures peuvent nécessiter des gants stériles) ;
- pratiquer l'hygiène des mains avant et après le contact avec le patient et son environnement, et immédiatement après le retrait de l'EPI.

Dans la mesure du possible, il convient d'utiliser un équipement jetable ou individuel (stéthoscopes, brassards de tension artérielle, thermomètres). Si l'équipement doit servir pour plusieurs patients, il doit être nettoyé et désinfecté entre chaque patient. Les agents de santé doivent éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec un gant potentiellement contaminé ou sans gants.

Précautions supplémentaires à prendre lors de la prise en charge de cas probables ou confirmés de MERS-CoV :

- éviter de déplacer et de transporter les patients hors de la chambre ou de la zone de soins prodigués en isolement, sauf nécessité médicale. L'utilisation d'un équipement de radiologie ou autre matériel important de diagnostic portatifs peut s'avérer utile. Si le patient doit être transporté, emprunter des voies qui minimisent l'exposition du personnel, des autres patients et des visiteurs ;
- notifier le service qui accueillera le patient du diagnostic et des précautions nécessaires dès que possible et avant l'arrivée du patient ;
- nettoyer et désinfecter les surfaces qui ont été en contact avec le patient (par exemple le lit) après utilisation ;¹⁷
- s'assurer que les agents de santé qui transportent le patient portent un EPI approprié et pratiquent l'hygiène des mains après le transport.

2.5. Durée des précautions liées aux soins prodigués en isolement pour les cas d'infection par le MERS-CoV

La durée de l'infectiosité des patients MERS-CoV n'est pas connue. Les précautions standard doivent toujours être appliquées et des précautions supplémentaires doivent être prises pour les soins prodigués en isolement pendant la durée des symptômes²¹ et jusqu'à 24 heures après leur disparition. Les informations actuellement disponibles sur l'élimination du virus et sur le risque de transmission de la maladie étant limitées, les décisions doivent être prises en fonction des résultats des tests d'élimination du virus dès qu'ils sont disponibles. Les informations sur le patient (par exemple, l'âge, l'état immunitaire et la médication) doivent aussi être prises en compte dans les situations où un patient pourrait abriter le virus pendant une période prolongée.

2.6. Prélèvement et manipulation des échantillons de laboratoire issus de patients atteints d'infection respiratoire aiguë potentiellement dangereuse

Tous les échantillons prélevés à des fins d'investigation en laboratoire doivent être considérés comme potentiellement infectieux et les agents de santé qui effectuent les prélèvements ou qui transportent les échantillons cliniques doivent appliquer strictement les précautions standard pour minimiser le risque d'exposition à des agents pathogènes.

- S'assurer que les agents de santé qui effectuent les prélèvements portent un EPI approprié.
- S'assurer que le personnel qui transporte les échantillons est formé aux pratiques de manipulation sûre et aux procédures de décontamination des résidus.
- Les échantillons doivent être placés dans des poches à échantillons étanches (emballage secondaire) munies d'un compartiment séparé à fermeture étanche pour accueillir l'échantillon (pochette en plastique pour échantillons biologiques dangereux), avec l'étiquette du patient apposée sur le récipient contenant l'échantillon (récipient primaire) et un formulaire de demande d'analyses clairement rédigé.
- S'assurer que les laboratoires de l'établissement de santé respectent les pratiques de sécurité biologique appropriées et les exigences de transport propres au type d'organisme manipulé.

- Apporter tous les échantillons en mains propres lorsque c'est possible. Ne pas utiliser de systèmes à tube pneumatique pour le transport des échantillons.
- Le formulaire de demande d'analyses doit mentionner le nom de l'infection respiratoire aiguë (suspectée) potentiellement dangereuse. Notifier le laboratoire dès que possible de l'expédition de l'échantillon.

Pour plus d'informations sur la manipulation des échantillons et le dépistage du nouveau coronavirus en laboratoire, consulter les documents *Laboratory biorisk management for laboratories handling human specimens suspected or confirmed to contain novel coronavirus: Interim recommendations*²² et *Laboratory testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus - Interim recommendations (revised)*.²³ Pour plus d'informations sur les lignes directrices relatives à la sécurité biologique en laboratoire, consulter le *Manuel OMS de sécurité biologique en laboratoire*, 3^e édition.²⁴

Remerciements

Ce document a été élaboré en collaboration avec le Réseau mondial de prévention et de lutte contre les infections de l'OMS et d'autres experts internationaux. L'OMS remercie les personnes suivantes pour leur contribution (par ordre alphabétique) :

- Abdulla Assiri, Directeur général, Lutte contre les infections, Ministère de la santé, Arabie saoudite
- Barry Cookson, Division Infection et immunité, University College, Londres (Royaume-Uni)
- John M. Conly, Départements de médecine, microbiologie, immunologie et maladies infectieuses, Calvin, Phoebe et Joan Synder, Institut des maladies chroniques, Faculté de médecine, Université de Calgary, Calgary (Canada)
- Niklas Danielsson, Expert de haut niveau des maladies transmissibles, des maladies évitables par la vaccination, Unité d'aide à la surveillance et à la riposte, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
- Katherine Defalco, infirmière-conseil, Centre des maladies transmissibles et de lutte contre les infections, Santé Canada, Ottawa (Canada)
- Elaine Furukawa, Directrice de formation, Lutte contre les infections, Ministère de la santé (Arabie saoudite)
- Susan I. Gerber, Chef d'équipe, Virus respiratoires/picornavirus, Division des maladies virales/Unité Épidémiologie, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie (États-Unis d'Amérique)
- Benedikt Huttner, Programme de lutte contre les infections, centre collaborateur de l'OMS pour la sécurité des patients, Hôpitaux universitaires de Genève et Faculté de médecine de Genève (Suisse)
- M. Mushtuq Husain, Directeur scientifique principal, Département des sciences sociales médicales, Institut d'épidémiologie, lutte contre les infections et recherche (IEDCR), Dhaka (Bangladesh)
- David T. Kuhar, Docteur en médecine, Division Promotion de la qualité des soins, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie (États-Unis d'Amérique)

- Moi Lin Ling, Directeur, Département Lutte contre les infections, Hôpital général de Singapour, et Président de Asia Pacific Society of Infection Control (APSIC)
 - Anna-Pelagia Magiorakos, Expert de haut niveau, Résistance antimicrobienne et infections nosocomiales, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
 - Shaheen Mehtar, Professeur extraordinaire, Unité Prévention et lutte contre les infections, Faculté de médecine et de sciences de la santé, Université de Stellenbosch, Tygerberg (Afrique du Sud) et Présidente du Réseau africain de lutte contre les infections
 - Ziad A. Memish, Ministre délégué de la santé publique, Ministère de la santé, Riyadh (Arabie saoudite)
 - Babacar NDoye, Membre du Conseil d'administration du Réseau africain de lutte contre les infections, Dakar (Sénégal)
 - Folasade T. Ogunsola, Département de microbiologie médicale et de parasitologie, Faculté de médecine, Université du Lagos (Nigéria) et Secrétaire du Réseau africain de lutte contre les maladies
 - Fernando Otaiza O'Ryan, Responsable du Programme national de prévention et de lutte contre les infections, Ministère de la santé, Santiago (Chili)
 - Maria Clara Padoveze, École d'infirmières, Université de São Paulo (Brésil)
 - Nick Phin, Section Préparation et riposte, Département des maladies respiratoires, HPA Colindale, Londres (Royaume-Uni)
 - Didier Pittet, Directeur du Programme de lutte contre les infections, centre collaborateur de l'OMS pour la sécurité des patients, Hôpitaux universitaires de Genève et Faculté de médecine de Genève (Suisse)
 - Natalia Pshenichnaya, Professeur, Université d'État de médecine de Rostov, Rostov (Russie)
 - Wing Hong Seto, Département de médecine communautaire, École de la santé publique, Université de Hong Kong, Hong Kong (République populaire de Chine)
 - Nandini Shetty, Consultante Microbiologie, Services de référence Microbiologie, Colindale, Health Protection Agency (Royaume-Uni)
 - Nalini Singh, Professeur de pédiatrie, santé mondiale, épidémiologie, Université George Washington, Washington, D.C. (États-Unis d'Amérique)
 - Thomas Weaver, Directeur, Pratique professionnelle, APIC et Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology
3. Les définitions OMS de cas pour la notification sont disponibles à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case_definition/fr/.
 4. *Clinical management of severe acute respiratory infections when novel coronavirus is suspected: What to do and what not to do*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2013. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/InterimGuidance_ClinicalManagement_NovelCoronavirus_11Feb13u.pdf.
 5. *Core components of infection prevention and control programmes in health care. Aide-memoire*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/resources/publications/AM_core_components_IPC/en/.
 6. *Interim surveillance recommendations for human infection with Middle East respiratory syndrome coronavirus*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/InterimRevisedSurveillanceRecommendations_nCoVinfection_14July2014.pdf.
 7. *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2008. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/ehs_hc/fr/.
 8. *Ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation/fr/.
 9. Jefferson T., Del Mar C.B., Dooley L. et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 7:CD006207. Disponible à l'adresse : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub4/abstract;jsessionid=074644E776469A4CFB54F28D01B82835.d03102>.
 10. *WHO Guidelines on hand hygiene in health care*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.
 11. Les précautions standard sont des précautions de base conçues pour minimiser l'exposition directe non protégée à du sang, des liquides biologiques ou des sécrétions potentiellement infectés, qui s'appliquent à tous les patients. Voir également le document *Standard precautions in health care*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/csr/resources/publications/respiratorsealcheck/fr/>.
 12. Une aide visuelle sur la manière de mettre et d'enlever l'EPI est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/csr/resources/publications/putontakeoffPPE/fr/>.
 13. Dans ce document, le terme « masque médical » fait référence aux masques chirurgicaux.
 14. Tran K., Cimon K., Severn M., Pessoa-Silva C.L., Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PloS One* 2012;7:e35797. Disponible à l'adresse : <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0035797>.
 15. Exemples d'appareils de protection respiratoire filtrants contre les particules jetables acceptables utilisés dans différentes parties du monde : Australie/Nouvelle-Zélande : P2 (94 %), P3 (99,95 %) ; Chine : II (95 %), I (99 %) ; Union européenne : filtre facial certifié CE classe 2 (FFP2) (95 %), classe 3 (FFP3) (99,7 %) ; Japon : 2^e classe (95 %), 3^e classe (99,9 %) ; République de Corée : 1^{re} classe (94 %), spécial (99,95 %) ; États-Unis d'Amérique : N95 (95 %), N99 (99 %), N100 (99,7 %) certifiés IOSH.
 16. Une aide visuelle sur la manière de vérifier l'étanchéité d'un appareil de protection respiratoire filtrant contre les particules est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/csr/resources/publications/respiratorsealcheck/fr/>.
 17. Lai MY, Cheng PK, Lim WW. Survival of severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 41(7):67–71.
 18. *Community case management during an influenza outbreak. A training package for community health workers*. Organisation

Les réviseurs ont signé une déclaration d'intérêts et aucun conflit d'intérêts n'a été identifié.

Bibliographie

1. *Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou endémique dans le cadre des soins, Recommandations provisoires de l'OMS*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_2007_6/fr/.
2. Pour obtenir les dernières informations disponibles, consulter la page Web de l'OMS consacrée au coronavirus à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/.

- mondiale de la Santé, Genève, 2011. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/influenza/resources/documents/community_case_management_flipbook/en/index.html.
19. *Mesures de lutte contre l'infection pour la prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires aiguës dans le cadre communautaire*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_GAR_BDP_2009_1/fr/.
20. *Infection-control measures for health care of patients with acute respiratory diseases in community settings. Trainee's Guide*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_GAR_BDP_2009_1a/en/index.html.
21. Dans des études menées dans la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine), aucune culture de SRAS-CoV n'a été obtenue à partir d'échantillons cliniques issus de patients infectés devenus asymptomatiques (voir Chan K.H., Poon L.L., Cheng V.C. et al. Detection of SARS coronavirus in patients with suspected SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(2):294–299).
22. *Laboratory biorisk management for laboratories handling human specimens suspected or confirmed to contain novel coronavirus: Interim recommendations*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2013. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/NovelCoronavirus_InterimRecommendationsLaboratoryBiorisk_190213/en/index.html.
23. *Laboratory testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus - Interim recommendations*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/WHO_interim_recommendations_lab_detection_MERSCoV_092014.pdf?ua=1.
24. *Manuel de sécurité biologique en laboratoire de l'OMS, 3^e édition*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/LabBiosMan3rdFrenchweb.pdf?ua=1>.

© Organisation mondiale de la Santé 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit document incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.