

Lignes directrices : Mesures de **prévention** et de **contrôle** des **infections** à l'**intention** des **travailleurs** de la **santé** dans les **établissements** de **soins** **actifs** et les **établissements** de **soins** de **longue durée**

Grippe saisonnière



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada^{🇨🇦}

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Lignes directrices : Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs et les établissements de soins de longue durée — Grippe saisonnière
est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca>

Also available in English under the title:

Guidance: Infection Prevention and Control Measures for Healthcare Workers in Acute Care and Long-term Care Settings — Seasonal Influenza

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Division de l'hémovigilance et des infections associées en milieu de soins de santé

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0601E2

100, promenade Églantine

Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2010

Cat.: HP40-59/2010F-PDF ISBN: 978-1-100-96273-3

**Lignes directrices : Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention
des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs^a et les
établissements de soins de longue durée^b**

Grippe saisonnière

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a élaboré le présent document dans le but de fournir des lignes directrices aux travailleurs de la santé sur la prévention et le contrôle des infections, plus particulièrement sur la gestion des patients^c ayant contracté ou soupçonnés d'avoir contracté la grippe saisonnière, y compris le virus de la grippe H1N1 de 2009, dans un établissement de soins actifs^a ou de soins de longue durée^b. Ce document n'émet pas de recommandations concernant les nouvelles souches grippales qui pourraient se développer dans le futur. Le contenu de ce document repose sur des conseils techniques fournis par des membres du Comité directeur chargé de l'élaboration des lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections et son groupe de travail sur les Pratiques de base et précautions additionnelles.

Ces lignes directrices devraient être interprétées en conjonction avec les lois, les règlements et les politiques locaux, provinciaux et territoriaux pertinents. Les présentes lignes directrices sont fondées sur les données scientifiques que nous avons présentement à notre disposition et elles pourront être révisées et modifiées au fur et à mesure que de nouvelles informations deviendront disponibles.

Description

La grippe saisonnière, une infection respiratoire causée par le virus de la grippe, est une importante cause de morbidité et de mortalité, en particulier chez les personnes très jeunes et très âgées, enceintes, immunovulnérables ou souffrant d'une maladie chronique sous-jacente^{1,2}. Les taux de morbidité et d'hospitalisation associés à l'influenza chez les enfants en santé de moins de 2 ans sont semblables à ceux chez l'adulte de plus de 65 ans.

Comme pour la plupart des infections respiratoires virales aiguës, la grippe saisonnière se produit annuellement pendant les mois d'hiver et des éclosions dans des établissements de soins de santé peuvent s'ensuivre tout comme des éclosions parallèles dans la collectivité, qui durent généralement de 6 à 8 semaines. Les éclosions sont souvent caractérisées par l'apparition et la transmission rapide de la maladie¹. La plupart des éclosions d'influenza rapportées se sont produites dans des établissements de soins de longue durée. Toutefois, des éclosions ont également été rapportées dans des établissements de soins pédiatriques, médicaux et gériatriques ainsi que dans des unités de soins intensifs néonataux et pour adultes¹.

^a Établissement de soins actifs – Établissement où une gamme de services sont offerts aux patients hospitalisés, y compris des chirurgies et des soins intensifs. Aux fins du présent document, les établissements de soins actifs englobent les services de soins ambulatoires comme les services d'urgence des hôpitaux et les centres indépendants effectuant des chirurgies ambulatoires (d'un jour) ou d'autres procédures (p. ex. endoscopies)³.

^b Établissement de soins de longue durée – Établissement offrant une gamme d'activités et différents niveaux et types de services infirmiers professionnels pour les personnes nécessitant une surveillance continue, de l'assistance, des services de réadaptation et de rétablissement ainsi que des soins médicaux dans un lieu ne répondant pas à la définition d'établissement de soins actifs. Ces unités et installations portent différents noms, notamment unités de soins chroniques, continus, complexes, résidentiels, de réadaptation ou de convalescence et maisons de repos³.

Les plus importants réservoirs du virus de la grippe sont les personnes infectées. L'infection peut être introduite dans un établissement de soins de santé par des patients, du personnel ou des visiteurs¹. La période de contagion dure généralement de 3 à 7 jours à partir de la manifestation clinique³. Une excrétion prolongée peut se produire chez les personnes immunovulnérables⁴. Le virus se transmet par la propagation de larges gouttelettes et par contact³. Le virus de la grippe peut survivre plusieurs heures sur des surfaces environnementales¹.

Mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées

Les lignes directrices suivantes sont principalement fondées sur les recommandations émises par l'ASPC dans les guides « *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé* »³ et « *Prévention de la pneumonie associée aux soins de santé* »¹.

Le contrôle à la source, exercé à l'aide de mesures administratives et techniques, est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission des agents infectieux dans toutes les installations de soins de santé. La façon la plus efficace de prévenir et de contrôler la grippe saisonnière est la vaccination des travailleurs de la santé et des patients².

En plus des Pratiques de base, les patients soupçonnés d'avoir la grippe saisonnière ou chez qui la grippe saisonnière est confirmée dans des établissements de soins actifs^a ou de soins de longue durée^b devraient être soumis à des **précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact**. Une approche fondée sur l'évaluation des risques au point de service devrait être utilisée pour orienter les décisions à savoir quand appliquer les précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact (voir annexe A).

Les sujets suivants sont traités plus en détail dans ce document et ils s'appliquent aux établissements de soins actifs et de longue durée, sauf indication contraire :

- Contrôle à la source
- Dépistage
- Surveillance
- Analyses en laboratoire et déclaration
- Vaccination
- Hygiène des mains
- Hébergement
- Déplacements et activités des patients
- Équipement de protection individuelle
- Équipement de soins aux patients
- Nettoyage de l'environnement
- Gestion de la buanderie et des déchets
- Arrêt des précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact
- Gestion des visiteurs
- Gestion des éclosions

1. Contrôle à la source

a) *Hygiène respiratoire*

Une bonne hygiène respiratoire devrait être favorisée pour les patients^c et les personnes qui les accompagnent et qui présentent des signes ou des symptômes associés à des syndromes grippaux (SG)⁵, (voir 3.b.), dès l'arrivée dans l'établissement de soins de santé (p. ex. malade hospitalisé, triage, réception et salle d'attente dans le service des urgences, cliniques externes, etc.). L'hygiène respiratoire comprend l'utilisation de sa manche pour tousser ainsi que de mouchoirs de papier et le port d'un masque^d lorsqu'une personne tousse ou éternue ou pour contrôler les sécrétions nasales.

Les établissements de soins de santé devraient fournir des mouchoirs de papier et des masques^d pour faciliter l'hygiène respiratoire et donner des directives sur la manière et l'endroit où ils doivent être jetés, et sur l'importance de l'hygiène des mains après les avoir utilisés (voir 6. Hygiène des mains).

Il faudrait montrer aux patients^c en quoi consiste une bonne hygiène des mains et leur enseigner les pratiques d'hygiène respiratoire. Les patients^c soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée devraient porter un masque^d (s'il est toléré) en présence de travailleurs de la santé, d'autres membres du personnel ou de visiteurs. Les patients^c peuvent retirer leur masque^d lorsqu'ils sont installés dans leur chambre^e (voir 7. Hébergement).

b) *Séparation spatiale*

Il devrait y avoir une séparation spatiale d'au moins deux mètres entre les patients^c qui présentent des signes ou des symptômes d'un SG⁵ et ceux qui ne sont pas infectés.

2. Dépistage

a. Les patients^c symptomatiques atteints d'un SG⁵ devraient être examinés rapidement et les causes possibles d'une infection respiratoire sévère autre que l'influenza devraient être considérées (p. ex. tuberculose, virus respiratoire syncytial, etc.).

b. Les critères suivants pour les SG⁵ peuvent être utilisés afin de déterminer la nécessité d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections énoncées dans les présentes lignes directrices.

- Apparition soudaine d'une maladie respiratoire avec fièvre et toux accompagnée d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration qui pourraient être attribuables au virus de l'influenza.
- Chez les enfants de moins de 5 ans, des symptômes gastro-intestinaux peuvent également se manifester.
- Chez les patients de moins de 5 ans ou de plus de 65 ans, il est possible que la fièvre ne soit pas très importante.

^c « Patients » s'entend de patients, de résidents ou de clients

^d Masque chirurgical ou opératoire

^e Chambre du patient, cabine ou lit désigné

3. Surveillance

Une surveillance prospective des SG⁵ devrait être établie (voir 2.b.).

4. Analyse en laboratoire et déclaration

- a. Des dispositions concernant les tests de diagnostic de l'influenza devraient être mises en place avant le début de la saison de la grippe chaque année.
- b. Un protocole devrait être établi pour le dépistage des patients atteints de SG⁵ afin de confirmer la présence d'influenza à l'aide d'une analyse directe ou d'une culture virale.
- c. Des échantillons diagnostics devraient être prélevés (écouvillonnage du nasopharynx ou par aspiration) sur les patients^c symptomatiques dès que des cas de grippe ont été confirmés dans la collectivité.
- d. Des tests diagnostics rapides ayant un niveau élevé de sensibilité devraient être offerts pour faciliter la détection précoce de l'influenza et permettre une gestion médicale appropriée, un début ou un arrêt plus rapide des précautions additionnelles et une réduction de la transmission^{6,7,8}. Un résultat négatif à des tests dont le niveau de sensibilité est peu élevé ne devrait pas être utilisé pour prendre des décisions concernant l'arrêt des précautions.
- e. Il faudrait aviser rapidement les professionnels et les cliniciens responsables de la prévention et du contrôle des infections ainsi que les autorités de santé publique régionales, provinciales et territoriales, au besoin.

5. Vaccination

La vaccination est le moyen le plus efficace de se protéger contre la grippe

saisonniers. La vaccination annuelle contre l'influenza est recommandée pour les travailleurs de la santé qui pourraient transmettre l'influenza, y compris ceux qui prodiguent des soins directs ou indirects aux patients². La vaccination annuelle contre l'influenza est considérée comme un élément essentiel des normes en matière de soin visant à protéger les patients^{c,2}.

6. Hygiène des mains

Les travailleurs de la santé devraient pratiquer l'hygiène des mains fréquemment (tel qu'il est recommandé dans les lignes directrices de l'ASPC « *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les établissements de santé* »⁹ et la politique de l'établissement de soins de santé), de préférence en utilisant un désinfectant pour les mains à base d'alcool (de 60 à 90 %) ou de l'eau et du savon lorsque les mains sont visiblement sales.

D'autres types de produits sans eau peuvent ne pas contenir d'alcool ou en contenir à des concentrations de moins de 60 %. Il n'y a pas de données concernant l'efficacité de ces produits et ils ne devraient pas être utilisés pour l'hygiène des mains dans les établissements de santé⁹.

7. Hébergement

Les patients^c soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée devraient être soignés dans une chambre individuelle si possible. Il faut procéder à une évaluation du risque pour orienter les patients ou déterminer la pertinence de les regrouper lorsque les chambres individuelles sont limitées ou s'il s'agit d'un établissement de soins de longue durée. Les patients^c atteints de la grippe devraient partager leur chambre avec d'autres patients infectés. Si les regroupements sont impossibles et qu'un cubicule ou un lit désigné est utilisé dans une chambre partagée, il faudrait fermer les rideaux d'intimité entre les lits.

Il faudrait placer une affiche à propos du contrôle des infections sur la porte de la chambre^e indiquant les précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact à prendre dès l'entrée dans la chambre^e.

8. Déplacements et activités des patients

Les patients^c atteints d'un SG⁵ devraient demeurer dans leur chambre jusqu'à ce que les symptômes disparaissent. La participation à des activités de groupe devrait être restreinte tant que le patient^c présente des symptômes.

Le déplacement des patients^c soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée devrait se limiter aux tests diagnostics et thérapeutiques essentiels seulement. Les transferts au sein des installations devraient être évités sauf en cas d'indication médicale.

Si des déplacements sont nécessaires, les services de transport et le personnel du secteur qui reçoit le patient devraient être informés des précautions à prendre pour le patient^c transporté. Les patients atteints de l'influenza qui quittent leur chambre^e pour des raisons médicales (c.-à-d., tests diagnostics et thérapeutiques essentiels) devraient porter un masque^d et respecter les règles d'hygiène respiratoire.

9. Équipement de protection individuelle (EPI)

a) EPI en plus des Pratiques de base

- Il faudrait porter une protection faciale (masques^d et protecteur oculaire, protecteur facial, masque^d comportant une visière) dans un rayon de deux mètres d'un patient^c soupçonné d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée.
- Dans un établissement de soins actifs, il faudrait porter des gants en entrant dans la chambre^e d'un patient^c soupçonné d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée.
- Dans un établissement de soins de longue durée, il faudrait porter des gants pour prodiguer des soins directs au patient^c ou si un contact direct est prévu avec des surfaces environnementales touchées fréquemment.
- Il faudrait porter une blouse à manches longues s'il est possible que les vêtements ou les avant-bras entrent directement en contact avec le patient^c ou des surfaces environnementales et des objets dans l'environnement où sont dispensés les soins au patient.
- Il faudrait retirer tout l'EPI juste avant de quitter la chambre^e du patient et jeter le tout dans une poubelle mains libres ou un récipient à linge à l'intérieur de la chambre^e.
- Les travailleurs de la santé devraient pratiquer l'hygiène des mains après avoir retiré la blouse et les gants, avant d'enlever la protection faciale et après avoir quitté la chambre^e.

Note : Dans une chambre partagée ou une pièce où sont regroupés des patients, la protection faciale peut être portée pour soigner plusieurs patients successifs^c.

b) Interventions médicales générant des aérosols (IMGA) ^f

- Les IMGA ne devraient être exécutées sur des patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée que si c'est nécessaire sur le plan médical.
- Le nombre de travailleurs de la santé présents devrait se limiter aux personnes essentielles au soin et au soutien du patient.
- Lorsque c'est possible, les travailleurs de la santé présents durant une procédure devraient se limiter à ceux qui ont reçu le vaccin contre l'influenza.
- Les précautions visant à prévenir la transmission par gouttelettes et par contact en plus des Pratiques de base indiquée au point 9.a) devraient être utilisées lors d'une IMGA auprès de patients infectés par la grippe saisonnière.

10. Équipement servant aux soins des patients

L'ensemble de l'équipement (p. ex. thermomètre, brassard et oxymètre de pouls, etc.) devrait servir aux soins d'un seul patient^c et il faudrait le nettoyer et le désinfecter conformément aux Pratiques de base avant de pouvoir le réutiliser pour un autre patient^c. On peut aussi utiliser de l'équipement à usage unique et le jeter dans la poubelle après l'avoir utilisé. Aucun jouet, jeu électronique ou effet personnel ne devrait être partagé entre les patients^c.

11. Nettoyage de l'environnement

Les agents de nettoyage et de désinfection habituellement utilisés dans les hôpitaux conviennent au nettoyage de l'environnement dans le contexte de l'influenza. Il faudrait nettoyer toutes les surfaces horizontales et les surfaces touchées fréquemment au moins deux fois par jour ou lorsqu'elles sont sales. Le nettoyage de l'environnement devrait se faire conformément au protocole de nettoyage final de l'établissement de soins de santé, pour ce qui a trait au nettoyage de la chambre^e du patient^c après son congé ou son transfert, ou après l'arrêt des précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact.

12. Gestion de la buanderie et des déchets

Les Pratiques de base conviennent.

13. Arrêt des précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact

Les précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact pour la grippe saisonnière devraient être arrêtées lorsque le patient^c n'est plus symptomatique ou selon la politique de l'organisation.

^f Interventions médicales pouvant générer des aérosols en raison d'une manipulation artificielle des voies respiratoires d'une personne. Parmi les procédures concernées se trouvent : l'intubation et les procédures connexes (p. ex. ventilation manuelle, aspiration endotrachéale ouverte), la réanimation cardio-respiratoire, l'induction de l'expectoration, une thérapie avec aérosol par nébulisation, une chirurgie, une autopsie ou une ventilation non invasive en pression positive à deux niveaux (BiPAP, VPPC)³.

14. Gestion des visiteurs

Sauf pour des raisons compassionnelles, les visites devraient être restreintes pour les personnes atteintes de SG⁵. Les visiteurs qui ont des symptômes de SG⁵ devraient être informés des règles d'hygiène respiratoire, porter un masque^d, pratiquer l'hygiène des mains, se rendre directement au chevet du patient et quitter directement après la visite. Il faudrait limiter les visiteurs des patients^c avec l'influenza aux personnes désignées par ceux-ci ou aux plus proches parents dont la présence est nécessaire au bien-être émotionnel et aux soins du patient. Ils devraient être informés des règles d'hygiène des mains et limiter leurs déplacements dans l'établissement.

15. Gestion des éclosions

- a. Tous les organismes de soins de santé devraient posséder un plan de gestion des éclosions de grippe au sein de leurs établissements.
- b. Envisager de reporter les admissions dans les unités ou les services affectés.
- c. Envisager de regrouper les patients^c chez qui l'influenza est confirmée dans un seul secteur de l'unité, du service ou de l'hôpital.
- d. Envisager de limiter les activités sociales ou les programmes d'éducation dans les unités ou les services affectés.
- e. Envisager de vacciner contre la grippe tous les patients^c non vaccinés à moins de contre-indications.
- f. Envisager la chimioprophylaxie pour tous les patients^c, qu'ils soient vaccinés ou non, qui se trouvent dans le secteur de l'éclosion, qui n'ont pas déjà l'influenza et pour lesquels il n'y a pas de contre-indications.
- g. Envisager la chimioprophylaxie pour tous les travailleurs de la santé non vaccinés, à moins de contre-indications.
- h. Envisager d'empêcher les travailleurs de la santé non vaccinés qui ne suivent pas de traitement chimioprophylactique de prodiguer des soins directs aux patients.
- i. Envisager de donner le vaccin contre la grippe (à moins de contre-indications) aux travailleurs de la santé non vaccinés qui suivent un traitement chimioprophylactique; ces personnes pourront continuer de travailler sans restrictions.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada, Guide de prévention des infections. Prévention de la pneumonie associée aux soins de santé. 2010. Document de l'ASPC en attente de publication.
2. Déclaration. Déclaration sur le vaccin antigrippal trivalent inactivé (VTI) pour la saison 2010-2011. Comité consultatif national de l'immunisation. RMTCC, août 2010, Volume 36 DCC-6.
3. Agence de la santé publique du Canada, Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé. 2010. Document de l'ASPC en attente de publication.
4. Weinstock DM, Gubareva LV, Zuccotti G. « Prolonged shedding of multidrug-resistant influenza A virus in immunocompromised patient ». *N Engl J Med* 2003;348(9):867-8.
5. Surveillance de l'influenza, Définitions pour la saison 2010-2011. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/10-11/def10-11-fra.php> le 7 octobre 2010.
6. Munoz FM, Campbell JR, Atmar RL, et coll. « Influenza A virus outbreak in a neonatal intensive care unit ». *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:811-5.
7. Beekmann SE, Engler HD, Collins AS, et coll. « Rapid identification of respiratory viruses: impact on isolation practices and transmission among immunocompromised pediatric patients ». *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:581-6.
8. Barenfanger J, Drake C, Leon N, et coll. « Clinical and financial benefits of rapid detection of respiratory viruses: an outcome study ». *J Clin Microbiol* 2000;38:2824-8.
9. Agence de la santé publique du Canada, Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les établissements de santé. 2010. Document de l'ASPC en attente de publication.

Annexe A

Outil d'évaluation du risque au point de service pour le virus de la grippe saisonnière

Avant toute interaction avec les patients, tous les travailleurs de la santé ont la responsabilité d'évaluer le risque d'infection pour eux-mêmes et pour les autres patients, les visiteurs et les autres travailleurs de la santé. L'évaluation du risque se fonde sur l'exercice du jugement professionnel en fonction de la situation clinique et des renseignements courants sur les mesures techniques et administratives conçues et mises en place par l'établissement de soins de santé, et sur la disponibilité et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI).

L'évaluation du risque au point de service (ERPS) est une activité pratiquée par les travailleurs de la santé **avant toute interaction avec un patient** afin de :

1. Évaluer la probabilité d'exposition à la grippe saisonnière,
 - **dans le cas d'une interaction spécifique** (p. ex. pratiquer une intervention médicale générant des aérosols, d'autres interventions ou interactions cliniques, des interactions non cliniques [comme l'admission du patient, l'enseignement au patient et à sa famille], le déplacement de patients, l'interaction directe avec des patients, etc.);
 - **avec un patient particulier** (p. ex. les nourrissons et les jeunes enfants ainsi que les patients non autonomes et incapables de pratiquer l'hygiène des mains, ne respectent pas l'hygiène respiratoire et présentent des sécrétions respiratoires abondantes, une toux et des éternuements fréquents, les premiers stades d'un SG, etc.);
 - **dans un milieu particulier** (p. ex. chambres privées, chambres et salles de bain partagées, couloirs, aires d'évaluation des cas de grippe, services d'urgence, aires communes, unités de soins, départements d'imagerie diagnostique, entretien ménager, etc.);
 - **dans les conditions présentes** (p. ex. changements d'air dans une grande salle d'attente ou dans une chambre d'isolement des infections à transmission aérienne; salles d'attente pour les patients).
- ET*
2. Déterminer les **mesures à prendre et l'équipement de protection individuelle** nécessaire à porter afin de réduire les risques d'exposition au virus de la grippe saisonnière ou aux cas de SG pour le patient, les travailleurs de la santé et les autres membres du personnel, les visiteurs, les entrepreneurs, etc.

L'ERPS n'est pas un nouveau concept. En effet, les travailleurs de la santé utilisent déjà ce type d'évaluation plusieurs fois par jour afin d'assurer leur propre sécurité ainsi que celle des patients et des autres personnes présentes dans les milieux de soins de santé. Ils le font, par exemple, lorsqu'ils évaluent un patient et une situation afin de déterminer la possibilité d'exposition à du sang ou à des liquides corporels, ou lorsqu'ils choisissent un équipement de protection individuelle adéquat pour prodiguer des soins à un patient atteint d'une maladie infectieuse.

Références

1. Santé Canada, le 17 décembre 2003. Précautions visant à prévenir la transmission des infections respiratoires par de grosses gouttelettes et par contact : Guide de prévention des infections en cas d'écllosion de SRAS à quelque part dans le monde lorsqu'une personne se présente dans un établissement de santé avec une infection respiratoire (ébauche)
2. New York State Nursing Association (NYSNA), Nursing Practice Alert. Emergency Department Overcrowding/Preparedness. Site Web consulté le 2 mai 2009.
http://www.nysna.org/practice/alerts/alert_1104.htm