

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : situation d'écllosion

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'écllosion](#)

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

Les recommandations présentées dans cette fiche concernent les virus respiratoires compris dans la fiche [Caractéristiques des agents infectieux](#) et excluent le SRAS-CoV-2. Toutefois, en situation d'écllosion concomitante de virus respiratoire et de SRAS-CoV-2, le milieu pourra effectuer une adaptation des différentes mesures en utilisant en complémentarité le document [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des écllosions en milieux de soins](#). D'autres documents en lien avec le SRAS-CoV-2 sont également accessibles sur la page [Prévention et contrôle des infections de l'INSPQ](#).

Lorsqu'une écllosion d'infections des voies respiratoires est suspectée ou confirmée, la rapidité d'intervention permet de limiter l'ampleur et la gravité de la situation. Le rehaussement des pratiques de base et l'application des précautions additionnelles contre la transmission des virus respiratoires sont des mesures qui doivent être mises rapidement en place.

Suite à l'application de l'ensemble des mesures, le nombre de nouveaux cas nosocomiaux devrait diminuer rapidement. Cette amélioration sera déterminée en fonction du temps d'incubation du virus respiratoire en cause.

Advenant une détérioration de la situation épidémiologique ou la persistance de nouveaux cas dans le temps, il faudra envisager par exemple que l'application des mesures de prévention et contrôle des infections est inadéquate, qu'un autre agent pathogène puisse être en cause ou qu'une résistance aux antiviraux soit apparue dans le cas de l'influenza. Une validation de la conformité de l'application des précautions additionnelles et des mesures d'hygiène et de la salubrité des surfaces et de l'équipement devra être faite afin de déterminer si ces précautions et ces mesures sont conformes aux protocoles. À nouveau, il est important de mentionner que tous les travailleurs de la santé (TdeS) doivent appliquer les mesures de prévention et contrôle recommandées.

Les mesures retenues doivent tenir compte du microorganisme en cause, de l'ampleur de la situation infectieuse (nombre, dispersion spatiale ou temporelle et sévérité des cas) du type d'installation ou d'unité (errance des usagers), de la configuration de l'unité, de la vulnérabilité des usagers, de la présence de TdeS infectés et de la collaboration des usagers.

Les différentes recommandations contenues dans ces fiches s'adressent à tous les acteurs impliqués dans la prévention et le contrôle des virus respiratoires en milieu de soins. Ainsi, certaines recommandations s'adressent aux laboratoires, au service d'hygiène et salubrité, aux soins infirmiers, à l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI), aux différentes directions concernées, etc. L'attribution des tâches sera déterminée par l'établissement. Un travail de collaboration entre tous les intervenants est un élément clé de réussite.

MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS À AJOUTER DÈS QU'UNE ÉCLOSION EST SUSPECTÉE OU CONFIRMÉE

Les mesures à implanter en situation d'écllosion s'ajoutent aux mesures présentées dans la fiche [Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire](#).

<p>Surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre quotidiennement l'ampleur de l'écllosion et son évolution dans l'installation. • Suivre les informations sur les virus en circulation, les souches circulantes, la morbidité attendue et la résistance de l'influenza aux antiviraux dans la communauté (se référer à la fiche Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire).
<p>Précautions additionnelles</p>	<p>Pour tous les cas cliniques d'infection respiratoire aiguë et les cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire</p> <p>Mettre en place les précautions additionnelles gouttelettes-contact. (Se référer au document Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles).</p>

<p>Durée des mesures</p>	<p>Pour un cas confirmé d'influenza, un cas confirmé de virus respiratoire syncytial (VRS) ou un cas clinique d'infection respiratoire aiguë en investigation pour VRS ou influenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement pour 5 jours après le début des symptômes ET • Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET • Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures <p>Particularité pour les enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement pour 7 jours après le début des symptômes ET • Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET • Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures • Si les symptômes persistent plus de cinq jours (sept jours pour les enfants), une réévaluation médicale de l'usager par le médecin traitant est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une autre étiologie. <p>Pour les autres virus respiratoires confirmés par laboratoire ou pour un cas clinique d'infection respiratoire aiguë en investigation pour un virus respiratoire autre que l'influenza et le VRS</p> <p>Maintenir en place les précautions additionnelles requises selon les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET • Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures • Si les symptômes persistent plus de cinq jours (sept jours pour les enfants), une réévaluation médicale de l'usager par le médecin traitant est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une autre étiologie.
<p>Prélèvements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une éclosion, effectuer des prélèvements afin d'identifier le virus responsable. Le nombre de prélèvements à effectuer doit tenir compte de l'épidémiologie locale, de la circulation concomitante de plusieurs virus, des indications médicales, de la disponibilité des tests ou d'un tableau clinique atypique ou indéterminé. • Dans le cadre de la vigie effectuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de confirmer une éclosion 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 au Suivi de l'activité grippale du MSSS. • Si aucun virus respiratoire n'a été identifié et selon les recommandations du médecin traitant, considérer la possibilité de poursuivre l'investigation microbiologique (ex. : pneumocoque, Legionella, etc.) afin d'identifier l'étiologie de l'éclosion.

<p>Pour l'influenza : prophylaxie ou traitement antiviral</p>	<p>La prescription des antiviraux relève du médecin traitant.</p> <p>Se référer aux recommandations de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada), de l'Infectious Diseases Society of America (IDSA), de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ou de la Société canadienne de pédiatrie pour les indications, les mises à jour annuelles ou situationnelles, les groupes à risque, la posologie selon la fonction rénale, etc.</p> <p>Le traitement rapide des cas confirmés par laboratoire d'influenza ou les cas cliniques d'infection respiratoire aiguë (dans les 48 heures et surtout, dans les 12 heures suivant l'apparition des symptômes) (ASPC, 2009a; CDC, 2011) peut contribuer à réduire la durée de la maladie ainsi que le risque de complications chez les usagers présentant des facteurs de risque de complications de l'influenza.</p> <p>À titre indicatif</p> <p><i>Prophylaxie</i></p> <p>Il n'est pas recommandé d'utiliser la prophylaxie antivirale de façon systématique (CDC, 2021). Toutefois, l'utilisation de la prophylaxie chez certains usagers pourrait être évaluée en tenant compte de l'ampleur de l'écllosion, du type de clientèle, des différents types de contacts et de tout autre élément pouvant être pertinent à la situation.</p> <p><i>Mesure de PCI lors de la prophylaxie ou du traitement.</i></p> <p>Le traitement antiviral chez un cas ou la prophylaxie chez un contact n'influence pas la durée des précautions additionnelles déjà en place.</p>
<p>Pour l'influenza : vaccination</p>	<p>Offrir le vaccin aux usagers à risque non vaccinés ainsi qu'aux TdeS non vaccinés afin de prévenir les éclussions subséquentes. Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour connaître les indications de vaccination.</p>
<p>Hébergement</p>	<p>En milieu de soins aigus ou en centre de réadaptation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regrouper géographiquement (cohorte) les usagers avec le même microorganisme confirmé. Si connu, le regroupement des cas selon les souches d'influenza identifiées (influenza A ou B) est conseillé lorsque les résultats des tests de laboratoire permettent d'identifier la souche ou selon l'épidémiologie locale des virus circulants. • Éviter de mettre un cas clinique d'infection respiratoire aiguë dans un regroupement géographique (cohorte) de cas confirmés par laboratoire avant la confirmation de son diagnostic. <p>Pour tous les milieux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspendre l'accès des usagers aux aires d'entreposage (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace, etc.) si préalablement permis. • Les usagers asymptomatiques d'une unité en écllosion ne devraient pas circuler sur d'autres unités qui ne sont pas en écllosion. • Si deux cas cliniques d'infection respiratoire aiguë ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux et leur dédié respectivement des équipements.

<p>Mesures concernant les nouvelles admissions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selon les milieux de soins, regrouper les nouvelles admissions dans une zone réservée de l'unité pour permettre l'admission d'usagers non infectés selon la capacité du milieu. • Informer les nouveaux usagers et leurs proches au besoin de la situation ainsi que des mesures de prévention à respecter.
<p>Transfert</p>	<p>Voir fiche Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire.</p>
<p>Activités sociales ou thérapeutiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suspendre temporairement les activités sociales ou de groupe jusqu'au contrôle ou à la résolution de l'écllosion sur l'unité touchée. • Selon le confinement géographique de l'écllosion et l'intensité de l'application des mesures requises, des activités dans les zones non affectées de l'installation peuvent être envisagées après consultation de l'équipe de PCI, à moins d'avoir plusieurs unités ou étages affectés. • Suspendre les soins ou les services offerts par des TdeS extérieurs à l'unité (ex. : marche, soins des pieds, physiothérapie, animateurs, bénévoles, groupes communautaires, vendeurs de journaux, coiffeurs, bibliothèque mobile, etc.) à moins que les bénéfices de la réalisation de ces activités soient supérieurs aux risques encourus, tels qu'évalués par l'équipe de PCI. Prendre en considération l'agent pathogène, l'ampleur de l'écllosion, le respect des précautions additionnelles, la formation offerte, l'aménagement de l'unité, la dispersion des cas, etc.
<p>Contacts étroits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voir fiche Définitions des termes. • Faire une recherche de contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins. • Appliquer préventivement les précautions additionnelles requises jusqu'à 72 heures^A suivant le dernier contact avec le cas infecté (gouttelettes-contact ou gouttelettes selon la décision locale). Après 72 heures et en l'absence de symptôme, cesser l'application des précautions additionnelles et poursuivre la surveillance de ceux-ci selon la période d'incubation retenue à des fins d'intervention pour le virus respiratoire en cause (annexe 1).
<p>Contacts élargis</p>	<p>Voir fiche Définitions des termes.</p> <p>Surveiller l'apparition de symptômes selon la période d'incubation retenue à des fins d'intervention pour le virus respiratoire en cause.</p>

^A Avis du CINQ à des fins opérationnelles.

<p>Gestion des travailleurs de la santé</p>	<p>Les mesures en lien avec les travailleurs de la santé doivent être effectuées en étroite collaboration entre le service de santé sécurité au travail et le service de PCI. Tel que décrit dans le document La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec, il est important de partager les rôles et les responsabilités afin d'appliquer adéquatement les politiques et les protocoles (Gouvernement du Québec, 2017).</p> <p>Mouvement des TdeS sur l'unité en éclosion</p> <p>Éviter les mouvements des TdeS d'une unité en éclosion vers une unité exempte d'éclosion jusqu'à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'influenza : 72 heures suivant le dernier quart de travail ou la fin de l'éclosion de l'unité touchée. • Autres virus respiratoires : selon la période d'incubation du virus respiratoire en cause (annexe 1) suivant le dernier quart de travail ou la fin de l'éclosion de l'unité touchée. • Ces recommandations s'appliquent également aux TdeS venant d'agences privées. <p>Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et services.</p> <p>Idéalement, rehausser le nombre de TdeS dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle. Ceci inclut les préposés aux bénéficiaires et les travailleurs attirés à l'hygiène et à la salubrité.</p> <p>TdeS ayant un contact avec un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suite à un contact étroit sans protection adéquate avec un cas clinique d'infection respiratoire aiguë et lorsqu'aucune mesure n'était en place, le TdeS doit surveiller l'apparition des symptômes jusqu'à 72 heures^A suivant le dernier contact avec le cas infecté. Lorsque l'infection est confirmée par laboratoire, la période de surveillance pour l'apparition des symptômes correspond à la période d'incubation retenue à des fins d'intervention du virus (annexe 1). • À la suite d'une évaluation du risque et selon les mesures sanitaires liées à la COVID-19 en vigueur, le port d'un masque médical par le TdeS pour un minimum de 72 heures après le contact pourrait être recommandé.
--	--

^A Avis du Cinq à des fins opérationnelles.

<p>Gestion des travailleurs de la santé (suite)</p>	<p>TdeS qui devient un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le TdeS qui devient un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire doit aviser le service de santé et sécurité au travail ou le responsable de l'unité de soins selon la procédure locale. Le service de santé et sécurité au travail (SST) ou le responsable de l'unité doit aviser l'équipe de PCI s'il y a un risque de transmission nosocomiale. • La décision de retirer des soins un TdeS qui développe des symptômes reliés à une infection respiratoire d'étiologie connue ou non doit être conforme aux politiques locales du milieu. Cette décision doit être évaluée en considérant le type de clientèle exposée et le type de virus impliqué. • Si les symptômes persistent plus de cinq jours, une réévaluation du TdeS pourrait être nécessaire. • Lors du retour au travail du TdeS, si des symptômes d'infection respiratoire sont toujours présents, ce dernier doit porter un masque médical lorsqu'à moins de deux mètres d'un usager ou d'autres personnes ou selon les mesures sanitaires en place reliées à la COVID-19. <p>Rencontre avec les TdeS durant une éclosion</p> <p>Réaliser au moins une rencontre avec les TdeS de tous les quarts de travail pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer des mesures qui s'appliquent en situation d'éclosion, et des symptômes à observer suite à un contact avec un cas sans équipements de protection individuelle (ÉPI) selon le microorganisme identifié ou suspecté. • Dresser un tableau clair de la situation (ex. : nombre de cas, mesures appliquées jusqu'au moment de la rencontre, efficacité, etc.). • Mentionner l'importance de détecter rapidement les cas potentiels et d'appliquer les mesures de prévention et contrôle afin de contrôler la transmission. • Identifier des personnes à qui se référer pour toute question relative à l'application de mesures ou d'autres éléments, au besoin. • Informer sur les risques inhérents au travail dans une unité en éclosion, sur les mesures de prévention à appliquer pour leur propre protection ainsi que les consignes à suivre s'ils sont eux-mêmes atteints et les informations pertinentes sur l'utilisation des antiviraux. • Rappeler l'importance de soutenir les visiteurs et proches aidants dans l'application des mesures de PCI au besoin.
--	---

<p>Gestion des travailleurs de la santé (suite)</p>	<p>Prophylaxie pour l'influenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suite à une évaluation du risque (ex. : éclosion sur des unités de soins identifiées avec des clientèles à haut risque de complication, TdeS à haut risque de complication, etc.), considérer offrir la prophylaxie en présence d'un contact, sans protection, de plus de quatre heures cumulatives avec un cas confirmé par laboratoire d'influenza ou si contact direct avec les sécrétions respiratoires sans protection. Selon la procédure de l'établissement, le médecin traitant ou le service de santé et sécurité au travail assure le suivi. Il n'est pas recommandé d'offrir d'emblée la prophylaxie aux TdeS, mais bien de privilégier la mise en place et le respect strict des mesures de PCI. • Traitement : Selon la procédure locale déterminée, le service de santé et de sécurité au travail assure le suivi des TdeS symptomatiques ou les réfère à leur médecin traitant. <p>Vaccination</p> <p>Offrir le vaccin aux TdeS non vaccinés afin de prévenir les éclosions subséquentes.</p>
<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<p>La gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes doit être faite en concomitance avec les mesures déjà instaurées pour le SRAS-CoV-2. Se référer aux documents SRAS-CoV-2 sur la page Prévention et contrôle des infections de l'INSPQ et aux directives ministérielles en vigueur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer une affiche à l'entrée de l'unité pour informer les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes de la situation et des mesures à respecter. • En CHSLD, aviser les familles et les personnes proches aidantes selon les procédures locales déterminées (ex. : appel téléphonique, courriel, etc.). • Offrir une formation sur les mesures à appliquer (pratiques de base et précautions additionnelles) • Suspendre l'accès des visiteurs aux aires d'entreposage (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace) si préalablement permis.
<p>Hygiène et salubrité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le protocole de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. • Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées (<i>High touch</i>) et les surfaces à risque élevé de contamination des chambres et aires communes minimalement une fois par jour. • Lorsque présents, nettoyer et désinfecter les espaces communs (ex. : fumoir, salle à manger, salon, etc.) selon les procédures locales.

<p>Équipements de soins et matériel partagé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Après utilisation, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements et du matériel partagé. • Idéalement, nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements et le matériel partagé en circulation sur l'unité en éclosion, en plus de la désinfection entre chaque usager. Désigner un travailleur pour cette tâche qui doit être faite avec un produit reconnu efficace. Bien identifier l'équipement ou le matériel suite à la désinfection. • Avant son entreposage (pièce fermée et dédiée), tout équipement de soins doit être nettoyé et désinfecté.
<p>Services alimentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les usagers et les TdeS, éviter le partage de nourriture ou d'objets (ex. : salière, poivrière, sucrier, etc.) dans les aires communes de l'unité en éclosion. • En CHSLD, considérer fournir un service de plateaux-repas aux chambres en particulier pendant les 72 premières heures d'une éclosion. • Éviter la récupération d'aliments dans les plateaux.
<p>Communication</p>	<p>Dès que l'éclosion est confirmée, il est recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place les interventions prévues en situation d'éclosion (ex. : affiches, lettres types, messages téléphoniques, etc.) • Aviser de la situation les directions, les secteurs et partenaires externes identifiés. • Informer rapidement de la situation et de son évolution les TdeS concernés.
<p>Chef d'unité ou personne responsable du secteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer l'équipe de PCI et les autres personnes identifiées par l'organisation (coordonnateur d'activité, service de santé et sécurité au travail, médecin traitant, chef d'unité, etc.) de la présence d'un cas clinique d'infection respiratoire aiguë à tous les quarts de travail, incluant la fin de semaine et les jours fériés. • S'assurer que les politiques et procédures adoptées par l'établissement sont respectées dans son secteur d'activités. • Désigner une personne responsable ou compléter le tableau synoptique des cas chez les usagers et les TdeS à chaque quart de travail (pour chaque unité en éclosion) et le transmettre à l'équipe de PCI et au service de santé et sécurité au travail selon les procédures locales. • Rappeler aux TdeS de : <ul style="list-style-type: none"> – Documenter au dossier des usagers le début et la fin des symptômes, le moment de la mise en place et de la levée des précautions additionnelles. – S'assurer que les prélèvements sont faits chez un nombre approprié de cas et acheminés au laboratoire selon les procédures et les indications déterminées localement ou par l'équipe de PCI ou le médecin traitant. – Surveiller à chaque quart de travail, l'apparition de symptômes chez les autres usagers et les TdeS afin d'appliquer les mesures requises dès l'apparition d'un tableau clinique compatible.

<p>Équipe de PCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les politiques et procédures adoptées par l'établissement sont respectées en collaboration avec les chefs d'unité concernés. • S'assurer du respect des pratiques de base (particulièrement pour l'hygiène des mains, et l'étiquette et hygiène respiratoires), des précautions additionnelles et des procédures d'hygiène et salubrité en collaboration avec les chefs de service concernés. • Assurer un suivi de la mise en place et de la levée des précautions additionnelles et de la situation clinique de l'usager. • Documenter quotidiennement les cas avec le chef d'unité et établir la courbe épidémique (valider la présence de symptômes auprès de l'ensemble des usagers pour connaître la situation dans l'ensemble de l'unité ou l'installation touchée. • Participer à la vigie provinciale des virus respiratoires pour les installations ciblées. • Réaliser la vigie locale. • Identifier les contacts étroits et élargis avec le chef d'unité. • Calculer le taux d'attaque ou l'incidence pour tous les virus respiratoires. En présence d'influenza, ce calcul sera utilisé également afin d'établir s'il s'agit d'une éclosion majeure ou non. • Calculer le taux d'attaque ou l'incidence le jour 1 (mise en place des mesures de PCI) puis au jour 4. Calculer ensuite quotidiennement, afin de déterminer l'ampleur de l'éclosion (éclosion majeure ou non). • Signaler à la Direction de santé publique l'éclosion selon les modalités régionales. • Pour plus d'informations concernant les rôles et responsabilités de l'équipe PCI, se référer au Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec (2017).
<p>Stagiaires</p>	<p>S'assurer que les stagiaires aient l'information et la formation requises pour collaborer au contrôle de la situation.</p>
<p>Comité de gestion d'éclosion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer un comité de gestion d'éclosion (chef d'unité, conseillère en PCI, responsable d'hygiène et salubrité de l'unité, SST au besoin) sur l'unité touchée afin de s'assurer d'une communication efficace pour implanter l'ensemble des mesures pour circonscrire rapidement l'éclosion. • Convoquer le comité de gestion d'éclosion selon ce qui a été prévu localement. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins. • Le rôle de ce comité est principalement de : <ul style="list-style-type: none"> – 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. • Se référer au Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec (2017), afin d'en connaître davantage sur les différentes modalités du comité de gestion d'éclosion.

MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS À AJOUTER LORS D'UNE ÉCLOSION PERSISTANTE OU AVEC INDICATEUR DE GRAVITÉ

Ces mesures doivent être ajoutées à celles déjà en place lors d'une éclosion suspectée ou confirmée.

Réévaluation des mesures de PCI en place	Réviser les mesures en place afin de s'assurer qu'elles sont respectées et les ajuster ou les renforcer au besoin.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre la situation épidémiologique quotidiennement. • Si les résultats de surveillance démontrent que les mesures de contrôle appliquées ne sont pas efficaces : <ul style="list-style-type: none"> – Poursuivre l'enquête épidémiologique pour déterminer la source ou la cause de la transmission et apporter les correctifs nécessaires. – Envisager de mettre en place une surveillance de processus pour s'assurer de l'application rigoureuse des mesures recommandées. – Vérifier la possibilité d'une circulation concomitante d'un autre virus respiratoire. – Maintenir la surveillance de l'apparition de nouveaux cas minimalement durant deux périodes d'incubation de l'agent pathogène impliqué dans l'éclosion.
Durée des mesures	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer, au cas par cas, la durée minimale de l'application des précautions additionnelles pour chaque usager considérant que la période de contagiosité peut être prolongée dans certains cas. • Prolonger la période de surveillance des contacts étroits selon la situation et le microorganisme en cause.
Pour l'influenza : prophylaxie antivirale	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir la prophylaxie antivirale à l'ensemble des usagers asymptomatiques visés, vaccinés ou non, si non débutée selon l'évaluation locale. Cette évaluation peut être influencée par l'ampleur de l'éclosion, le type de clientèle, les différents types de contacts et tous autres éléments pouvant être pertinents à la situation. • La prophylaxie antivirale pourrait être maintenue jusqu'à dix jours après le début des symptômes du dernier cas. • Au congé d'un usager d'une unité en éclosion ou lors d'un transfert vers une autre unité non en éclosion (exposition cessée) : poursuivre la prophylaxie individuelle d'un usager pendant trois jours (période d'incubation) ou selon les recommandations du médecin traitant. Poursuivre la prophylaxie si la nouvelle unité est en éclosion. • Vérifier la possibilité de demander au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) après entente, une recherche de résistance aux antiviraux pour les souches d'influenza confirmée et étant sous prophylaxie depuis 72 heures et plus au moment du début de leurs symptômes.

<p>Pour l'influenza : prophylaxie antivirale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si un échec ou une résistance aux antiviraux est suspecté, une réévaluation médicale du dosage de la médication antivirale en cours ou encore du choix de l'antiviral utilisé devra être faite, avec l'aide du microbiologiste-infectiologue ou du pharmacien de l'établissement. • La confirmation par laboratoire de nouveaux cas permet de déterminer s'il s'agit de l'introduction d'un nouveau virus, d'un échec à la prophylaxie ou d'une émergence de résistance chez une souche d'influenza. • Selon les caractéristiques des microorganismes identifiés, l'analyse de ces résultats permettra d'ajuster au besoin les mesures de PCI en vigueur dans l'établissement ainsi que la médication en cours. • Si le résultat des prélèvements pour l'influenza est négatif : <ul style="list-style-type: none"> – Pour les cas cliniques d'infection respiratoire aiguë : compléter le traitement de cinq jours. Si l'unité est sous chimioprophylaxie, poursuivre avec une dose prophylactique pour la durée de l'éclosion. – Pour les usagers asymptomatiques : si la chimioprophylaxie est débutée, poursuivre la prophylaxie pour la durée de l'éclosion. • Si le résultat des prélèvements pour l'influenza est positif : <ul style="list-style-type: none"> – L'antiviral pourra être cessé à la suite du traitement puisque l'usager aura fait l'infection.
<p>Comité de gestion d'éclosion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuster la composition et la fréquence des rencontres du comité de gestion d'éclosion selon l'ampleur de la situation et les besoins. • S'assurer que le président-directeur général ou son représentant, ainsi qu'un membre de l'équipe du service des communications en fassent partie, et ce, jusqu'à la fin de l'éclosion.
<p>Hébergement</p>	<p>En milieu de soins aigus ou en centre de réadaptation</p> <p>Envisager de mettre en place un regroupement (cohorte) triple avec des TdeS et du matériel réservé pour chacun des regroupements : usagers symptomatiques, contacts et usagers nouvellement admis.</p> <p>Pour tous les milieux</p> <p>Mettre en place les mesures de prévention et contrôle des infections pour les usagers présentant un nouveau tableau clinique pouvant être associé à une infection respiratoire aiguë même si ce tableau clinique ne correspond pas au tableau clinique typique.</p>

<p>Gestion des travailleurs de la santé</p>	<p>Prophylaxie antivirale si influenza</p> <p>Il n'est pas recommandé d'offrir d'emblée la prophylaxie aux TdeS, mais bien de privilégier la mise en place et le respect strict des mesures de PCI. Toutefois, selon la procédure déterminée par le service de santé et sécurité au travail et suite à l'évaluation de la situation et de l'épidémiologie, il pourrait être considéré d'offrir la prophylaxie antivirale aux TdeS circulant sur l'unité affectée.</p> <p>Autres mesures</p> <p>Réaliser au moins une rencontre avec les TdeS de tous les quarts de travail pour les informer de la situation et discuter entre autres des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes rencontrés depuis la mise en place des mesures à la suite de l'identification de l'écllosion et sur les solutions possibles.
<p>Stagiaires</p>	<p>S'assurer que les stagiaires aient l'information et la formation requises pour collaborer au contrôle de la situation ou suspendre les stages sur l'unité affectée.</p>
<p>Bénévoles</p>	<p>Suspendre les services offerts sur l'unité affectée à moins que les bénéfiques soient supérieurs aux risques encourus, tels qu'évalués par l'équipe de PCI. Les bénévoles doivent être formés et appliquer rigoureusement les précautions additionnelles requises.</p>
<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<p>S'assurer que les mesures de prévention et contrôle des infections pour les visiteurs et personnes proches aidantes sont respectées. Réviser les politiques et procédures locales au besoin.</p>
<p>Audits</p>	<p>Réaliser des audits pour évaluer l'application des mesures de PCI et d'hygiène et salubrité par les TdeS à tous les quarts de travail afin de s'assurer qu'elles sont appliquées systématiquement (ex. : hygiène des mains, port de l'ÉPI, fréquence et qualité de la désinfection des zones à haut risque ou zones fréquemment touchées).</p>
<p>Communication</p>	<p>Prévoir une communication avec les médias locaux si besoin.</p>

ÉVALUATIONS À EFFECTUER LORSQUE LES CRITÈRES D'ÉCLOSION MAJEURE D'INFLUENZA SONT ATTEINTS (VOIR LA FICHE [DÉFINITIONS DES TERMES](#))

Ces évaluations s'ajoutent aux mesures déjà mises en place lors d'une éclosion suspectée ou confirmée et lors d'une éclosion persistante ou avec indicateur de gravité.

<p>Suspension ou fermeture d'unité aux admissions</p>	<p>La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité de gestion d'éclosion et autorisée par la direction générale.</p> <p>Critères pour évaluer la possibilité d'une fermeture d'unité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éclosion majeure (voir définition dans la fiche Définition des termes). • Vulnérabilité de la clientèle qui séjourne dans l'unité en éclosion (ex. : risque de complications graves comme chez les usagers de l'unité d'oncologie, les usagers greffés ou les femmes enceintes). • Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité). • Taux d'absentéisme élevé chez les TdeS pouvant compromettre la sécurité des soins. • Revoir quotidiennement la possibilité de fermeture de l'unité aux admissions. • Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou vers un autre milieu de soins lorsque médicalement requis.
<p>Réouverture d'une unité fermée aux admissions</p>	<p>Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. Les admissions pourraient reprendre lorsqu'une diminution du taux d'attaque ou de l'incidence a été observée pendant plus de 48 heures même si l'éclosion n'est pas terminée.</p> <p>Si admission de nouveaux usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admission des nouveaux usagers asymptomatiques dans une section distincte de l'unité de soins, ne comprenant aucun cas actif et ayant fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection selon le protocole du service d'hygiène et salubrité et les recommandations de l'équipe de PCI. Cette section de l'unité doit être prise en charge par des TdeS réservés à cette dernière. • Informer tous les nouveaux usagers admis de la situation sur l'unité. • Admettre dans l'unité en priorité les usagers ayant fait l'influenza au cours de la même saison (même type ou selon l'épidémiologie). • Offrir la prophylaxie antivirale si admis dans la section avec l'activité virale.
<p>Équipe de PCI</p>	<p>Aviser la Direction de santé publique que l'éclosion est majeure.</p>

FIN D'ÉCLOSION

<p>Indications de fin d'éclosion</p>	<p>Influenza L'éclosion est terminée lorsque dix jours sont écoulés après l'apparition des symptômes chez le dernier cas d'influenza relié à l'éclosion.</p> <p>Autres virus respiratoires L'éclosion est terminée lorsque la somme de deux périodes d'incubation du virus en cause s'est écoulée après l'apparition des symptômes chez le dernier cas clinique d'infection respiratoire aiguë relié à l'éclosion (annexe 1).</p> <p>En présence de plus d'un virus respiratoire lors de l'éclosion L'éclosion est terminée lorsque la somme de deux périodes d'incubation du virus identifié avec le temps d'incubation le plus long s'est écoulée après l'apparition des symptômes chez le dernier cas clinique d'infection respiratoire aiguë relié à l'éclosion (annexe 1), et ce, pour chaque virus en circulation.</p> <p>N. B. – Ces indications concernent le délai pour mettre fin officiellement à l'éclosion, c'est-à-dire, pour déterminer si le nouveau cas est à inclure ou non dans l'évènement en cours ou s'il s'agit d'une nouvelle éclosion. Il est possible de considérer, après une période complète d'incubation de l'agent pathogène sans nouveau cas, d'alléger les mesures et de reprendre progressivement les activités régulières de l'unité suite à l'évaluation du risque de la situation par l'équipe de PCI.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer et désinfecter les objets de l'unité touchés et manipulés incluant le matériel médical (appareils multiparamétriques, lève-personne, matériel électronique et informatique, etc.) avant la réouverture de l'unité. Désigner une personne responsable de cette tâche. • Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste des infirmières et des médecins, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.).
<p>Prophylaxie antivirale pour l'Influenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compléter au moins dix jours de prophylaxie antivirale après le début des symptômes du dernier cas. • Au congé d'un usager d'une unité en éclosion ou lors d'un transfert vers une autre unité non en éclosion (exposition cessée) : poursuivre la prophylaxie individuelle d'un usager pendant trois jours (période d'incubation) ou selon les recommandations du médecin traitant. Poursuivre la prophylaxie si la nouvelle unité est en éclosion. • Cesser la prophylaxie des usagers et des TdeS de toute l'unité en même temps.
<p>Suivi et bilan</p>	<p>Effectuer le suivi pour la vigie provinciale des virus respiratoires pour les installations ciblées en complétant le bilan d'éclosion.</p> <p>Effectuer un retour (post mortem) en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives et les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion.</p> <p>Élaborer un rapport de l'éclosion, en particulier s'il s'agissait d'une éclosion majeure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'établissement. • Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

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)

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)

ANNEXE 1 TABLEAU PRÉSENTANT LES PÉRIODES D'INCUBATION RETENUES À DES FINS D'INTERVENTION POUR LES VIRUS RESPIRATOIRES

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

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 Desmarreau
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

Institut national de santé publique du Québec

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 : situation d'éclosion

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

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

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

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 : 978-2-550-93344-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3258