INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : clientèles périnatales, néonatales et pédiatriques

RECOMMANDATIONS

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MAI 2026

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	4
Définitions	5
Prévention des virus respiratoires tout au long de l'année	6
Recommandations pour prévenir la transmission des virus respiratoires aux usagers	7
Mesures à appliquer en présence d'un usager qui est un cas clinique ou confirmé	10
Nouveau-né exposé lors de la naissance à sa mère qui est un cas de COVID-19 dans sa période de contagiosité	21
Mesures de prévention et de contrôle des infectionS à ajouter dès qu'une éclosion est suspectée ou confirmée	22
Mesures de prévention et contrôle des infections à ajouter lors d'une éclosion persistante ou avec indicateur de gravité	28
Fin d'éclosion	28
Références	29
Annexe 1	33
Annexe 2	34

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Avis et recommandations* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apprécient les meilleures connaissances scientifiques disponibles et y ajoutent une analyse contextualisée recourant à divers critères et à des délibérations pour formuler des recommandations.

Les présentes recommandations se veulent une référence de base dans le but de donner aux équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI) nosocomiales les informations en lien avec les mesures à mettre en place pour la gestion des virus respiratoires en périnatalité, en néonatalogie et en pédiatrie.

Elles s'inscrivent en complément des autres documents portant sur les mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins.

Ce nouveau document s'applique dans tous les milieux de soins qui doivent mettre en place des mesures de PCI pour la gestion des virus respiratoires pour les clientèles périnatales, néonatales et pédiatriques.

Québec

MESSAGES CLÉS

- Le SRAS-CoV-2 est dorénavant traité avec les autres virus respiratoires car de meilleures connaissances existent à son sujet. Sa virulence tend à diminuer, ce qui amène une morbidité et une mortalité moindres. Sa présence est maintenant endémique dans la population et il existe des traitements efficaces qui peuvent modifier favorablement l'évolution de la maladie.
- Le SRAS-CoV-2, tout comme les autres virus respiratoires, demeure avec ses propres particularités ce qui fait que certaines mesures à mettre en place ne sont pas nécessairement identiques pour tous les virus respiratoires.
- En périnatalité, à l'unité néonatale (UNN) et en pédiatrie, la gestion des usagers qui sont des cas cliniques d'infection respiratoire aiguë (CCIRA) ou des cas confirmés d'un virus respiratoire comporte des particularités inhérentes à cette clientèle.

1 INTRODUCTION

Durant toute l'année, mais particulièrement pendant la période hivernale au Québec, les virus respiratoires circulent dans la communauté et les milieux de soins. Certains virus, comme le SRAS-CoV-2, circulent durant toute l'année car ils n'ont pas de saisonnalité établie. Il est essentiel de mettre en place, tout au long de l'année, des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les milieux de soins afin de protéger les usagers, les travailleuses et les travailleurs de la santé (TdeS) ainsi que les personnes en visite, contre la propagation des infections respiratoires.

En périnatalité, à l'unité néonatale (UNN) et en pédiatrie, la gestion des usagers qui sont des cas cliniques d'infection respiratoire aiguë (CCIRA) ou des cas confirmés d'un virus respiratoire comporte des particularités inhérentes à cette clientèle. Ces particularités découlent entre autres de la capacité de l'usager à respecter les mesures de PCI mises en place et du niveau d'accompagnement nécessaire dans les mesures d'hygiène et lors des soins. Les recommandations présentées dans ce nouveau document regroupent l'ensemble des mesures à appliquer pour la prévention et le contrôle des virus respiratoires chez cette clientèle.

Ce nouveau document fait partie d'un ensemble de documents portant sur les mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins. Les différents documents disponibles sont :

- Caractéristiques des agents infectieux;
- Définition des termes;
- Analyses de laboratoire;
- Activités préparatoires et gestion en présence d'un cas;
- Situation d'éclosion;
- Clientèles périnatales, néonatales et pédiatriques.

Ils peuvent être consultés dans la section suivante du site internet de l'INSPQ : Guides PCI par microorganisme ou type d'infection. Influenza et autres virus respiratoires.

La révision de ces documents s'inscrit dans l'exercice d'assurer une mise à jour des recommandations sur les mesures pour la prévention et le contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins québécois. De plus, cet exercice a permis d'actualiser les mesures émises pour le SRAS-CoV-2 et de les intégrer à celles déjà existantes pour l'ensemble des autres virus respiratoires ciblés et ce, en assurant le plus possible une uniformisation des mesures pour l'ensemble des virus respiratoires.

Le SRAS-CoV-2 a été inclus avec les autres virus respiratoires pour plusieurs raisons. De meilleures connaissances existent à son sujet et il a un impact moindre : un grand nombre de personnes ont déjà été infectées et vaccinées; il existe des traitements efficaces qui peuvent modifier favorablement l'évolution de la maladie; de façon générale sa virulence tend à diminuer et sa présence est maintenant endémique. Cependant, le SRAS-CoV-2, tout comme les autres virus respiratoires, demeure avec ses propres particularités ce qui fait que certaines mesures ne sont pas nécessairement identiques pour tous les virus respiratoires.

Les recommandations présentées dans ce document concernent les virus respiratoires compris dans la fiche Caractéristiques des agents infectieux.

Les différentes recommandations contenues dans ces documents s'adressent aux actrices et aux acteurs impliqués dans la prévention et le contrôle des virus respiratoires en milieux de soins. Ainsi, certaines recommandations s'adressent aux laboratoires, aux services de santé et sécurité au travail (SST), aux services d'hygiène et salubrité, aux équipes cliniques, à l'équipe de PCI, aux différentes directions concernées, etc. L'attribution des différentes tâches sera déterminée par l'établissement. Un travail de collaboration entre toutes les intervenantes et tous les intervenants est un élément clé de réussite.

L'équipe de direction doit supporter la stratégie et la mise en place des mesures par l'équipe de PCI et les autres services concernés.

2 MÉTHODOLOGIE

Les recommandations publiées dans ce document sont basées sur une revue ciblée des recommandations d'organisations de santé publique nationales et internationales ainsi que de divers comités d'experts. Les organisations suivantes ont été consultées : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le Gouvernement du Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), la Santé publique Ontario (SPO), le Vancouver Coastal Health (VCH) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Le contenu final du document découle d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), qui a permis de retenir les informations jugées pertinentes pour mieux outiller les équipes de PCI à l'œuvre dans les milieux de soins du Québec. La présence d'une révision par les pairs avant publication constitue l'un des principaux piliers développés par l'INSPQ pour assurer la qualité de ses productions.

Les recommandations qui suivent sont basées sur les informations les plus récentes retrouvées dans la littérature scientifique ainsi que des recommandations de groupes d'experts de plusieurs pays. Elles pourront être révisées au besoin selon l'évolution des connaissances.

3 DÉFINITIONS

Cette section définit ou précise des termes qui sont propres à la clientèle périnatale, néonatale et pédiatrique et par conséquent, est complémentaire au document Définition des termes.

Personne accompagnatrice	• Personne qui est présente auprès d'une parturiente ou qui cohabite avec un nouveau-né lors du séjour postnatal. • Personne qui est présente au chevet d'un enfant pour une période prolongée, qui participe aux soins ou qui séjourne dans la chambre de celui-ci. • Personne qui n'est pas en visite.
Cohabitation	• Nouveau-né hébergé en continu avec sa mère et une personne accompagnatrice.
Contact étroit d'un virus respiratoire (incluant le SRAS-CoV-2)	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 en place en tout temps qu'un cas confirmé durant sa période de contagiosité; OU • Été en contact avec des sécrétions respiratoires à la suite d'une exposition directe sans protection adéquate. Si le cas ou l'usager qui partage la même chambre 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. Il existe des particularités selon la clientèle : **Pédiatrie** • Usager dont la personne accompagnatrice est un CCIRA durant sa période de contagiosité, sans égard à la durée d'exposition. **Périnatalité** *Pour les nouveau-nés en cohabitation :* - Nouveau-né dont la mère ou la personne accompagnatrice est un CCIRA. *Ne sont pas considérés comme des facteurs de risque pour la transmission des virus respiratoires :* - L'accouchement vaginal en tant que tel. - Après l'accouchement par voie vaginale ou la césarienne, le contact transitoire incluant le contact peau à peau d'une durée de moins de 10 minutes (avec port du masque médical par la mère et la personne accompagnatrice).

Contact étroit d'un virus respiratoire (incluant le SRAS-CoV-2) (suite)	**Unité néonatale et pouponnière** • Nouveau-né qui a reçu des soins à moins de deux mètres sans port adéquat du masque médical par le TdeS ou la personne accompagnatrice qui est un CCIRA et en l'absence d'une barrière physique (ex. : isolette fermée), peu importe la durée. • Nouveau-né qui a reçu des soins à moins de deux mètres avec port du masque médical adéquat par le TdeS ou la personne accompagnatrice qui est un CCIRA, mais avec présence de situations à haut risque de transmission (ex. : contact peau à peau prolongé). - Une évaluation au cas par cas par une autorité compétente en PCI est nécessaire dans ce type de situation.
Contact élargi d'un virus respiratoire (incluant le SRAS-CoV-2)	Tout usager qui a : • Séjourné moins de quatre heures 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.
Transmission horizontale	• Transmission d'un agent pathogène d'un sujet malade ou d'un porteur sain à un hôte réceptif, par contact direct ou indirect, ou par l'intermédiaire d'un vecteur.
Transmission verticale	• Transmission d'un agent infectieux à sa descendance, pendant la grossesse, par voie transplacentaire, ou encore par le lait maternel après la naissance.

4 PRÉVENTION DES VIRUS RESPIRATOIRES TOUT AU LONG DE L'ANNÉE

Pour connaître les mesures à mettre en place tout au long de l'année pour la prévention des virus respiratoires dans les milieux périnataux, néonataux et pédiatriques, se référer à Activités préparatoires et gestion en présence d'un cas.

5 RECOMMANDATIONS POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION DES VIRUS RESPIRATOIRES AUX USAGERS

Ces mesures visent à protéger les enfants et les nouveau-nés d'une acquisition nosocomiale d'un virus respiratoire.

Périnatalité	**Lors de l'accouchement et des soins post-partum immédiats** • Lors de la période post-partum immédiate (soins fréquents à la mère et au nouveau-né simultanément, souvent par le même TdeS), si la mère est un CCIRA ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire, organiser les soins de sorte à pouvoir changer l'équipement de protection individuelle (ÉPI) entre les soins à la mère et au nouveau-né : - Changer minimalement les gants (procéder à l'hygiène des mains (HDM) au retrait); - Changer les autres pièces de l'ÉPI si présence de souillures visibles ou au besoin. • L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué. Voir les recommandations reliées à l'allaitement maternel dans la section suivante : *Lors de la cohabitation*. • Si la personne accompagnatrice est un CCIRA et que sa présence est absolument requise, elle doit procéder à l'HDM à son arrivée dans la salle d'accouchement et porter un masque médical en tout temps. **Lors de la cohabitation** • Au chevet de la mère et du nouveau-né, privilégier une personne accompagnatrice qui n'est pas un CCIRA. • Lors de la présence d'une personne accompagnatrice qui est un CCIRA et dont la présence est absolument requise, les mesures suivantes doivent s'appliquer : - Placer l'usager (mère et nouveau-né) en précautions additionnelles (PA); - Procéder à l'HDM à l'arrivée et à la sortie de la chambre; - Porter un masque médical en tout temps; - Lorsque possible, maintenir une distance de deux mètres; - Limiter la circulation sur l'unité et limiter l'accès aux aires communes, sauf exception pour les besoins essentiels.

Périnatalité (suite)	• Si la mère est un CCIRA ou un cas confirmé, déterminer avec les parents qui effectuera les soins au nouveau-né en évaluant les risques associés à la transmission d'un virus respiratoire et les bénéfices du lien entre les parents et le bébé. Selon la configuration de la chambre, si possible, garder le nouveau-né à plus de deux mètres entre les périodes d'allaitement et de soins. Si impossible, s'assurer de la présence d'une barrière physique (ex. rideau séparateur). Dans la mesure du possible, les soins au nouveau-né (y compris le contact peau à peau) devraient être prodigués par la personne qui n'est pas un CCIRA ou un cas confirmé. • Avant tout contact avec le nouveau-né (ex. : allaitement maternel, manipulations d'un tire-lait ou de préparation lactée pour nourrissons) : - Porter le masque médical et procéder à l'HDM; - S'assurer que les vêtements sont exempts de souillures telles que des sécrétions respiratoires.
Pouponnière et unité néonatale	Les parents ou la personne désignée (qui remplace les parents au chevet du nouveau-né) doivent faire l'objet des mêmes mesures de PCI : • Effectuer l'évaluation des symptômes des parents ou de la personne désignée avant que ceux-ci n'entrent à la pouponnière ou à l'unité néonatale. En présence d'un CCIRA, l'analyse du risque infectieux doit se faire en collaboration avec l'équipe de soins et le service de PCI. • Un CCIRA ne devrait pas se présenter à l'unité néonatale avant de répondre aux critères suivants : - Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique); ET - Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures : o Si sa présence est requise, des recommandations de PCI doivent être données afin de limiter la transmission. La décision doit être prise localement. • Si le CCIRA se rend au chevet de son enfant, les conditions suivantes doivent être strictement respectées : - Renforcer l'HDM avant l'entrée à la pouponnière ou à l'unité néonatale en plus des autres indications d'HDM; - Appliquer les PA requises et les consignes émises; - Ne pas circuler dans les zones communes; - Maintenir une distance de deux mètres et plus avec les autres parents, les autres nouveau-nés et les TdeS. **Personnes en visite et fratrie** Si une personne en visite ou un membre de la fratrie présente des symptômes d'une infection par un virus respiratoire, reporter la visite afin de limiter la transmission à l'usager. Un outil de dépistage tel qu'un questionnaire devrait être utilisé à cet effet.

Pédiatrie	Au chevet de l'enfant, privilégier une personne accompagnatrice qui n'est pas un CCIRA. • Si impossible, l'usager doit être placé en PA gouttelettes-contact et la personne accompagnatrice doit : - Procéder à l'HDM à l'arrivée et à la sortie de la chambre; - Porter un masque médical en tout temps; - Lorsque possible, maintenir une distance de deux mètres; - Limiter la circulation sur l'unité et l'accès aux aires communes, sauf exception pour les besoins essentiels. Une adaptation locale demeure possible. **Jeux et jouets** *De façon générale :* - Limiter le nombre de jeux et de jouets dans la chambre de l'usager. - Favoriser l'utilisation de jouets personnels, éviter le partage entre les usagers et en limiter le nombre. - Pour les jouets destinés à être partagés, choisir des jouets lisses, solides et qui sont facilement nettoyables et désinfectables. Éviter les jouets en tissus et les peluches. - S'assurer qu'une procédure de nettoyage et de désinfection est disponible et que celle-ci contient les rôles et responsabilités des différent(e)s intervenantes et intervenants. - S'assurer du nettoyage et de la désinfection des jouets entre les usagers. - Dans une salle de jeu, les jouets constitués de papiers (ex. : articles de bricolage, livres, casse-têtes, cartes à jouer, etc.) représentent un risque faible de transmission d'agents pathogènes s'ils sont non-souillés. Ces derniers devraient toutefois être jetés s'ils présentent des traces de souillures visibles ou s'ils sont mouillés (VCH, 2022). *Salles d'attente :* - Éviter les jouets à moins que ces derniers puissent être nettoyés et désinfectés entre chaque usager. *Salles de jeux :* - Procéder à l'HDM avant et après l'utilisation de la salle de jeux. - Mettre en place un système pour distinguer les jouets propres et les jouets souillés. - L'enfant qui est un CCIRA ou un cas confirmé d'un virus respiratoire ne devrait pas fréquenter la salle de jeu pendant sa période de contagiosité. **Personnes en visite et fratrie :** Si une personne en visite ou un membre de la fratrie présente des symptômes d'une infection par un virus respiratoire, reporter la visite afin de limiter la transmission à l'usager. Un outil de dépistage tel qu'un questionnaire devrait être utilisé à cet effet.

6 MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UN USAGER QUI EST UN CAS CLINIQUE OU CONFIRMÉ

En plus des mesures à mettre en place toute l'année pour la gestion des virus respiratoires, voici les mesures supplémentaires à appliquer en présence d'un CCIRA ou d'un cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique d'un virus respiratoire.

Précautions additionnelles	Précautions additionnelles **gouttelettes-contact** pour : • Un CCIRA en investigation avec ou sans intervention médicale générant des aérosols (IMGA) à risque de transmission; • Un CCIRA sans virus identifié ou sans tests diagnostiques effectués avec ou sans IMGA à risque de transmission; • Un usager confirmé de virus respiratoires incluant le SRAS-CoV-2 sans IMGA à risque de transmission; • Un usager confirmé de virus respiratoires excluant le SRAS-CoV-2 avec IMGA à risque de transmission. Précautions additionnelles **aériennes-contact** pour : • Un usager confirmé SRAS-CoV-2 avec IMGA à risque de transmission. Le port de la protection oculaire n'est plus obligatoire pour le SRAS-CoV-2. La protection oculaire s'applique pour tous les virus respiratoires dans le cadre des pratiques de base s'il y a un risque d'éclaboussures de liquides biologiques. • La revue de la littérature sur le sujet n'a pas permis de démontrer que la protection oculaire, utilisée isolément des autres ÉPI, diminuait la transmission du SRAS-CoV-2. De plus, certains milieux de soins ont retiré la protection oculaire des ÉPI requis lors des précautions additionnelles à mettre en place pour le SRAS-CoV-2 et ce, sans recrudescence de cas. Dans le contexte pédiatrique, le taux de co-infection virale est élevé. Il est donc recommandé de changer la blouse et le masque médical entre chaque usager hébergé dans une même chambre. Changer aussi de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains. Toutefois, dans le cas où les deux usagers sont atteints des mêmes virus, il est possible de conserver la blouse et le masque médical, si non visiblement souillés, entre les usagers hébergés dans une même chambre. Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains. **Pour certaines clientèles avec des troubles cognitifs, de comportement ou d'adaptation** Il est possible d'adapter les mesures en considérant maintenir le temps des précautions additionnelles de l'usager à sa chambre au minimum. Considérer des mesures alternatives pour diminuer le risque de contamination pour les usagers ne pouvant être isolés à leur chambre (ex. : maintenir des précautions additionnelles lors des soins par les TdeS, augmenter la fréquence des mesures d'hygiène et salubrité, cibler des TdeS pour favoriser l'HDM des usagers et procéder à la désinfection des surfaces touchées par l'usager, éviter les contacts rapprochés à moins de deux mètres avec les autres usagers, etc.).

Intervention médicale générant des aérosols à risque de transmission	• Les IMGA retenues pour l'application des précautions additionnelles aériennes-contact pour un cas de SRAS-CoV-2 confirmé sont celles ayant été classifiées « IMGA à risque reconnu » pendant la pandémie de COVID-19. Elles ont été définies par la recension des données probantes effectuées par l'Unité d'évaluation des technologies et des méthodes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval, dont les rapports peuvent être consultés sur la page Web de l'INSPQ. On entend par « reconnues » des interventions qui sont listées ainsi depuis plusieurs années comme étant associées à un risque accru de transmission d'infections transmises par la voie aérienne et reconnues comme telles par la communauté médicale, ceci bien avant la pandémie de COVID-19 : - Intubation et extubation trachéales; - Bronchoscopie; - Ventilation manuelle avant l'intubation; - Aspiration des sécrétions trachéales en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé; - Induction d'expectorations (technique avec instillation de salin); - Autopsie. • Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle. Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer une attente d'environ sept heures pour entrer dans la chambre sans protection respiratoire. Ce temps peut être ajusté à la baisse selon le nombre de changements d'air par heure (se référer à l'annexe 2). Au besoin, un appareil portatif muni d'un filtre HEPA peut être installé temporairement afin de filtrer l'air contaminé. • Pour les virus respiratoires autres que le SRAS-CoV-2, les mesures de précautions additionnelles gouttelettes-contact s'appliquent même en présence d'IMGA.
Durée des mesures	**Pour un usager ayant un virus identifié (sauf SRAS-CoV-2) ou qui est un CCIRA sans virus identifié ou pour un usager sans tests diagnostiques effectués :** • Précautions additionnelles pour sept 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 sept jours, une réévaluation médicale de l'usager est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une autre étiologie. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les PA chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

Durée des mesures (suite)	**Particularités pour la clientèle de la pouponnière, de l'UNN et des unités d'oncologie :** • Lors de l'atteinte des critères cliniques pour cesser les PA, une évaluation au cas par cas est requise. • Immunosupprimés sévères : - Précautions additionnelles pour la durée de l'hospitalisation. Si la durée d'hospitalisation est très longue : on peut répéter un TAAN et s'il est négatif, cesser les PA. **Pour un CCIRA dont un test multiplex[1] est négatif :** Maintenir en place les précautions additionnelles requises selon les critères suivants : • Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique); ET • Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures. **Pour un usager confirmé pour le SRAS-CoV-2 :** • **Usagers avec maladie légère à modérée** : - Précautions additionnelles pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)2 ET - Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET - Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures des PA chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. • **Usagers avec maladie sévère** (c'est-à-dire ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) : - Précautions additionnelles pour 21 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 (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures des PA chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

[1] Il est important de prendre en considération que la durée des PA va dépendre des virus inclus dans le test multiplex utilisé. Le nombre de cibles présentes dans les tests multiplex est variable. Certains tests incluent 18 cibles tandis que d'autres incluent 3 cibles.

[2] Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte des PA de 10 jours se calcule :
- À partir de la **date du début des symptômes** si les symptômes apparaissent **< 4 jours** après la date du prélèvement.
- À partir de la **date du prélèvement** si les symptômes apparaissent **> 4 jours** après la date du prélèvement.

Durée des mesures (suite)	• **Usagers avec immunosuppression** - Une évaluation cas par cas doit être effectuée par l'équipe traitante dans le but de déterminer le degré d'immunosuppression selon le statut clinique de l'usager. - Pour déterminer le niveau d'immunosuppression, se référer à l'équipe traitante ou au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). **Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère :** Précautions additionnelles pour 14 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)[2] avec deux tests de détection antigénique rapide (TDAR) négatifs à intervalle de 24 heures; OU - Précautions additionnelles pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)[2] sans TDAR[3] ET - Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET - Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). **Usagers avec immunosuppression sévère :** (Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie, etc.). Il n'existe pas de consensus dans la littérature pour déterminer une liste d'immunosuppression sévère reconnue. Il peut donc y avoir des variations à ces exemples selon l'évaluation médicale effectuée. L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR[3] à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser les précautions additionnelles. Les précautions additionnelles devraient être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)[1]. Une discussion avec la ou le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. **Usagers avec niveau d'immunosuppression indéterminé :** La stratégie suivante pourrait être considérée afin de cesser les PA : - Précautions additionnelles pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)1 ET - Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET - Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle) ET - Deux résultats de TDAR[3] négatifs, sur écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente.

[3] Le TDAR doit être effectué par un professionnel de la santé. Si le TDAR n'est pas disponible dans le milieu, l'équipe traitante pourrait utiliser une stratégie par TAAN.

Hébergement	• En présence de plusieurs cas, il est possible de regrouper les usagers infectés par le même microorganisme ou le même type d'influenza (A ou B). Puisqu'un taux élevé de co-infection est présent dans la clientèle pédiatrique, il est recommandé que chaque usager soit isolé individuellement même si un regroupement géographique (cohorte) est mis en place dans une chambre ou sur une unité de soins.
Choix de chambre	**Pour un usager en précautions additionnelles gouttelettes-contact** *Pour un cas confirmé d'un virus respiratoire :* - Placer l'usager dans une chambre individuelle avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si impossible d'utiliser une toilette individuelle); - Il est possible d'héberger deux usagers ayant le même virus identifié dans une même chambre en les considérant avec des précautions additionnelles distinctes; - Si aucune chambre individuelle ou cohorte n'est non-disponible, il est possible d'appliquer les précautions additionnelles pour la zone usager. Cette situation devrait être temporaire en attente d'un transfert en chambre individuelle ou en cohorte; - Pour la clientèle de l'unité néonatale et de la pouponnière: lorsqu'une chambre individuelle n'est pas disponible et que le nouveau-né est hébergé dans une salle, placer le nouveau-né en isolette : o Si impossible : s'assurer d'une barrière physique en tout temps (ex. rideaux séparateurs). *Pour un CCIRA en attente d'un résultat de laboratoire en chambre multiple (aucun autre CCIRA hébergé dans la chambre) :* - Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : isolette, rideau séparateur) : o Si impossible, le port du masque médical par les usagers partageant une même chambre est fortement recommandé. - Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si impossible d'utiliser une toilette individuelle). *Pour un CCIRA n'ayant aucun virus identifié :* - Placer l'usager dans une chambre individuelle avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle); - Si chambre individuelle non disponible, il est possible d'appliquer les précautions additionnelles pour la zone usager.

Choix de chambre (suite)	**Pour un usager en précautions additionnelles aériennes-contact** • Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si impossible d'utiliser une toilette individuelle). Il est acceptable de maintenir l'hébergement dans une chambre individuelle avec la porte fermée dans l'attente du transfert dans la chambre à pression négative : - Pour la clientèle de l'unité néonatale et de la pouponnière, placer l'usager en isolette dans l'attente du transfert dans la chambre à pression négative. **Particularités pour la clientèle néonatale** • Si le nouveau-né est intubé en circuit fermé, des précautions additionnelles aériennes-contact sont recommandées puisque le risque de déconnexion ou d'extubation accidentelle est élevé chez cette clientèle.
Contact étroit usager	• Appliquer les précautions additionnelles gouttelettes-contact selon la période d'incubation retenue à des fins d'intervention pour le virus respiratoire en cause (se référer à l'annexe 1); • Effectuer une surveillance des symptômes selon la période d'incubation retenue à des fins d'intervention pour le virus respiratoire en cause (se référer à l'annexe 1); • Établir une séparation physique (ex. : rideau fermé ou isolette) ou conserver une distance d'au moins deux mètres entre les usagers identifiés contacts étroits si hébergés dans une chambre avec lits multiples; • Tenir compte du fait que le tableau clinique typique d'une infection respiratoire aiguë n'est pas présent chez tous les usagers; • Lorsqu'un contact devient symptomatique ou qu'une éclosion est suspectée, se référer aux fiches Définitions des termes et Situation d'éclosion.
Contact élargi usager	• Surveiller l'apparition de symptômes pour les contacts élargis jusqu'à la période d'incubation retenue à des fins d'intervention (se référer à l'annexe 1).

Gestion des travailleuses et des travailleurs de la santé	Les mesures en lien avec les TdeS doivent être effectuées en étroite collaboration entre le service de santé et sécurité au travail (SST) et le service de PCI. **TdeS ayant un contact avec un cas confirmé :** • La période de surveillance pour l'apparition des symptômes correspond à la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention (se référer à l'annexe 1); • À la suite d'une évaluation du risque, le port d'un masque médical par le TdeS pour un minimum de 72 heures après le contact pourrait être recommandé. **TdeS de la santé qui est un CCIRA ou un cas confirmé :** • Il n'y a pas de retrait automatique pour un TdeS qui est un CCIRA ou un cas confirmé. Le retrait du travail dépend de la capacité du TdeS à travailler ou du risque pour la clientèle qui serait exposée. **Si pas de retrait du travail :** - Respecter les consignes de l'hygiène et l'étiquette respiratoires et porter un masque médical en tout temps, y compris au poste de travail de l'unité. - Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (ex : une salle de conférence, un coin-repas, une cafétéria, etc.) avec d'autres TdeS à moins de deux mètres durant cette période. - Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail. - Éviter d'être en contact avec des usagers à risque (ex. : unité néonatale, personnes immunosupprimées, clientèle oncologique, etc.). **Si retrait et retour au travail :** - Aviser rapidement le service de SST ou la personne responsable de l'unité de soins selon la procédure locale. Le SST ou la personne 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, l'état clinique du TdeS et l'impact du retrait du TdeS sur la continuité des soins. - 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 respecter les consignes de l'hygiène et de l'étiquette respiratoires et porter un masque médical lorsqu'à moins de deux mètres d'un usager ou d'autres personnes.

Antiviraux en prophylaxie et en traitement pour l'influenza	• Il n'est pas recommandé d'utiliser une prophylaxie antivirale en pédiatrie. Toutefois, l'utilisation de la prophylaxie chez certains usagers pourrait être envisagée, au cas par cas, pour ceux qui présentent des facteurs de risque de sévérité de la maladie. Pour les usagers n'ayant pas de prophylaxie, surveiller l'apparition des symptômes et se référer à l'équipe traitante pour déterminer la pertinence du traitement. • Se référer à Caractéristiques des agents infectieux.
Antiviraux en traitement pour le SRAS-CoV-2	• La décision d'administrer des antiviraux en traitement pour un cas relève de la ou du médecin traitant. Dans un contexte pédiatrique, les antiviraux en traitement sont habituellement réservés aux usagers immunosupprimés. • Se référer à Caractéristiques des agents infectieux.
Gestion des personnes accompagnatrices, de celles en visite et de la fratrie	• Une analyse du risque infectieux peut être requise par l'équipe locale de PCI : - Se référer à la politique locale sur la gestion des visiteurs. • La personne accompagnatrice n'est pas tenue de porter l'ÉPI puisqu'elle demeure de longues périodes dans la chambre de l'usager. Toutefois, si elle doit sortir de la chambre (ex. accompagner l'usager à un examen ou se rendre à la cafétéria pour s'acheter un repas), elle doit procéder à l'HDM et porter un masque médical en tout temps : - Particularité pour l'UNN : la personne accompagnatrice doit mettre un masque médical et procéder à l'HDM. Elle n'est pas tenue de porter une blouse et des gants car ces ÉPI interfèrent dans le contexte de soins particuliers tels que le contact peau à peau ou l'allaitement. • Les personnes en visite et la fratrie devraient reporter leur visite. Si elles se présentent, elles doivent appliquer les PA recommandées pendant toute la durée de la visite. Elles devront également restreindre leurs déplacements dans le milieu de soins.
Transfert interétablissements et entre unités	Lors du transfert d'un CCIRA ou d'un cas confirmé, aviser l'unité ou le centre receveur du statut infectieux et des précautions additionnelles en cours. **Contact étroit asymptomatique transféré sur une autre unité ou dans une autre installation** • Appliquer les précautions additionnelles requises selon la période d'incubation retenue à des fins d'intervention pour le virus respiratoire en cause (se référer à l'annexe 1). **Usager en précautions additionnelles** • Lors du transfert, le milieu receveur doit s'assurer de mettre en place les précautions additionnelles requises.

Déplacements et circulation	**Si un déplacement est requis pour un usager qui est un CCIRA ou un cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique d'un virus respiratoire :** • Le port du masque médical est recommandé pour l'usager (si toléré), ainsi que pour la personne accompagnatrice. Se référer à Modulation du port du masque en milieux de soins en fonction de la circulation des virus respiratoires; • L'usager doit effectuer l'HDM en quittant sa chambre ou sa civière, ainsi qu'à son retour. • Ne pas faire porter une blouse ou des gants à l'usager et à la personne qui l'accompagne, à l'extérieur de sa chambre. • Si la personne qui l'accompagne (à l'exception des parents) aide à l'installation de l'usager avant le déplacement, il doit porter l'ÉPI requis selon les précautions additionnelles en place pour l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre ou de l'espace usager puis procéder à l'HDM. • Se référer à la fiche Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles.
Activités sociales ou thérapeutiques	• Interdire la participation de tout usager en précautions additionnelles aux activités de groupe, aux repas en commun et aux sorties à l'extérieur de l'unité (ex. : se rendre à la salle de jeux ou dans la salle des familles, visiter un autre usager, etc.) pendant toute la durée des précautions additionnelles. • Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre ou de la zone de soins à ceux requis dans le cadre du plan de soins (ex. : examens diagnostiques, traitements, etc.) : - Privilégier les procédures thérapeutiques et les activités sociales dans la chambre ou dans l'espace usager lorsque cela est possible; - Privilégier les consultations et les interventions à la chambre ou dans l'espace usager sauf si le matériel médical nécessaire ne peut y être déplacé. • Les mesures de PCI mises en place lors d'une période de PA ne devraient pas mener au déconditionnement de l'usager. Si le risque d'un déconditionnement est identifié par les autorités compétentes de l'unité de soins, les mesures de PCI doivent être modulées pour l'usager afin de mettre en place les interventions nécessaires pour prévenir le déconditionnement. La consultation d'une personne experte en PCI à ce niveau est primordiale dans le but de maintenir la sécurité des autres usagers et des TdeS et de limiter la transmission de l'infection : - Effectuer une évaluation du risque (bénéfices pour l'usager versus risques encourus pour les autres usagers) afin de permettre des sorties de la chambre.
Gestion des jeux et des jouets	• Encourager l'utilisation des jouets personnels plutôt que des jouets partagés : - Lors de prêts de jouets partagés, s'assurer que ces derniers soient nettoyés et désinfectés avant d'être réutilisés, selon les procédures locales. • Pour les jouets constitués de papiers (ex. : articles de bricolage, livres, casse-têtes, cartes à jouer, etc.), il est préférable de donner ce matériel à l'usager puisque ce dernier est difficilement nettoyable et désinfectable.

Services connexes	• Si un service connexe (ex. : gymnase, piscine, plateaux de réadaptation et salle de motricité, etc.) doit être utilisé, effectuer une évaluation du risque (bénéfices versus risques encourus pour les usagers) afin de permettre des sorties de la chambre avec supervision pour une période déterminée.
Hygiène corporelle des usagers	• Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers (ex. : douche ou bain à la baignoire) : - Adapter au besoin le type de soins d'hygiène corporelle de l'usager selon l'évaluation de sa condition médicale; - Si l'usager est conduit au bain ou à la douche partagée, s'assurer de respecter les mesures de PCI en lien avec le type de PA en place; - Appliquer les procédures régulières de l'établissement entre chaque usager pour la désinfection des équipements utilisés pour les soins corporels.
Hygiène et salubrité	• Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination des chambres et aires communes minimalement une fois par jour. • Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre ou de la zone de soins de l'usager. • Nettoyer et désinfecter les surfaces selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. • Ajuster au besoin la fréquence des entretiens (minimalement 1fois/jour) selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. À la cessation des PA ou au départ d'un usager symptomatique : • Procéder au nettoyage et à la désinfection complets (surfaces « high touch » et « low touch ») de la salle de toilette et de la chambre; • Changer les rideaux séparateurs selon les modalités locales; • Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager.
Équipements de soins et aides techniques	• Réserver l'équipement de soins à l'usage exclusif de l'usager symptomatique. Si l'équipement doit être partagé, il doit être nettoyé et désinfecté avec un produit reconnu efficace et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada entre chaque usager. Le produit utilisé doit aussi être compatible avec le type d'équipement à nettoyer et désinfecter. • Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures). • Avant son entreposage (pièce fermée et dédiée), tout équipement de soins doit être nettoyé et désinfecté.
Buanderie-lingerie	• Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	• Appliquer les procédures régulières de l'établissement.

Services alimentaires	• Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles et autopsie	• Appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que le nettoyage et la désinfection de la chambre soient effectués.
Audits	• Effectuer des audits de processus. Les processus à auditer en priorité devraient être ceux sur l'hygiène des mains, le port et le retrait de l'ÉPI ainsi que les mesures en hygiène et salubrité. D'autres audits peuvent être ajoutés en fonction du milieu et de l'évaluation du risque.
Communication	• S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle soient transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers, aux personnes proches aidantes, accompagnatrices ou en visite.

7 NOUVEAU-NÉ EXPOSÉ LORS DE LA NAISSANCE À SA MÈRE QUI EST UN CAS DE COVID-19 DANS SA PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Ces recommandations visent à limiter la transmission en ciblant les nouveau-nés susceptibles de développer une infection au SRAS-CoV-2 et ce, selon la nature de leur exposition à un cas de COVID-19. S'il y a présence de risque de transmission verticale plus élevé, tel un nouveau-né de mère ayant une COVID-19 sévère, consulter l'équipe d'infectiologie et de PCI afin de déterminer si des prélèvements supplémentaires d'un point de vue clinique sont requis et conséquemment, si un ajustement de la durée des mesures est requis.

Tableau 1 Nouveau-né transféré à la pouponnière ou à l'unité néonatale après à la naissance

	Prélèvements pour test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)	Précautions additionnelles (PA)	Levée des mesures
SANS contact étroit	Pour les nouveau-nés nés d'une mère COVID-19 (avec maladie sévère) OU Pour les nouveau-nés qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 : • 24 heures de vie • 48 heures de vie si le TAAN à 24 heures de vie est négatif ET présence de symptômes en l'absence de diagnostic alternatif Pour les autres nouveau-nés, prélever à tout moment si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19.	Gouttelettes-contact	Lorsque le(s) TAAN effectué(s) est (sont) négatif(s).
AVEC contact étroit	• 24 heures de vie • 48 heures de vie si le TAAN à 24 heures de vie est négatif ET présence de symptômes en l'absence de diagnostic alternatif Par la suite, effectuer un prélèvement si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19.	Gouttelettes-contact	Au Jour 7 de vie si le nouveau-né demeure asymptomatique et que le(s) TAAN effectué(s) est (sont) négatif(s).

Tableau 2 Nouveau-né en cohabitation

	Prélèvements pour TAAN	Précautions additionnelles	Levée des mesures
AVEC contact étroit	Aucun, sauf si apparition de symptôme.	Gouttelettes-contact.	Maintenir les précautions additionnelles pour la durée du séjour (cellule familiale).
	Pour le nouveau-né qui a cohabité et qui doit être transféré à la pouponnière ou à l'UNN : **Prélèvements** : compléter les prélèvements demandés au tableau 1 pour le nouveau-né ayant eu des contacts étroits. **Précautions additionnelles** : selon tableau 1.		

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

Advenant une détérioration de la situation épidémiologique ou la persistance de nouveaux cas dans le temps, il faudra envisager, par exemple, la possibilité que l'application des mesures de PCI soit 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 PA et des mesures d'hygiène et de la salubrité 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 TdeS doivent appliquer les mesures de PCI recommandées.

Les mesures à mettre en place 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 et de la collaboration des usagers, ainsi que de la présence de TdeS infectés.

Cette section comporte uniquement les recommandations qui s'ajoutent à celles pour la gestion d'un cas. Les mesures à implanter en situation d'éclosion s'ajoutent donc à celles présentées dans la section Mesures à appliquer en présence d'un usager qui est un cas clinique ou confirmé.

Comité de gestion d'éclosion	• Instaurer une cellule de coordination sur l'unité dans les 48 premières heures de l'éclosion, afin de s'assurer d'une communication efficiente pour implanter rapidement l'ensemble des mesures requises et circonscrire l'éclosion. S'assurer que les personnes clés de ce comité puissent être rejointes en tout temps. • La fréquence des rencontres est déterminée par le comité selon l'ampleur de la situation; idéalement, il devrait se rencontrer minimalement une fois par semaine. Ce comité doit être décisionnel pour être pleinement efficace.
Communication	Dès que l'éclosion est confirmée, il est recommandé de : • Mettre en place les interventions prévues en situation d'éclosion (ex. : affiches, lettres types, messages téléphoniques, etc.); • Informer les parents, la personne accompagnatrice et les usagers (en âge de comprendre) de la situation et des mesures à appliquer pour prévenir la transmission; • Aviser de la situation les directions, les secteurs et les partenaires externes identifiés; • Informer rapidement les TdeS concernés de la situation et de son évolution.
Surveillance	• Suivre quotidiennement l'ampleur de l'éclosion et son évolution dans l'installation avec le nombre de nouveaux cas. • Différents indicateurs peuvent être suivis et adaptés localement en collaboration avec le service de PCI ou la direction de santé publique (DSPublique); • Surveiller minimalement tous les jours le taux d'incidence (se référer à la feuille de calcul des taux).
Affichage	• Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation; • Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) des cas cliniques d'infection respiratoire aiguë (CCIRA) ou des cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).
Pratiques de base	• S'assurer du respect rigoureux de l'application des pratiques de base et des consignes d'hygiène et d'étiquette respiratoires.
Prélèvements	• 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; • Si aucun virus respiratoire n'a été identifié et selon les recommandations de la ou du médecin traitant, considérer la possibilité de poursuivre l'investigation microbiologique (ex. : recherche de pneumocoque, de *Legionella*, etc.) afin d'identifier l'étiologie de l'éclosion.

Prophylaxie ou traitement antiviral pour l'influenza	**Prophylaxie** • Il n'est pas recommandé d'utiliser une prophylaxie antivirale en pédiatrie. Toutefois, l'utilisation de la prophylaxie chez certains usagers pourrait être envisagée, au cas par cas, pour ceux qui présentent des facteurs de risque de sévérité de la maladie. Pour les usagers n'ayant pas de prophylaxie, surveiller l'apparition des symptômes et se référer au médecin traitant pour déterminer la pertinence du traitement. **Mesure de PCI lors de la prophylaxie ou du traitement** • Le traitement antiviral chez un cas ou la prophylaxie chez un contact n'influence pas la durée des précautions additionnelles déjà en place.
Vaccination contre le VRS, l'influenza et le SRAS-CoV-2	• Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour connaître les indications de vaccination.
Hébergement	La décision de mettre en place ou non des cohortes dans le milieu relève d'une décision locale. • Si possible, 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. - Puisqu'un taux élevé de co-infection est présent dans la clientèle pédiatrique, il est recommandé que chaque usager soit isolé individuellement même si un regroupement géographique (cohorte) est mis en place dans une chambre ou sur une unité de soins. • Éviter de mettre un CCIRA dans un regroupement géographique (cohorte) de cas confirmés par laboratoire avant la confirmation de son diagnostic. • Si deux CCIRA ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideau fermé) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux et leur dédier respectivement des équipements. • Particularité pour l'unité néonatale : attitrer du personnel dédié pour les cas confirmés et pour les contacts étroits.
Mesures concernant les nouvelles admissions	• 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 de la situation ainsi que des mesures de prévention à respecter.
Transfert interétablissements et entre unités	• Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre ou l'unité receveur de la situation d'éclosion en cours. • Se référer à Activités préparatoires et gestion en présence d'un cas.

Déplacements et circulation sur l'unité touchée	• Suspendre l'accès des usagers, des parents, des personnes accompagnatrices et de la fratrie aux aires communes (ex. : salle de jeux, salle des familles, lingerie, cuisinette, machine à glace, etc.) si préalablement permis. • Dans les milieux où des usagers de plusieurs unités se côtoient, restreindre la circulation des usagers de l'unité en éclosion vers les autres unités. Les usagers des autres unités devraient aussi éviter de venir visiter des usagers de l'unité en éclosion.
Activités sociales ou thérapeutiques	• Appliquer une gradation des mesures pour la gestion des activités sociales ou thérapeutiques. - En début d'éclosion, il n'est souvent pas nécessaire de cesser d'emblée les activités sociales et thérapeutiques. Elles peuvent être adaptées en fonction de la situation. - L'équipe de PCI pourra aider à identifier les activités qui peuvent être maintenues et celles qui doivent être cessées. - Adapter les activités en tenant compte de l'ampleur et de la gravité de l'éclosion, l'agent pathogène, le besoin ou non de confinement géographique, l'intensité des mesures de PCI requises, le respect des précautions additionnelles, la formation offerte, l'aménagement de l'unité, le type d'unité, la dispersion des cas, etc. - Prendre en compte les bénéfices versus les risques encourus pour adapter les soins ou les services offerts par des TdeS qui proviennent de l'extérieur de l'unité. • Évaluer régulièrement l'éclosion et, au besoin, ajuster les mesures en fonction de l'évolution de l'épidémiologie.

Services alimentaires	• Pour les usagers et les TdeS, éviter le partage de nourriture ou d'objets personnels dans les aires communes de l'unité en éclosion.
	• Appliquer une gradation des mesures pour la gestion des repas des usagers.
	  - En début d'éclosion, il n'est souvent pas nécessaire de cesser d'emblée les rassemblements d'usagers durant les périodes de repas.
	  - Évaluer régulièrement l'éclosion et, au besoin, ajuster les mesures en fonction de l'évolution de l'épidémiologie.
	• Dans la situation où les rassemblements d'usagers seraient cessés durant la période des repas et si certains usagers requièrent une présence en salle à manger pour les repas (ex. : difficulté à s'alimenter seul, etc.), s'assurer de maintenir une distanciation de deux mètres entre chaque usager ou assurer une supervision à la chambre.

Gestion des travailleuses et des travailleurs de la santé	Les mesures en lien avec les TdeS doivent être appliquées en étroite collaboration entre le SST et le service de PCI. **Mobilité des TdeS** Éviter les mouvements des TdeS d'une unité en éclosion vers une unité exempte d'éclosion jusqu'à : • 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 retenue à des fins d'intervention du virus respiratoire en cause (se référer à l'annexe 1) suivant le dernier quart de travail ou la fin de l'éclosion de l'unité touchée. • Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et services. • Assurer une stabilité des TdeS sur l'unité en éclosion. • 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 PCI. Ceci inclut les préposées et préposés aux bénéficiaires et les TdeS attitrés à l'hygiène et à la salubrité. **Rencontre d'informations avec les TdeS durant une éclosion** Réaliser une séance d'information qui permet de rejoindre tous les TdeS dès le début de l'éclosion et la répéter selon les besoins : • Rappeler les mesures en situation d'éclosion, les précautions additionnelles requises et les ÉPI nécessaires. • Rappeler les symptômes à surveiller afin de détecter rapidement les cas; • Dresser un tableau clair de la situation. • Mentionner l'importance de détecter rapidement les cas potentiels et d'appliquer les mesures de PCI afin de contrôler la transmission. • Identifier une personne à qui se référer pour toute question sur l'application des mesures. • Rappeler les mesures pour protéger les TdeS (ex. : hygiène des mains, respect de la distanciation physique, port du masque, surveillance des symptômes, vaccination, etc.).

	• Informer des résultats d'audits ayant été effectués (ex. : hygiène des mains, port de l'ÉPI, hygiène et salubrité, distanciation physique des TdeS, etc.). • Rappeler l'importance de soutenir les parents, les personnes accompagnatrices et celles en visite dans l'application des mesures de PCI au besoin. **Prophylaxie pour l'influenza** • 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. • À la suite d'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. **Autres mesures** • 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 problèmes rencontrés depuis la mise en place des mesures à la suite de l'identification de l'éclosion et sur les solutions possibles.
Gestion des personnes en visite et de la fratrie	• Placer une affiche à l'entrée de l'unité pour informer les usagers, les parents, les personnes accompagnatrices et celles en visite de la situation et des mesures à respecter. • Aviser les familles de ne pas se présenter dans le milieu de soins s'ils présentent des symptômes d'une infection respiratoire. • Selon l'évolution de l'éclosion, envisager de limiter les visites à celles requises pour des raisons humanitaires. • Offrir une formation sur les mesures à appliquer (pratiques de base et PA). • Suspendre l'accès des personnes en visite aux aires d'entreposage et aux aires communes (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace) si préalablement permis.
Hygiène et salubrité	• 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. • Augmenter la fréquence des nettoyages et désinfections selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. • Lorsque présents, nettoyer et désinfecter les espaces communs (ex. : salle des familles, salle de jeux, cuisinette, etc.) selon les procédures locales. • Utiliser un produit reconnu efficace et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.

Équipements de soins et matériel partagé	• Dans une cohorte de cas de virus respiratoire (ou une chambre considérée potentiellement contaminée), dédier les équipements de soins uniquement à cette cohorte (ou cette chambre). • Effectuer minimalement une fois par jour la désinfection des équipements de soins fixes et mobiles dans les chambres. • En plus de la désinfection entre les usagers, nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements et le matériel partagé en circulation sur l'unité en éclosion.
Stagiaires	• S'assurer que les stagiaires aient l'information et la formation requises pour collaborer au contrôle de la situation.

9 MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS À AJOUTER LORS D'UNE ÉCLOSION PERSISTANTE OU AVEC INDICATEUR DE GRAVITÉ[4]

Lorsqu'il y a présence d'une éclosion persistante ou avec un indicateur de gravité, des mesures supplémentaires à celles déjà en place lors d'une éclosion suspectée ou confirmée doivent être ajoutées. Pour en prendre connaissance, se référer à Situation d'éclosion.

10 FIN D'ÉCLOSION

Se référer à Situation d'éclosion pour les informations en lien avec la fin d'une éclosion.

[4] Les indicateurs de gravité peuvent varier selon l'épidémiologie et les décisions prises localement : nombre de cas relié à l'éclosion, durée de l'éclosion, complications associées, mortalité, etc.

RÉFÉRENCES

Aben, B., Kok, R.N. et A. de Wind. (2023). Return-to-work rates and predictors of absence duration after COVID-19 over the course of the pandemic. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 49(3), 182-192. 10.5271/sjweh.4077

Akhras, N., Weinberg, J.B. et D. Newton. (2010). Human metapneumovirus and respiratory syncytial virus: subtle differences but comparable severity. *Infectious Disease Reports,* 2, 35-39. 10.4081/idr.2010.e12

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

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2024). *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

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

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. https://doi.org/10.1093/jpids/pis069

Arfijanto, M.V., Asmarawati, T.P., Bramantono B., Rusli, M., Rachman, B.E. *et al.* (2023). Duration of SARS-CoV-2 RNA shedding is significantly influenced by disease severity, bilateral pulmonary infiltrates, antibiotic treatment, and diabetic status: consideration for isolation period. *Pathophysiology*, 30(2), 186-198. 10.3390/pathophysiology30020016

Bawage, S.S., Tiwari, P.M., Pillai, S., Dennis, V. et S.R. Singh. (2013). Recent advances in diagnosis, prevention, and treatment of human respiratory syncytial virus. *Advances in Virology,* 1-26. https://doi.org/10.1155/2013/595768

Blaser, M.J., Cohen, J.I. et S.M. Holland. (2025). *Mandell, Douglas, AND Bennett's. Principles and practice of infectious diseases*. Dixième edition, Philadelphie.

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. 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 Infection,* 11, 17–19. 10.1016/j.nmni.2016.01.015

Bryant, K.A et J.A Guzman-Cottrill. (2019). *Handbook of pediatric infection prevention and control.*

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). *Guidelines for preventing healthcare, associated pneumonia, 2003*. Morbidity and mortality weekly report (*MMWR*), (53(RR03)), 1-36. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Guideline for isolation precautions preventing transmission of infectious agents in healthcare settings (2007).* https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *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).* https://msi.expertise-sante.com/fr

Drain, P., Dalmat, R.R., Hao, L., Bemer, M.J., Budiawan, E. *et al.* (2023). Dural of viral infectiousness and correlation with symptoms and diagnostic testing in non-hospitalized adults during acute SARS-CoV-2 infection: a longitudinal cohort study. *Journal of Clinical Virology,* 161, 105420. 10.1016/j.jcv.2023.105420

Eskola, V., Xu, M. et M. Söderlund-Venermo. (2017). Severe lower respiratory tract infection caused by human bocavirus in an infant. *The Pediatric Infectious Disease Journal,* 36(11), 1107-1108. 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. https://doi.org/10.1093/infdis/jit839

Gao, Y., Zhao, Y., Zhang, X., Tian, J., Guyatt, G. et Q. Hao. (2023). Comparing SARS-CoV-2 testing positivity rates and COVID-19 impact among different isolation strategies: a rapid systematic review and modelling study. *EClinicalMedecine*, 6(1), 102058. 10.1016/j.eclinm.2023.102058

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

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2025). *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

Huang, W., Liu, P., Yan, B., Zheng, F., Yang, Y. *et al.* (2024). Impact of tuberculosis on disease severity and viral shedding duration in COVID-19 patients. *Viruses*, 16(2), 260. 10.3390/v16020260

Kang, S-W., Park, H., Kim, J.Y., Bae, J-Y., Park, M-S. et S-H. Kim. (2023). Comparison of culture-competent virus shedding duration of SARS-CoV-2 Omicron variant in regard to vaccinate status: a prospective cohort study. *Vaccine*, 41(17), 2769-2772. 10.1016/j.vaccine.2023.03.044

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. 10.1111/j.1469-0691.2009.02889.x

Katz, M.J., Reeves, M., Harris, T.G., Duque, J., Fridkin, S.K *et al.* (2025). Kinetics of SRAS-CoV-2 shedding in nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 73(7), 2127-2136. https://www.deepdyve.com/lp/wiley/kinetics-of-sars-cov-2-shedding-in-nursing-home-residents-and-staff-TZ4L8YyhXC

Keske, S., Bulen-Esken, G., Vatansever, C., Besli, Y., Kuloglu, Z.E. *et al.* (2023). Duration of infectious shedding of SARS-CoV-2 Omicron variant and its relation with symptoms. *Clinical Microbiology and Infection*, 29(2), 221-224. 10.1016/j.cmi.2022.07.009

Khemiri, H., Ben Fraj, I., Lorusso, A., Mekki, N., Mangone, I. *et al.* (2025). SARS-CoV-2 excretion and genetic evolution in nasopharyngeal and stool samples from primary immunodeficiency and immunocompetent pediatric patients. *Virology Journal*, 22(1), 9. 10.1186/s12985-025-02628-7

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 infection. *Yonsei University College of Medicine,* 58(1), 174-179. https://doi.org/10.3349/ymj.2017.58.1.174

Kristoffersen, A.W., Nordbø, S.A., Rognlien, A-G.W., Christensen, A et H. Døllner. (2011). Coronavirus causes lower respiratory tract infections less frequently than RSV in hospitalized norwegian children. *The Pediatric Infectious Disease Journal,* 30(4), 279-283. 10.1097/INF.0b013e3181fcb159

Lessler, J., Reich, N.G., Brookmeyer, R., Perl, T.M., Nelson, K.E. et D.A.T. Cummings. (2009). Incubation periods of acute respiratory viral infections: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases,* 9(5), 291–300. 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. 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. 10.1016/j.cmi.2015.06.014

Moore, D.L. (2024). La prévention et le contrôle des infections au cabinet du pédiatre. Société canadienne de pédiatrie. *Paediatrics and Child Health,* 23(8), 548. https://doi.org/10.1093/pch/pxy161

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

Rathore, M.H., Jackson, M.A., Byington, C.L., Maldonado, Y.A., Barnett, E.D. *et al.* (2017). Infection prevention and control in pediatric ambulatory settings. *Pediatrics,* 140(5), 220172857. https://doi.org/10.1542/peds.2017-2857

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

Santé publique Ontario (SPO). (2015). Best practices for infection prevention and control in perinatology, *Provincial infectious disease advisory committee on infection prevention and control (PIDAC-APC).* https://www.publichealthontario.ca/en/About/External-Advisory-Committees/PIDAC-IPC

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 and Other Respiratory Viruses,*12, 522–528. 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. 10.1097/01.revmedmi.0000237165.94641.c1

Shen, H-C., Feng, J-Y., Sun, C-Y., Huang, J-R., Chen, Y-M. *et al.* (2023). Analysis of the effect of cytomegalovirus infection in clinical outcomes and prolonged duration of SARS-CoV-2 shedding in intensive care unit patients with COVID-19 pneumonia. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 17, 17534666231209150. 10.1177/17534666231209150

Vancouver Coastal Health (VCH). (2022). *Best practice guideline: Toys in healthcare.* http://ipac.vch.ca/Documents/Acute%20Resource%20manual/Shared%20Toys,%20Puzzles,%20Games%20and%20Reading%20Materials.pdf

Vancouver Coastal Health (VCH). (2025). *Infection prevention and control (IPAC). Diseases and conditions table: Transmission based precautions and recommendations for management of patients, residents, and clients in Vancouver coastal health settings.* http://ipac.vch.ca/home

Wagester, S., Smith., P., Lutz, C.T., Chung, A., Tanis, M.D. *et al.* (2023). COVID-19 contagious health care personnel 5-day early return-to-work program. *American Journal of Infectious Control*, 1(7), 746-750. 10.1016/j.ajic.2022.11.006

Wan, Z., Han, J., Wang, D., Li, Y., Zhai, W. *et al.* (2024). Effects of vaccination on antibody level and duration of viral shedding in Omicron patients. *Journal of Infection in Developing Countries*, 18(9.1), S184-S190. 10.3855/jidc.19160

Wu., Y., Guo, Z., Yuan, J., Cao, G., Wang, Y. *et al.* (2023). Duration of viable virus shedding and polymerase chain reaction positivity of SARS-CoV-2 Omicron variant in upper respiratory tract: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 129, 228-235. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2023.02.011

Zang, J. et D. Qu. (2018). Clinical analysis of human bocavirus in children with severe lower respiratory tract infection. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(6), 100. 10.1097/01.pcc.0000537624.08659.31

ANNEXE 1 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 saisonnière	3 jours
Métapneumovirus humain	5 jours
Parainfluenza type 1 à 4	6 jours
Rhinovirus	3 jours
SRAS-CoV-2	7 jours
Virus respiratoire syncytial (VRS)	8 jours

ANNEXE 2 TEMPS REQUIS POUR LEVER LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES POUR UNE INFECTION À TRANSMISSION AÉRIENNE[5]

Nombre de renouvellement d'air par heure (RAH)	Temps requis (minutes) pour l'élimination de 99,9 % des contaminants aéroportés
1	414
2	207
3	138
4	104
5	83
6	69
7	59
8	52
9	46
10	41
11	38
12	35
13	32
14	30
15	28
16	26
17	24
18	23
19	22
20	21

[5] Ce tableau a été adapté des tableaux suivants :

1) Tableau 4 Temps exigé pour l'élimination de 99,9 % des contaminants dans l'air. Norme CSA Z317.13 :22 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de soins de santé (CSA, 2022).
2) Annexe 8 du document Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé (ASPC, 2016).

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MEMBRES RÉGULIERS

Nathalie Bégin
Santé Québec Montérégie-Centre

Karine Boissonneault
Natasha Desmarteau
Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

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

Kevin Dufour
Santé Québec Saguenay – Lac-Saint-Jean – Universitaire

Marie-Claude Roy, présidente jusqu'au 31 mars 2026
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Santé Québec – Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

Jean-François Laplante
Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Bianka Paquet-Bolduc
Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval

Sara Pominville
Santé Québec Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Marielle Bolduc
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Patrice Savard, vice-président jusqu'au 31 mars 2026
Président à partir du 1er avril 2026
Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

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

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Direction de la vigie et des maladies infectieuses
Direction générale de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Danielle Moisan, présidente du comité SPIN
Santé Québec Bas-Saint-Laurent

INVITÉS PERMANENTS

Annick Boulais
Fanny Desjardins
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 : clientèles périnatales, néonatales et pédiatriques

AUTRICES ET AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Isabelle Laperrière, cheffe d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

Zoé Babin, conseillère en prévention et contrôle des infections (PCI)
Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Catherine Bergeron, conseillère en prévention et contrôle des infections (PCI)
Santé Québec – Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

Laura Ocampo, cheffe de service en prévention et contrôle des infections (PCI)
Santé Québec – Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Meggie Racine, conseillère cadre en prévention et contrôle des infections (PCI)
Santé Québec Saguenay – Lac-Saint-Jean – Universitaire

Michal Stachura, conseiller en prévention et contrôle des infections (PCI)
Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill

Karl Forest-Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Géraldine Suau, conseillère en soins infirmiers en prévention et contrôle des infections (PCI),
Santé Québec – Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

La personne qui a révisé ce document a été conviée à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en a pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices et auteurs, les membres du comité scientifique et la personne qui a révisé le document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

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 écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-04342-8 (PDF)
DOI : https://doi.org/10.64490/QSDQ3865

© Gouvernement du Québec (2026)

Nº de publication : 3850

Institut national de santé publique Québec