

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires, incluant l'influenza, dans les milieux de soins : définition des termes



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Février 2019

Cette fiche est la deuxième d'une série portant sur les mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires, incluant l'influenza, dans les milieux de soins. Les différentes fiches disponibles sont :

1. Caractéristiques des agents infectieux
2. Définition des termes
3. Analyses de laboratoire
4. Préparation à la saison d'activité des virus respiratoires
5. Cas sporadiques
6. En situation d'écllosion
7. Outils

Elles peuvent être consultées au <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales> dans la section : Guides PCI par microorganisme ou type d'infection, influenza et autres virus respiratoires.

Cette fiche a pour but de définir les différents termes utilisés pour l'ensemble de ces fiches.

Veuillez prendre en considération que les termes sont inscrits par ordre alphabétique.

Définition des termes

Cas confirmé

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire et dont le microorganisme en cause est confirmé par un test de laboratoire.

Cas sporadique

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire. Ce dernier peut être un cas unique ou faire partie de plusieurs usagers atteints sans lien épidémiologique entre eux.

Cas suspect

Usager chez qui l'on soupçonne une infection respiratoire et qui est en attente d'une évaluation médicale ou de la réception d'un résultat de laboratoire pour confirmer le diagnostic.

Cas nosocomial d'infection à un virus respiratoire, incluant l'influenza

Pour tous les virus respiratoires, les définitions suivantes ont été retenues :

- Cas non nosocomial : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire survenant moins de 72 heures après son admission;
- Cas nosocomial suspect : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire survenant 72 heures et plus après son admission jusqu'à la période maximale d'incubation du virus;
- Cas nosocomial :
 - usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire au-delà de la période maximale d'incubation;
 - lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas identifié en milieu de soins est identifié peu importe la période d'incubation.

Virus	Période maximale d'incubation
Adénovirus	5 jours
Bocavirus	non établie
Coronavirus	4 jours
Entérovirus	5 jours
Influenza	72 heures
Métapneumovirus humain	5 jours
Parainfluenza type 1 à 4	6 jours
Rhinovirus	72 heures
Virus respiratoire syncytial (VRS)	8 jours

Comité de gestion d'éclosion

Lors d'une éclosion et particulièrement lorsqu'il s'agit d'une éclosion majeure, la formation d'un comité chargé de coordonner la prise en charge de l'évènement (gérer l'éclosion, assurer l'utilisation optimale des ressources, diffuser l'information) doit être envisagée.

Tel qu'indiqué dans le *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec (2017)*, le comité de gestion d'éclosion est composé de personnes clés afin d'assurer une prise de décision et des communications efficaces pour implanter un ensemble de mesures permettant de circonscrire rapidement l'éclosion.

La composition du comité de gestion d'éclosion doit être ajustée à la situation. Par exemple, il peut s'agir d'une cellule de coordination composée du chef de l'unité, de la conseillère en prévention et contrôle des infections (PCI) et du responsable d'hygiène et salubrité de l'unité touchée lors d'une éclosion limitée à une section d'une unité. Lors d'une éclosion majeure ou lorsque plusieurs unités ou l'ensemble de l'installation sont affectés, il faut alors s'assurer que toute personne jugée nécessaire pour son expertise ainsi que les personnes clés participent au comité.

Il est recommandé que le directeur général ou son représentant, ainsi qu'un membre de l'équipe de communication en fassent partie. La fréquence des rencontres du comité est dictée par l'ampleur du problème et des besoins.

Le rôle de ce comité est principalement de :

- Coordonner la prise en charge de l'évènement.
- Suivre l'évolution de la situation et son impact.
- Soutenir l'application des mesures et des ajustements requis.

Contact élargi

Tout usager qui a séjourné moins de quatre heures¹ dans la même chambre qu'un cas (suspect ou confirmé), qui a séjourné sur la même unité de soins qu'un cas (suspect ou confirmé) pendant sa période de contagiosité ou qui a partagé le même personnel de soins. Dans certaines circonstances, les usagers qui reçoivent des traitements par les mêmes professionnels (ex. : physiothérapeutes, inhalothérapeutes, etc.) et ceux qui ont partagé des lieux physiques communs (ex. : salle de physiothérapie) peuvent être considérés comme des contacts élargis.

Contact étroit

Tout usager qui a séjourné quatre heures et plus¹ dans la même chambre qu'un cas (suspect ou confirmé) pendant sa période de contagiosité ou qui a été en contact avec les sécrétions respiratoires suite à une exposition directe avec les sécrétions ou l'environnement contaminé sans protection adéquate.

Éclosion nosocomiale d'une infection respiratoire

Survenue de deux nouveaux cas nosocomiaux ou plus, d'un même virus respiratoire ou d'un même type d'influenza.

Complément d'information

- À des fins d'intervention, pour confirmer une éclosion d'influenza, une confirmation par laboratoire chez deux cas est requise (à des fins de vigie et surveillance, se référer aux définitions du ministère)
- La confirmation d'un cas d'infection respiratoire chez les travailleurs de la santé peut contribuer à documenter la circulation d'un virus dans l'établissement. Cette confirmation peut également servir à établir des liens épidémiologiques entre les usagers, mais elle ne peut pas servir à confirmer l'éclosion.

- En situation d'éclosion, les cas d'un syndrome d'allure grippale (SAG) (sans prélèvement ou avec un prélèvement négatif) ayant un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire, sont comptabilisés avec les cas confirmés pour les fins d'enquête épidémiologique et de mise en place des mesures de PCI.

Éclosion nosocomiale majeure d'infection à un virus respiratoire, incluant l'influenza

Une éclosion sera considérée majeure en présence d'au moins une des conditions suivantes :

- Incidence ou taux d'attaque élevés de cas nosocomiaux parmi les usagers de l'unité, soit :
 - 20 % le jour 1 (jour où les mesures de PCI sont mises en place);
 - 5 % quotidiennement à partir du jour 4 en présence d'influenza. Pour les autres virus respiratoires, se référer au temps d'incubation du virus respiratoire en cause. Ce calcul permet de déterminer le délai requis pour constater l'amélioration de la situation et déterminer l'ampleur de l'éclosion. Par exemple, pour le métapneumovirus, on évaluera la situation au jour 6.
- Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidité, létalité).

Éclosion nosocomiale persistante

Apparition de nouveaux cas nosocomiaux malgré l'application rigoureuse de mesures de prévention et contrôle, mais où l'incidence ou le taux d'attaque est faible. Par exemple, les cas sont parfois hébergés dans des chambres géographiquement éloignées ou la survenue des cas est espacée dans le temps.

¹ Avis d'experts à des fins opérationnelles.

Éclosion suspectée

Deux cas et plus d'une infection respiratoire ayant un lien épidémiologique direct entre eux, mais dont l'étiologie n'est pas confirmée par laboratoire pour un virus respiratoire.

Fièvre

Température buccale de 38 °C et plus pour les usagers admis en soins de courte durée (CINQ, 2012).

Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012), la fièvre chez la personne âgée, hébergée en établissement de soins de longue durée, pourrait se définir selon l'une des situations suivantes :

- Une prise de température supérieure à 37,8 °C buccale.
- Plus de 2 lectures de température supérieure à 37,2 °C buccale ou 37,5 °C rectale.
- Plus de 2 lectures de température s'élevant de 1,1 °C au-dessus de la température buccale de base de l'utilisateur.

Grippe

La grippe est une infection respiratoire causée par le virus influenza.

Lien épidémiologique

Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un lien temporel et géographique peut expliquer une transmission entre les cas.

Syndrome d'allure grippale (SAG)

Usager présentant un tableau clinique sévère d'infection respiratoire, incluant l'influenza mais sans diagnostic confirmé par laboratoire.

Le tableau clinique consiste en une apparition soudaine de fièvre et de toux, et d'au moins l'un des symptômes suivants :

- mal de gorge
- arthralgie
- myalgie
- fatigue extrême

Taux d'attaque

- Nombre de nouveaux cas d'infections respiratoires survenus pendant la période d'éclosion divisé par la population à risque de développer l'infection pendant cette même période.
- Le taux d'attaque est utile lorsqu'on souhaite évaluer la sévérité de la situation dans un milieu où la population demeure la même, comme dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou une unité où les départs et les admissions sont peu fréquents. Cette population est considérée fermée.
- Veuillez vous référer à la fiche *Outils* pour avoir un exemple de calcul du taux d'attaque en situation d'éclosion ou à la grille automatisée de calcul.

Taux d'incidence

- Nombre de nouveaux cas d'infection apparus dans une population définie pendant une période donnée.
- L'incidence est utile pour mesurer l'importance de la transmission de l'infection pour une période donnée dans un milieu de soins de courte durée ou un milieu ouvert, caractérisée par des départs et des admissions réguliers et fréquents (exemple : hôpital, centre de réadaptation).
- Veuillez vous référer à la fiche *Outils* pour avoir un exemple de calcul de l'incidence quotidienne en situation d'éclosion ou à la grille automatisée de calcul.

Travailleurs de la santé

- Toute personne prodiguant des soins directs à un usager ou ayant un contact avec les usagers dans le cadre de leur fonction.

Unité fonctionnelle

- Correspond à une installation, une unité ou un regroupement d'unités selon l'organisation physique des lieux et selon les mouvements du personnel (jour, soir, nuit ou fin de semaine) et des usagers. Le terme d'unité fonctionnelle peut être utilisé et inclure plus d'une unité géographique.

Références

Akhras, N., Weinberg, J. B. & Newton, D. (2010). Human metapneumovirus and respiratory syncytial virus: subtle differences but comparable severity. *Infectious Disease Reports*, 2, 35-39 Repéré au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3892583/>

Anderson, E. J., Simões, E. A. F., Buttery, J. P., Dennehy, P. H., Domachowske, J. B., Jensen, K., Lieberman, J. M., Losonsky, G. A. & Yogev, R. (2012). Prevalence and characteristics of human metapneumovirus infection among hospitalized children at high risk for severe lower respiratory tract infection. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 1(3), 212-22. Repéré au <https://academic.oup.com/jpids/article/1/3/212/915453>

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2011 et 2014). Section biosûreté et biosécurité, Fiches techniques santé-sécurité : agents pathogènes. Fiches consultées : *adénovirus (2014)*, *coronavirus humain (2011)*, *rhinovirus (2011)*, *virus para-influenza (2011)*, *virus respiratoire syncytial (2011)*. Gouvernement du Canada. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*. Agence de la santé publique du Canada, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Également disponible en ligne : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html>

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2015). Section santé, maladies et affections, entérovirus non poliomyélitique, *pour les professionnels de la santé : infections à entérovirus non poliomyélitique*. Gouvernement du Canada. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/infections-enterovirus-non-poliomyelitique/pour-professionnels-sante-infections-enterovirus-non-poliomyelitique.html>

Bawage, S. S., Tiwari, P. M., Pillai, S., Dennis, V. & Singh S. R. (2013). Recent advances in diagnosis, prevention, and treatment of human respiratory syncytial virus. *Advances in virology*. 2013, Article ID 595768, 1-26.

Repéré au <https://www.hindawi.com/journals/av/2013/595768/>

Bennett, J.E., Dolin, R. & Blaser, M.J. (2015). *Mandell, Douglas, AND Bennett's. Principles and pratique of infectious diseases, (chaps. 145, 149, 157, 158, 160, 161, 167, 174, 177.)*. Huitième édition, Philadelphie. États-Unis : Saunders. Repéré au

<https://expertconsult.inkling.com/read/Bennett, 2015-douglas-bennetts-infectious-diseases-8/index-of-updated-chapters/chapter-revisions>

Bruning A. H. L., de Kruijf, W. B., van Weert, H., Vrakking, A., de Jong, M. D., Wolthers, K.C. & Pajkrt. D. (2018). Respiratory viruses in a primary health care facility in Amsterdam. *The netherlands. infectious diseases in clinical practice*, 26(4), 211-215. Repéré au

https://journals.lww.com/infectdis/Fulltext/2018/07000/R espiratory_Viruses_in_a_Primary_Health_Care.8.aspx

Bruning, A. H. L., Susi, P., Toivola, H., Christensen, A., Söderlund-Venermo, M., Hedman, K., Aatola, H., Zvirbliene, A. & Koskinen, J. O. (2016). Detection and monitoring of human bocavirus infection by a new rapid antigen test. *New microbe and new infect*, 11, 17-19. Repéré au

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297516000172?via%3Dihub>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2004). Morbidity and mortality weekly report (*MMWR*), Recommendations and reports. Guidelines for preventing health-care, associated pneumonia, 2003. Recommendations of CDC and the healthcare infection control practices, advisory committee. Prevention and control of health-care. *Associated Respiratory Syncytial Virus, Parainfluenza Virus, and Adenovirus Infections*, 26, (53(RR03)), 1-36. Repéré au

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

Escola, V., Xu, M. & Söderlund-Venermo, M. (2017). Severe lower respiratory tract infection caused by human bocavirus in an infant. *The pediatric infectious disease journal*, 36(11), 1107-1108. Repéré au

https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2017/11000/Severe_Lower_Respiratory_Tract_Infection_Caused_by.26.aspx

Falsey, A. R., McElhaney, J. E., Beran, J., van Essen, G. A., Duval, X., Esen, M., Galtier, F., Gervais, P., Hwang, S-H., Kreamsner, P., Launay, O., Leroux-Roels, G., McNeil, S. H., Nowakowski, A., Richardus, J.H., Ruiz-Palacios, G., St Rose, S., Devaster, J-M., Oostvogels, L., Durvieux, S. & Taylor, S. (2014). Respiratory syncytial virus and other respiratory viral infections in older adults with moderate to severe influenza-like illness. *The journal of infectious diseases*, 209(12), 1873-81.

Repéré au <https://academic.oup.com/jid/article/209/12/1873/798017>

Guido, M., Zizza, A., Bredl, S., Lindner, J., De Donno, A., Quattrocchi, M., Grima, P., Modrow, S. & the Seroepidemiology Group. (2012). Seroepidemiology of human bocavirus in Apulia, Italy. *Clinical microbiology and infection*, 18(4), E74-E76. Repéré au

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14614609?via%3Dihub>

Gouvernement du Québec (2017) *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Mise à jour 2017*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>

Karalar, L., Lindner, J., Schimanski, S., Kertai, M., Segerer, H. & Modrow, S. (2010). Prevalence and clinical aspects of human bocavirus infection in children. *Clinical microbiology and infection*, 16(6), 633-639. Repéré au

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14617031?via%3Dihub>

Kim, K. Y., Han, S. Y., Kim, H-Y., Cheong, H. M., Kim, S. S. & Kim, D. S. (2017). Human coronavirus in the 2014 winter season as a cause of lower respiratory tract infection. *Yonsei university college of medicine*, 58(1), 174-179. Repéré au

<https://www.eymj.org/Synapse/Data/PDFData/0069YMJ/yjmj-58-174.pdf>

Kristoffersen, A. W., Nordbø, S.A., Rognlien, A-G.W., Christensen, A & Døllner, H. (2011). Coronavirus causes lower respiratory tract infections less frequently than RSV in hospitalized norwegian children. *The pediatric infectious disease journal*, 30(4), 279-283. Repéré au

https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2011/04000/Coronavirus_Causes_Lower_Respiratory_Tract.3.aspx

Lessler, J., Reich, N. G., Brookmeyer, R., Perl, T. M., Nelson, K.E. & Cummings, D. A. T. (2009). Incubation periods of acute respiratory viral infections: a systematic review. *Lancet infectious diseases*, 9(5), 291–300. Repéré au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327893/>

Longtin, J., Marchand-Austin, A., Winter, A-L., Patel, S. N., Eshaghi, A., Jamieson, F. B., Low, D. E. & Gubbay, J.B. (2010). Rhinovirus outbreaks in long-term care facilities, Ontario, Canada. *Emerging infectious diseases*, 16(9), 1463-1465. Repéré au https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/9/10-0476_article

Moesker, F.M., van Kampen, J.J.A., van der Eijk, A.A., van Rossum, A.M.C., de Hoog, M., Schutten, M., Smits, S.L., Bodewes, R., Osterhaus, A.D.M.E. et Fraaij, P.L.A. (2015). Human bocavirus infection as a cause of severe acute respiratory tract infection in children. *Clinical microbiology and infection*, 21(10), 964.e1-964.e8. Repéré au <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X1500659X?via%3Dihub>

Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Division de la santé de la population et de la santé publique. (2018). *Recommandations pour la lutte contre les éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée*. Toronto, Canada. Repéré au http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/RESP_Infectn_ctrl_guid_e_LTC_2018_fr.pdf

Provincial Infection Control Network (PICNet). (2011). *Respiratory infection outbreak guidelines for healthcare facilities*. British Columbia. Repéré au https://www.picnet.ca/wp-content/uploads/PICNet_RI_Outbreak_Guidelines.pdf

Red Book. (2018). *Report of the Committee on Infectious Diseases, 31^e edition*, Illinois: American Academy of Pediatrics.

Santé publique Ontario (SP Ontario). (2018). *Les entérovirus non polio, y compris les entérovirus D68 et A71*. Repéré au <https://www.publichealthOntario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/Pages/Enterovirus-D68.aspx>

Savage, T. J., Kuypers, J., Chu, H. Y., Bradford, M.C., Buccat, A. M., Qin, X., Klein, E. J., Jerome, K. J., Englund, J. A., & Waghmare, A. (2018). Enterovirus D-68 in children presenting for acute care in the hospital setting. *Influenza other respi viruses*, 12, 522–528. Repéré au <https://doi.org/10.1111/irv.12551>

Schildgen, O., Simon, A., Wilkesmann, A., Williams, J., Eis-Hübinger, A-M., Kupfer, B., Roggendorf, M. & Viazov, S. (2006). The human metapneumovirus: biology, epidemiological features, and clinical characteristics of infection. *Reviews in medical microbiology*, 17(1), 11–25. Repéré au https://journals.lww.com/revmedmicrobiol/Fulltext/2006/01000/The_human_metapneumovirus_biology..2.aspx

Vancouver Coastal health (VCH). (2018). *Infection prevention and control (IPAC). Diseases and conditions table: Recommendations for management of patients. Residents and clients in VCH health care settings*. Repéré au <http://ipac.vch.ca/home>

Zang, J. & Qu, D. (2018). Clinical analysis of human bocavirus in children with severe lower respiratory tract infection. *Pediatric critical care medicine*, 19(6), 100. Repéré au <https://journals.lww.com/pccmjournal/Pages/toc.aspx?year=2018&issue=06001#422033488>

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires, incluant l'influenza, dans les milieux de soins : définition des termes

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Annie Laberge, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Suzanne Leroux, Institut national de santé publique du Québec

Renée Paré, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Jasmin Villeneuve, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, Institut national de santé publique du Québec

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.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-82916-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

N° de publication : 2475

