

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : définition des termes

RECOMMANDATIONS

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC MISE À JOUR - NOVEMBRE 2022

Modifications surlignées en jaune

Cette fiche fait partie d'un ensemble de fiches portant sur les mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins. Les différentes fiches disponibles sont :

- [Caractéristiques des agents infectieux](#)
- [Définition des termes](#)
- [Analyses de laboratoire](#)
- [Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire](#)
- [Situation d'éclosion](#)

Elles peuvent être consultées dans la section : [Guides PCI par microorganisme ou type d'infection, influenza et autres virus respiratoires.](#)

Cette fiche présente les définitions de termes pour les virus respiratoires. Elle s'applique particulièrement aux virus décrits dans la fiche [Caractéristiques des agents infectieux](#) et exclut ainsi le SRAS-CoV-2. Vous pouvez vous référer à la page [Prévention et contrôle des infections de l'INSPQ](#) afin d'en connaître davantage sur les définitions en lien avec le SRAS-CoV-2.

DÉFINITION DES TERMES

Cas clinique d'infection respiratoire aiguë (anciennement syndrome d'allure grippale)

L'appellation SAG a été modifiée pour « cas clinique d'infection respiratoire aiguë » afin de faire référence à tous les virus respiratoires et non seulement à l'influenza.

Il s'agit d'un usager présentant un tableau clinique d'infection respiratoire aiguë, mais sans diagnostic confirmé par laboratoire. Ce cas peut être en investigation pour un ou plusieurs virus. La définition d'un cas basée uniquement sur le tableau clinique doit tenir compte de l'épidémiologie. Le tableau clinique peut être atypique chez la personne âgée, chez les enfants et les personnes immunosupprimées.

La définition clinique, la plus spécifique, comprendrait les symptômes suivants :

Soit 1 ou 2

1) Apparition soudaine de fièvre **ET** de toux (nouvelle ou aggravée)

OU

2) Apparition soudaine de fièvre **OU** de toux (nouvelle ou aggravée) **ET**

Au moins un des symptômes suivants :

- Chez l'adulte : maux de tête, mal de gorge arthralgies, myalgies, prostration ou fatigue extrême.
- Chez l'enfant : symptômes gastro-intestinaux (ex. : nausées, vomissements, diarrhée et douleurs abdominales), mal de gorge, arthralgies, myalgies, prostration ou fatigue extrême.

Particularités chez les très jeunes enfants :

- Présence possible de symptômes non spécifiques tels que la rhinorrhée, atteinte de l'état général, refus de s'alimenter ou de boire et la baisse d'intérêt dans les activités.

Particularités chez les personnes âgées :

- Toux parfois tardive
- Fièvre gériatrique ou parfois absente.

Cas confirmé par laboratoire

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

Cas confirmé par lien épidémiologique

Usager présentant un tableau clinique compatible avec une infection respiratoire aiguë et présentant un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire durant sa période de contagiosité.

Cas nosocomial d'infection à un virus respiratoire chez les travailleurs de la santé

Pour tous les virus respiratoires inclus dans la fiche [Caractéristiques des agents infectieux](#), les définitions suivantes ont été retenues :

Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire (usager ou TdeS) est identifié en milieu de soins sauf en présence d'un lien épidémiologique clair que le cas est acquis en communauté.

Cas nosocomial d'infection à un virus respiratoire chez les usagers

Pour tous les virus respiratoires inclus dans la fiche [Caractéristiques des agents infectieux](#), les définitions suivantes ont été retenues :

Cas non nosocomial : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant moins de 72 heures après son admission.

Cas nosocomial suspect : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant 72 heures et plus après son admission jusqu'à la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention.

Cas nosocomial

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant après son admission, au-delà de la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention.

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé en milieu de soins est constaté, peu importe la période d'incubation du virus.

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant à la suite d'une hospitalisation et à l'intérieur de la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention.

Virus	Périodes d'incubation retenues à des fins d'intervention
Adénovirus	5 jours
Bocavirus	Non établie
Coronavirus (excluant le SRAS-CoV-2)	4 jours
Entérovirus	5 jours
Influenza	3 jours
Métapneumovirus humain	5 jours
Parainfluenza type 1 à 4	6 jours
Rhinovirus	3 jours
Virus respiratoire syncytial (VRS)	8 jours

Contact élargi

Tout usager qui a :

- Séjourné moins de quatre heures¹ dans la même chambre qu'un cas confirmé;
OU
- Séjourné sur la même unité de soins qu'un cas confirmé pendant sa période de contagiosité;
OU
- Partagé le même personnel de soins.

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 plus dans le même environnement usager (ex. : dans la chambre), à moins de deux mètres et sans mesure barrière qu'un cas confirmé durant sa période de contagiosité.
OU
- A reçu des soins à moins de deux mètres d'un TdeS confirmé qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
OU
- Usager qui a été en contact avec des sécrétions respiratoires suite à une exposition directe sans protection adéquate.

¹ Avis du CINQ à des fins opérationnelles.

Si le cas ou l'autre usager est non apte à respecter les mesures barrières, envisager de considérer d'emblée l'usager qui a séjourné dans la même chambre que le cas comme un contact étroit. Une évaluation locale de la situation est alors requise.

Écllosion suspectée

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

Écllosion nosocomiale d'une infection respiratoire aiguë

Survenue de deux nouveaux cas nosocomiaux ou plus chez les usagers (et/ou les TdeS²), d'un même virus respiratoire ou d'un même type d'influenza, confirmés par laboratoire et liés épidémiologiquement en tenant compte du temps d'incubation et de la période de contagiosité du virus.

Dans le cadre de la vigie effectuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), afin de confirmer une écllosion nosocomiale d'influenza en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), l'un de ces tests doit être un TAAN. Se référer à la page Web [Suivi de l'activité grippale](#) du MSSS.

En situation d'écllosion, les cas cliniques d'infections respiratoires aiguës (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.

Les cas survenant entre la date de début et la date de fin de l'écllosion sont considérés comme faisant partie de l'écllosion, sauf si, après évaluation, les cas ne sont pas nosocomiaux.

Écllosion nosocomiale persistante ou ayant un indicateur de gravité pour tous les virus respiratoires

- Apparition de nouveaux cas nosocomiaux malgré l'application rigoureuse de mesures de prévention et contrôle des infections. Cette définition exclut l'écllosion majeure d'influenza.
OU
- Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité). Pour l'influenza, se référer à la définition d'écllosion majeure d'influenza ci-dessous.

Écllosion nosocomiale majeure d'influenza

Une écllosion d'influenza sera considérée comme 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 :

² Ceci ne doit pas être considéré comme étant une indication de procéder à un dépistage ou à un test diagnostique chez un TdeS. Toutefois, cela permet à l'équipe locale de prendre en compte l'obtention d'un résultat d'un test de laboratoire positif pour un virus respiratoire, qui aurait été effectué chez un TdeS, afin de l'inclure dans la définition d'écllosion nosocomiale.

- $\geq 20\%$ le jour 1 (jour où les mesures de PCI sont mises en place);
 - $\geq 5\%$ quotidiennement à partir du jour 4 en présence d'influenza.
- Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité).

Cette définition ne s'applique pas aux autres virus respiratoires. Le statut d'éclosion majeure d'influenza a pour but d'évaluer la possibilité de fermeture d'une unité et de la suspension des admissions, se référer à la fiche [Situation d'éclosion](#) afin d'avoir plus d'informations.

Grippe

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

Hygiène et étiquette respiratoires

Mesures destinées à réduire le risque de transmission de microorganismes respiratoires dans les milieux de soins.

Se référer au document [Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires](#).

Immunosupprimé

Se référer au médecin traitant ou au [Protocole d'immunisation du Québec \(PIQ\)](#).

Incidence

Nombre de nouveaux cas d'infections respiratoires aiguës 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).

Se référer à la section *Outils* de la page [Les infections nosocomiales, Guides PCI par microorganisme ou type d'infection, influenza et autres virus respiratoires](#) pour avoir un exemple de l'incidence quotidienne en situation d'éclosion ou à la grille automatisée de calcul.

Lien épidémiologique

Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un **critère** de *temps, de lieu ou de personne* peut expliquer une transmission entre les cas.

Taux d'attaque

Nombre de nouveaux cas d'infections respiratoires aiguës 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 CHSLD ou une unité où les départs et les admissions sont peu fréquents. Cette population est considérée comme fermée.

Se référer à la section *Outils* de la page [Les infections nosocomiales, Guides PCI par microorganisme ou type d'infection, influenza et autres virus respiratoires](#) pour avoir un exemple de calcul du taux d'attaque en situation d'éclosion ou à la grille automatisée de calcul.

Travailleur de la santé

Toute personne :

- Qui donne des soins
OU
- Qui est en contact étroit avec la clientèle
OU
- Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

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. DOI: [10.4081/idr.2010.e12](https://doi.org/10.4081/idr.2010.e12)

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2011, 2014, 2020). Section biosûreté et biosécurité, Fiches techniques santé-sécurité : agents pathogènes. Fiches consultées : *adénovirus types 1, 2, 3, 4, 5 et 7 (2014) adénovirus sérotypes 40 et 41 (2011), coronavirus humain (2020), rhinovirus (2011), virus para-influenza humain (2011), virus respiratoire syncytial (2011)*. <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 (ASPC). (2015). *Pour les professionnels de la santé : infections à entérovirus non poliomyélitique*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/infections-enterovirus-non-poliomyelitique/pour-professionnels-sante-infections-enterovirus-non-poliomyelitique.html>

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2016). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante.html>

Anderson, E.J., Simões, E.A.F., Buttery, J.P., Dennehy, P.H., Domachowske, J.B. *et al.* (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. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpids/pis069>

Aoki, F.Y., Allen, U.D., Mubareka, S., Papenburg, J., Stiver, H.G. *et al.* (2019, mai). Use of antiviral drugs for seasonal influenza: Foundation document for practitioners—Update 2019. *JAMMI*, 4(2), 60-82. DOI: <https://doi.org/10.3138/jammi.2019.02.08>

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. DOI: <https://doi.org/10.1155/2013/595768>

Bennett, J.E., Dolin, R. & Blaser, M.J. (2015). *Mandell, Douglas, AND Bennett's. Principles and practice of infectious diseases, (chaps. 145, 149, 157, 158, 160, 161, 167, 174, 177)*. Huitième édition, Philadelphie. États-Unis : Saunders. <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. *et al.* (2018). Respiratory viruses in a primary health care facility in Amsterdam. *The netherlands. infectious diseases in clinical practice*, 26(4), 211-215. DOI : [10.1097/IPC.0000000000000604](https://doi.org/10.1097/IPC.0000000000000604)

Bruning, A.H.L., Susi, P., Toivola, H., Christensen, A., Söderlund-Venermo, M. *et al.* (2016). Detection and monitoring of human bocavirus infection by a new rapid antigen test. *New microbe and new infect*, 11, 17–19. DOI: [10.1016/j.nmni.2016.01.015](https://doi.org/10.1016/j.nmni.2016.01.015)

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

Centers for disease control and prevention (CDC). (2021, 22 septembre). *Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians*. <https://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). *Méthodes de soins informatisées (MSI) [en ligne]*. <https://msi.expertise-sante.com/fr>

Eskola, 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. DOI : [10.1097/INF.0000000000001681](https://doi.org/10.1097/INF.0000000000001681)

Falsey, A.R., McElhaney, J. E., Beran, J., van Essen, G. A., Duval, X. *et al.* (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. DOI : <https://doi.org/10.1093/infdis/jit839>

Guido, M., Zizza, A., Bredl, S., Lindner, J., De Donno, A. *et al.* (2012). Seroepidemiology of human bocavirus in Apulia, Italy. *Clinical microbiology and infection*, 18(4), E74-E76. DOI: [10.1111/j.1469-0691.2011.03756.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2011.03756.x)

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

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020, décembre). *Guide d'usage optimal - Traitement et prophylaxie de l'influenza chez l'enfant et l'adulte dans le contexte de la COVID-19.* <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/utilisation-des-antiviraux-pour-le-traitement-et-la-prophylaxie-de-linfluenza-chez-lenfant-et-ladulte-dans-le-contexte-de-la-covid-19.html>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Utilisation des antiviraux pour le traitement et la prophylaxie de l'influenza chez l'enfant et l'adulte dans le contexte de la COVID-19 Rapport en soutien au guide d'usage optimal.* <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/utilisation-des-antiviraux-pour-le-traitement-et-la-prophylaxie-de-linfluenza-chez-lenfant-et-ladulte-dans-le-contexte-de-la-covid-19.html>

Karalar, L., Lindner, J., Schimanski, S., Kertai, M., Segerer, H. *et al.* (2010). Prevalence and clinical aspects of human bocavirus infection in children. *Clinical microbiology and infection*, 16(6), 633-639. DOI: [10.1111/j.1469-0691.2009.02889.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02889.x)

Kim, K.Y., Han, S.Y., Kim, H-Y., Cheong, H.M., Kim, S.S. *et al.* (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. DOI : <https://doi.org/10.3349/ymj.2017.58.1.174>

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. DOI : [10.1097/INF.0b013e3181fcb159](https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3181fcb159)

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. DOI: [10.1016/S1473-3099\(09\)70069-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70069-6)

Longtin, J., Marchand-Austin, A., Winter, A-L., Patel, S.N., Eshaghi, A. *et al.* (2010). Rhinovirus outbreaks in long-term care facilities, Ontario, Canada. *Emerging infectious diseases*, 16(9), 1463-1465. DOI: [10.3201/eid1609.100476](https://doi.org/10.3201/eid1609.100476)

[Moesker, F.M., van Kampen, J.J.A., van der Eijk, A.A., van Rossum, A.M.C., de Hoog, M. *et al.* \(2015\). Human bocavirus infection as a cause of severe acute respiratory tract infection in children. *Clinical microbiology and infection*, 21\(10\), 964.e1-964.e8. DOI: \[10.1016/j.cmi.2015.06.014\]\(https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.06.014\)](https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.06.014)

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.* https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/public_health/flu/guide.aspx

Provincial Infection Control Network (PICNet). (2011). *Respiratory infection outbreak guidelines for healthcare facilities*. British Columbia.

https://www.picnet.ca/wp-content/uploads/PICNet_RI_Outbreak_Guidelines.pdf

Red Book. (2021). *Report of the Committee on Infectious Diseases, 32nd edition*, Illinois: American Academy of Pediatrics.

Savage, T.J., Kuypers, J., Chu, H.Y., Bradford, M.C., Buccat, A. M. *et al.* (2018). Enterovirus D-68 in children presenting for acute care in the hospital setting. *Influenza other respi viruses*, 12, 522–528. DOI: <https://doi.org/10.1111/irv.12551>

Schildgen, O., Simon, A., Wilkesmann, A., Williams, J., Eis-Hübinger, A-M. *et al.* (2006). The human metapneumovirus: biology, epidemiological features, and clinical characteristics of infection. *Reviews in medical microbiology*, 17(1), 11–25. DOI: [10.1097/01.revmedmi.0000237165.94641.c1](https://doi.org/10.1097/01.revmedmi.0000237165.94641.c1)

Vancouver Coastal health (VCH). (2022). *Infection prevention and control (IPAC). Diseases and conditions table: Recommendations for management of patients. Residents and clients in VCH health care settings*. <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. DOI : [10.1097/01.pcc.0000537624.08659.31](https://doi.org/10.1097/01.pcc.0000537624.08659.31)

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MEMBRES ACTIFS

Marie-Claude Roy, présidente
Catherine Dufresne
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université
Laval

Nathalie Bégin
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Karine Boissonneault
Natasha Desmarteau
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Chantal Richard, secrétaire du CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Stéphane Caron
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

Kevin Dufour
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux Saguenay-Lac-Saint-Jean

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante (poste intérimaire)
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Bianka Paquet-Bolduc
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Sara Pominville
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Estrie

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Geneviève Anctil
Annick Boulais
Josiane Charest
Fanny Desjardins
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : définition des termes

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Natasha Parisien, chef de secteur scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

ONT CONTRIBUÉ COMME AUTEURS À LA PREMIÈRE VERSION

Annie Laberge, chef de service de la prévention des infections
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Renée Paré, responsable médicale, Service infections nosocomiales et immunisation
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

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 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-93340-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3255