

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : caractéristiques des agents infectieux

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

ÉTAT DES CONNAISSANCES

MARS 2026

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	4
Épidémiologie	5
Adénovirus (Souches respiratoires)	7
Bocavirus humain	9
Coronavirus (SRAS-COV-2)	11
Coronavirus (excluant SRAS-COV-2)	15
Enterovirus	17
Influenza saisonnière (excluant souche aviaire)	19
Métapneumovirus humain	22
Parainfluenza types 1 à 4	24
Rhinovirus	26
Virus respiratoire syncytial	28
Références	32

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 *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

La présente synthèse des connaissances porte sur les caractéristiques de certains virus respiratoires pouvant avoir un impact dans les milieux de soins.

La mise à jour des documents visant la prévention et le contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins a permis d'intégrer le SRAS-CoV-2 aux autres virus respiratoires abordés.

Ce document est une référence pour tous les milieux de soins qui doivent mettre en place des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour la gestion des virus respiratoires.

MESSAGES CLÉS

- En plus des virus bien connus comme ceux de l'influenza, du virus respiratoire syncytial et du relativement nouveau SRAS-CoV-2 (et de ses multiples variants), plusieurs autres virus respiratoires ont un impact sur les milieux de soins, soit par le nombre d'hospitalisations qu'ils génèrent, soit en se transmettant dans les divers milieux de soins et en provoquant des éclosions.
- Le SRAS-CoV-2 à l'origine de la COVID-19 a été ajouté à la liste des agents infectieux décrits dans ce document. Les informations les plus récentes portant sur les caractéristiques de ce virus sont mentionnées. Puisque ce virus demeure relativement nouveau, l'évolution de la littérature scientifique sera suivie pour une éventuelle mise à jour de ses caractéristiques.
- La circulation des virus respiratoires présente habituellement une saisonnalité bien connue, quoiqu'elle ait été perturbée au cours de la pandémie de COVID-19. Il est toutefois impossible actuellement de déterminer si le SRAS-CoV-2 présentera une saisonnalité et si oui, laquelle.
- La disponibilité de nouvelles stratégies de prévention, comme la vaccination de certains groupes ciblés de population contre le virus respiratoire syncytial, influence la circulation des virus respiratoires. Les informations contenues dans ce document continueront d'évoluer conséquemment.

1 INTRODUCTION

Cet état de connaissances 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.

La mise à jour des documents visant la prévention et le contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins a permis d'intégrer le SRAS-CoV-2 aux autres virus respiratoires abordés et ce, en assurant le plus possible une uniformisation des mesures pour l'ensemble des virus respiratoires.

Ce document présente les caractéristiques des différents virus responsables des infections respiratoires aiguës pouvant circuler dans les milieux de soins. La liste des virus respiratoires décrits correspond à ceux pouvant être identifiés par l'utilisation des différents tests de type multiplex disponibles au Québec.

2 MÉTHODOLOGIE

Pour la mise à jour de cet état de connaissances, des livres de référence reconnus dans le domaine de la microbiologie-infectiologie ont été consultés : Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases 10^e édition publiée en 2025 ainsi que le Redbook : 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases de l'Association américaine de pédiatrie 33^e édition.

De plus, pour la rédaction des caractéristiques du SRAS-CoV-2, une revue de littérature scientifique a été menée afin de réviser la littérature la plus récente à son sujet. En date du 27 juin 2025, les bases de données Medline et CINAHL ont été interrogées respectivement à l'aide de la plateforme Ovid et Ebsco. La période couverte par ces deux interrogations s'étend de l'année 2023 à 2025. Les mots-clés suivants ont été utilisés (liste non exhaustive) : *SARS-CoV-2*, *COVID-19*, *epidemiology*, *complications*, *coinfection*, *immunity*. Les publications dans une autre langue que le français et l'anglais ont été exclues. Les lettres, les commentaires, les éditoriaux, les études de cas et les études animales n'ont pas été retenus.

Étant donné que les connaissances sur ce sujet évoluent constamment, les membres du CINQ assureront un suivi de l'évolution des informations disponibles et pourront ainsi mettre à jour ce document si des changements importants sont identifiés.

Le contenu final du document découle d'un consensus des experts du 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.

3 ÉPIDÉMIOLOGIE

3.1 Épidémiologie québécoise

Selon le rapport de surveillance des hospitalisations associées au SRAS-CoV-2 et aux autres virus respiratoires mené par l'INSPQ pour la saison 2022-2023 (Amini et Gilca, 2025), les hospitalisations pour une infection respiratoire aiguë étaient causées par le SRAS-CoV-2 dans 21,1 % des cas chez les adultes et dans 3,8 % des cas chez les enfants (0-17 ans). Pour sa part, l'influenza était responsable de 6,1 % des hospitalisations chez l'adulte et de 5,1 % chez l'enfant. Quant au virus respiratoire syncytial (VRS), il en était responsable à 2,8 % chez les adultes et à 29,1 % chez les enfants. Les autres virus respiratoires étaient responsables de 17,5 % des cas chez les adultes et de 47,9 % des cas chez les enfants (voir [Tableau 1](#)).

Pour les infections respiratoires découvertes en cours d'hospitalisation, le SRAS-CoV-2 se démarquait avec 61,0 % des cas pour les adultes, tandis que ce sont les autres virus qui se démarquaient pour la clientèle pédiatrique avec 67,8 % des cas.

Tableau 1 Fréquence des enfants et adultes hospitalisés, selon la présence des symptômes d'infection respiratoire aiguë à l'arrivée à l'hôpital ou leur développement en cours d'hospitalisation et les virus respiratoires détectés, saison 2022-2023

	SRAS-CoV-2 +	VRS +	Influenza +	Autres virus +	Aucun virus	Total
Infection respiratoire aiguë à l'arrivée, N (%)						
<i>Enfants de 0-17 ans</i>	79 (3,8)	608 (29,1)	107 (5,1)	999 (47,9)	293 (14,0)	2086 (100,0)
<i>Adultes de 18 ans ou plus</i>	500 (21,1)	67 (2,8)	144 (6,1)	414 (17,5)	1245 (52,5)	2370 (100,0)
<i>Total</i>	579 (13,0)	675 (15,1)	251 (5,6)	1413 (31,7)	1358 (34,5)	4456 (100,0)
Infection respiratoire aiguë en cours d'hospitalisation, N (%)						
<i>Enfants de 0-17 ans</i>	1 (1,7)	2 (3,4)	1 (1,7)	40 (67,8)	15 (25,4)	59 (100,0)
<i>Adultes de 18 ans ou plus</i>	100 (61,0)	2 (1,2)	11 (6,7)	21 (12,8)	30 (18,3)	164 (100,0)
<i>Total</i>	101 (45,3)	4 (1,8)	12 (5,4)	61 (27,4)	45 (20,2)	223 (100,0)

Note : La catégorie « Autres virus + » inclut : métapneumovirus humain (hMPV), coronavirus communs, rhino/entérovirus, adénovirus et virus parainfluenza.

Parmi les enfants, le VRS (29 % des cas à l'arrivée) est le virus ayant engendré le plus de sévérité en comparaison avec les autres virus respiratoires (41 % de pneumonie confirmée radiologiquement versus 32 à 35 % pour les autres virus respiratoires). En comparaison, le VRS a été détecté chez seulement 3 % des adultes hospitalisés pour une infection respiratoire, mais a causé significativement plus de pneumonies et de décès que chez les usagers où le VRS n'a pas été détecté.

Pour consulter les données québécoises sur la circulation des virus respiratoires :

- [Synthèse de la circulation des virus respiratoires | Institut national de santé publique du Québec](#);
- [Vigie des virus respiratoires par les laboratoires cliniques | Institut national de santé publique du Québec](#);
- [Vigie et surveillance des hospitalisations associées à la COVID-19, à l'influenza et aux autres virus respiratoire | Institut national de santé publique du Québec](#);
- [Données COVID-19 au Québec | Institut national de santé publique du Québec](#);
- [INSPQ - Portail de l'Infocentre](#) (indicateur virus respiratoires);
- [Suivi de l'activité grippale - Grippe - Professionnels de la santé - MSSS](#).

3.2 Épidémiologie canadienne et mondiale

Pour consulter d'autres données sur la circulation des virus respiratoires :

- [Rapport canadien de surveillance des virus respiratoires – Gouvernement du Canada](#);
- [Global Influenza Programme - OMS](#);
- [Tableau de bord COVID-19 - OMS](#).

4 ADÉNOVIRUS (SOUCHES RESPIRATOIRES)

Agents infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus non enveloppés de la famille des Adenoviridae. • Il existe plusieurs espèces dont sept affectent l'humain. Chaque espèce contient différents types (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Certains types sont connus pour causer des gastroentérites (surtout chez les jeunes enfants), des conjonctivites et des kératites (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Présents toute l'année (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • L'infection peut survenir à n'importe quel âge chez l'enfant (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). La majorité des personnes présente une sérologie positive à ces virus avant l'âge de dix ans (Lessler <i>et al.</i>, 2009; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Les adénovirus sont associés à 5 % des infections des voies respiratoires inférieures et à 10 % des pneumonies chez les nourrissons et les jeunes enfants. Comme l'infection est généralement non sévère, les adénovirus sont rarement confirmés en laboratoire (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement, ces virus causent des infections bénignes, mais certains types peuvent causer des tableaux cliniques plus sévères (ASPC, 2011; Blaser <i>et al.</i>, 2025). Les manifestations cliniques ne sont présentes que dans environ 45 % des cas (ASPC, 2011). • Fréquemment, ces virus causent des infections des voies respiratoires supérieures avec des symptômes de rhume commun, de pharyngite, de trachéite ou d'amygdalite. Des manifestations plus systémiques comme la fièvre, des céphalées, des myalgies et de la douleur abdominale sont rapportées. Chez les enfants, des otites moyennes aiguës et de la fièvre pharyngoconjonctivale (combinaison d'une pharyngite, d'une conjonctivite et de fièvre) peuvent survenir. Ils sont aussi une source importante de gastroentérites (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Les adénovirus ont déjà été associés à des syndromes coqueluchoïdes, du croup, des amygdales exsudatives, des adénopathies cervicales, des adénites mésentériques, des hépatites sévères ou des cystites hémorragiques (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Généralement, les symptômes durent de trois à cinq jours (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • Infections disséminées, infections des voies respiratoires inférieures (pneumonies sévères, bronchiolites oblitérantes). Des cas sporadiques de méningites, d'encéphalites et d'hépatites peuvent survenir (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).

ADÉNOVIRUS (SOUCHES RESPIRATOIRES) (SUITE)

Personnes à risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> Personnes immunosupprimées (particulièrement les receveurs de cellules souches hématopoïétiques et de greffes d'organes solides), nouveau-nés et jeunes enfants (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Réservoir en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> Sécrétions respiratoires des usagers, des travailleurs et des travailleuses de la santé (TdeS) et des personnes en visite lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.
Survie dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des types peuvent demeurer stables pendant une semaine à 36 °C, pendant plusieurs semaines à la température ambiante et pendant plusieurs mois à 4 °C (par ex. sur des surfaces inanimées sèches de sept jours à trois mois et dans l'eau du robinet pendant des semaines) (ASPC, 2011). Ils ne sont pas facilement désactivés par plusieurs désinfectants (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> Deux à quatorze jours (ASPC, 2011; CDC, 2024c; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; VCH, 2025).
Excrétion virale	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à la résolution des symptômes. Les infections sont plus contagieuses au début de la maladie (VCH, 2025). L'excrétion virale est détectable d'un à trois jours à partir du début des symptômes chez les personnes atteintes d'une pharyngite. Elle peut aussi être intermittente et prolongée, voir durer des mois, particulièrement chez la clientèle immunosupprimée (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025; VCH, 2025).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des symptômes.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Non disponible.
Immunité	<ul style="list-style-type: none"> Chez les personnes en santé, l'infection à un type d'adénovirus devrait conférer une certaine immunité pour celui-ci. En cas de réinfection, les symptômes devraient être diminués (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).

5 BOCAVIRUS HUMAIN

Agents infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus non enveloppés de la famille des Parvoviridae identifiés en 2005. Quatre géotypes (1 à 4) (Guido <i>et al.</i>, 2016; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025) : <ul style="list-style-type: none"> - Type 1 : détecté dans les sécrétions respiratoires. - Type 2-3-4 : détectés dans les selles.
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Ces virus sont omniprésents et sont souvent retrouvés en co-infection avec d'autres virus, ainsi que chez des enfants en bonne santé, ce qui rend leur rôle pathogène incertain (Karalar <i>et al.</i>, 2010; Bruning <i>et al.</i>, 2016; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). Aussi, le type 1 peut être détecté par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) dans les voies respiratoires plusieurs semaines après l'infection. Ce qui réduit sa valeur diagnostique (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Le virus a été identifié chez plus de 33 % des enfants présentant une infection des voies respiratoires aiguë, dans divers milieux de soins et de garde (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Basé sur une étude de sérologies, les bocavirus seraient omniprésents durant l'enfance : dès l'âge de six ans, > 80 % ont des anticorps pour le type 1, 50 % pour le type 2, 10 % pour le type 3 et 0 % pour le type 4. En contrepartie, les infections à bocavirus sont plus rares chez les adultes (Kantola <i>et al.</i>, 2015; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • L'incidence est plus faible chez les nourrissons, ce qui est probablement dû à la forte prévalence des immunoglobulines G (IgG) maternelles protectrices contre les infections à bocavirus (Karalar <i>et al.</i>, 2010).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement, ces virus causent des infections bénignes. • Infection des voies respiratoires supérieures, toux, rhinorrhée, respiration sifflante et fièvre peuvent se manifester (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les enfants : infections des voies respiratoires inférieures (pneumonie, bronchiolite), respiration sifflante, exacerbation de l'asthme et otite moyenne aiguë (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Des cas d'infection respiratoire sévère ayant nécessité une admission aux soins intensifs ont été rapportés (Moesker <i>et al.</i>, 2015; Escola, 2017) ainsi que de rares cas d'encéphalites, de myocardites et d'infections disséminées (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).

BOCAVIRUS HUMAIN (SUITE)

Personnes à risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes enfants (surtout chez les moins de deux ans), présence de maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques, cancer et immunosuppression (Christensen, 2019).
Réservoir en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.
Survie dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Agents pathogènes extrêmement stables, résistants aux désinfectants et aux traitements thermiques. Cette propriété peut faciliter la transmission entre les enfants en milieux de soins (Karalar <i>et al.</i>, 2010).
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Non établie (Christensen, 2019; VCH, 2025).
Excrétion virale	<ul style="list-style-type: none"> • Durée de la maladie (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). La durée de l'infection active est estimée à six jours (Bruning <i>et al.</i>, 2016). • Approximativement 15 % des enfants demeurent positifs après trois semaines ou plus, mais l'excrétion intermittente et prolongée peut durer jusqu'à un an après la détection, particulièrement chez les immunosupprimés (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des symptômes.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponible.
Immunité	<ul style="list-style-type: none"> • Non.

6 CORONAVIRUS (SRAS-COV-2)

Les informations contenues dans cette section reflètent l'état des connaissances au moment de la rédaction. La publication de nouvelles connaissances ou la survenue d'un nouveau variant pourraient les faire évoluer.

<p>Agents infectieux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virus enveloppés de la famille des Coronaviridae, à acide ribonucléique (ARN). Le SRAS-CoV-2 cause la maladie nommée COVID-19. • Ils introduisent des erreurs de copie de leur matériel génétique lors de l'infection (mutations). La plupart sont sans conséquence, mais sont toutefois susceptibles de modifier certaines caractéristiques du virus et peuvent avoir des impacts épidémiologiques tels que : transmissibilité accrue, échappement immunitaire ou vaccinal et parfois, risque accru de maladie grave. Ces changements sont normaux dans l'évolution des virus et actuellement, des milliers de variants de la souche initiale du SRAS-CoV-2 circulent dans le monde et de nouveaux sont susceptibles d'apparaître (ASPC, 2023; INSPQ, 2023). <p>Se référer à : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/labo/variants pour en connaître davantage sur les variants du SRAS-CoV-2.</p>
<p>Épidémiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En janvier 2020, les autorités chinoises ont annoncé qu'elles avaient identifié un nouveau coronavirus comme étant la cause de cas inexplicables de pneumonie virale signalés pour la première fois en décembre 2019 à Wuhan, en Chine (ASPC, 2023). Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré l'épidémie de SRAS-CoV-2 comme une pandémie (OMS, 2021). En mai 2023, l'OMS annonce la fin de l'urgence sanitaire à portée internationale. • Au début de la pandémie, l'émergence du SRAS-CoV-2 a pratiquement éradiqué la circulation d'autres virus respiratoires, ce qui a été attribué en grande partie aux mesures sanitaires en place. Par la suite, la saisonnalité des autres virus a changé partiellement à cause de la co-circulation avec le SRAS-CoV-2 (Contes et Liu, 2025). • Selon l'OMS, une saisonnalité claire n'est pas installée à ce jour pour le SRAS-CoV-2 (OMS, 2025).
<p>Mode de transmission</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
<p>Tableau clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certains cas peuvent demeurer asymptomatiques. La proportion exacte de cas asymptomatiques est difficile à estimer et demeure donc inconnue pour le moment (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Toutefois, certaines méta-analyses abordant la question mentionnent des proportions allant de 19 % (Buitrago-Garcia <i>et al.</i>, 2022), à 25 % (Alene <i>et al.</i>, 2021) ou à 33 % (Oran et Topol, 2021) de cas, mais celles-ci pourraient varier selon les variants circulants.

CORONAVIRUS (SRAS-COV-2) (SUITE)

<p>Tableau clinique (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les adultes peuvent présenter un large éventail de symptômes puisque les variants peuvent produire un profil de symptômes différents; ils peuvent être associés à des infections légères ou sévères et l'intensité des signes et symptômes peut varier selon l'immunité acquise d'infections précédentes (ASPC, 2023; CDC, 2024a; Blaser <i>et al.</i>, 2025) : <ul style="list-style-type: none"> - Généraux : frissons, fièvre, fatigue, myalgies, céphalées. - Voies respiratoires supérieures : rhinorrhée, toux nouvelle ou aggravée. - Voies respiratoires inférieures : hypoxie, symptômes associés à la pneumonie. - Moins fréquents : symptômes touchant les systèmes gastro-intestinal, hématologique ou nerveux, éruptions cutanées et problèmes oculaires. - Autres : anosmie et agueusie (très caractéristiques de la COVID-19 et souvent associés à une forme légère de la maladie). • Les enfants et les adolescents sont souvent asymptomatiques ou développent une forme bénigne de la maladie. Lorsqu'ils sont symptomatiques, les symptômes communs observés chez les enfants sont la fièvre et la toux. D'autres symptômes peuvent inclure essoufflement, mal de gorge, maux de tête, myalgie, fatigue, congestion et rhinorrhée. Des symptômes gastro-intestinaux pourraient survenir sans symptômes respiratoires. L'anosmie et l'agueusie, si elles surviennent, sont plus communes aux adolescents qu'aux jeunes enfants (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Les co-infections sont possibles avec d'autres virus respiratoires et les impacts cliniques de celles-ci peuvent varier. Une maladie plus longue et plus sévère peut survenir, particulièrement chez la clientèle immunosupprimée (Contes et Liu, 2025). L'incidence de ces co-infections peut être très variable (Malteizou <i>et al.</i>, 2023) et affecterait en plus grande partie les moins de 16 ans (Trifonova, 2024).
<p>Complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de détresse respiratoire aiguë, choc d'origine vasculaire, trouble de la coagulation, syndrome de Guillain-Barré, syncope, troubles cardiaques (infarctus du myocarde, arythmies, myocardite), insuffisance rénale aiguë et décès (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Peut provoquer, dans de très rare cas, le syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant (SIME). Celui-ci peut survenir de 2 à 6 semaines post-infection, même pour ceux ayant développé une maladie bénigne ou ayant été asymptomatiques (ASPC, 2023; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). Un syndrome similaire, le syndrome inflammatoire multisystémique de l'adulte (SIMA), a également été décrit (ASPC, 2023). • Un autre type de syndrome qui peut apparaître après la phase aiguë de la maladie est appelé « COVID longue » ou « syndrome post-COVID-19 » ou « affection post-COVID-19 ». La prévalence exacte n'est pas connue. Les symptômes peuvent varier, mais ils ont tous un impact sur le fonctionnement quotidien de l'individu (ASPC, 2023; CDC 2025a). La physiopathologie de ce syndrome n'est pas bien comprise à ce jour et pourrait être expliquée par différentes étiologies.

CORONAVIRUS (SRAS-COV-2) (SUITE)

<p>Personnes à risque de complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un âge avancé constitue un facteur de risque de développer une forme grave de la maladie. Le risque de décès serait 65 fois plus élevé chez les personnes âgées de plus de 65 ans comparativement au groupe de référence des 18-29 ans (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Certaines conditions médicales peuvent augmenter le risque de maladie grave, particulièrement chez les non vaccinés : maladies pulmonaires chroniques, maladies rénales, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, immunosuppression, démence, grossesse. (ASPC, 2023; CDC 2025b; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
<p>Réservoir en milieu de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par les sécrétions nasopharyngées peut être un réservoir potentiel.
<p>Survie dans l'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peut survivre pendant de longues périodes à température ambiante sur différents types de surfaces (ASPC, 2023) : <ul style="list-style-type: none"> - Le vinyle, l'acier, le verre, le papier et les billets de banque en polymère (jusqu'à 28 jours); - Le coton (jusqu'à 14 jours); - Les surfaces en polymère (jusqu'à 13 jours); - Le plastique, les masques faciaux et les gants en latex (jusqu'à 7 jours); - Le carton et le bois (jusqu'à 2 jours). • Sensible aux désinfectants qui ont fait leurs preuves contre les virus enveloppés (ASPC, 2023).
<p>Période d'incubation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deux à 14 jours (médiane 5-6 jours) (ASPC, 2023; CDC, 2024; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). Peut varier selon les différents variants (CDC, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • L'incubation peut-être plus longue chez les personnes âgées (ASPC, 2023.)

CORONAVIRUS (SRAS-COV-2) (SUITE)

<p>Excrétion virale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La durée d'excrétion virale du SRAS-CoV-2 semble varier selon les études consultées. • Plusieurs études, réalisées depuis l'arrivée du variant Omicron, ont comparé la durée d'excrétion virale pour différents groupes de population. De façon générale, la plupart de ces études rapportent une excrétion virale se situant entre 7 et 14 jours, avec une moyenne se situant le plus souvent autour de 10 jours (Khemiri <i>et al.</i>, 2025; Wan <i>et al.</i>, 2024; Huang <i>et al.</i>, 2024; Gao <i>et al.</i>, 2023; Kang <i>et al.</i>, 2023a; Drain <i>et al.</i>, 2023; Keske <i>et al.</i>, 2023). La durée est habituellement considérée comme plus courte (7 à 10 jours) lorsqu'analysée par culture virale plutôt que par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN). Certaines études (Gao <i>et al.</i>, 2023; Wu <i>et al.</i>, 2023; Keske <i>et al.</i>, 2023) rapportent que la durée d'excrétion serait plus courte chez les cas asymptomatiques comparativement aux cas symptomatiques. Une étude menée au Québec (Dzieciolowska <i>et al.</i>, 2024) rapporte également que la durée d'excrétion virale pourrait être plus courte chez les personnes réinfectées, comparativement à un épisode initial. • Une méta-analyse recoupant la période du 11 novembre 2021 au 11 novembre 2022 a mesuré le temps moyen de contagiosité durant la période Omicron (majoritairement pour les sous-lignées de BA.1 et BA.2) (Wu <i>et al.</i>, 2023). En se basant sur les travaux de 11 études quantifiant le temps d'excrétion de virus viables via la culture virale, ils ont estimé la durée moyenne de contagiosité à 5,2 jours (IC à 95 % : [4,2 à 6,1]) à partir de la date du début des symptômes. Cette estimation a été majoritairement réalisée auprès de sujets ayant développé une maladie légère à modérée. Une hétérogénéité élevée (I² = 95 %) entre les études a toutefois été rapportée pour cette analyse (Wu <i>et al.</i>, 2023). • Concernant les personnes immunosupprimées, plusieurs études (périodes pré-Omicron et Omicron) démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires pour des périodes prolongées comparativement à des personnes immunocompétentes (SPO, 2021; Benotmane <i>et al.</i>, (2020); DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020; Wu et McGoogan, 2020; Kang <i>et al.</i>, 2023a; Zhang <i>et al.</i>, 2023; Kang <i>et al.</i>, 2023b).
<p>Traitement et prophylaxie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des symptômes. • Le nirmatrelvir/ritonavir et le remdesivir sont des antiviraux qui peuvent être administrés au tout début de l'infection et qui visent à réduire la gravité des symptômes chez les personnes à risque de complications (Gouvernement du Québec, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Se référer au guide d'usage optimal de l'INESSS : Guide d'usage optimal : Covid-19
<p>Vaccination</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les informations concernant la vaccination, se référer au : Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) - Professionnels de la santé - MSSS
<p>Immunité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des réinfections peuvent survenir. Elles sont pour la majorité bénignes, mais une maladie sévère peut toutefois survenir. L'immunité conférée par la maladie ou par le vaccin diminue après quelques mois et rend donc possible la réinfection puisqu'il se produit une diminution des anticorps (CDC, 2024b; Blaser <i>et al.</i>, 2025).

7 CORONAVIRUS (EXCLUANT SRAS-COV-2)¹

Agents infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus enveloppés de la famille des Coronaviridae. • Cinq souches infectent l'humain, notamment les 229E, OC43, NL63 et HKU1 (ASPC, 2020). • Les coronavirus (CoV) mutent et se recombinent fréquemment (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Infections plus fréquentes à l'hiver et au printemps. Jusqu'à 35 % des infections respiratoires seraient associées aux CoV pendant le pic des infections virales. Globalement, la portion des adultes avec un rhume associé à un CoV est estimée à 15 % (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Des données de séroprévalence indiquent que l'exposition au CoV est commune dans la petite enfance et que 60 à 90 % des adultes ont été exposés à un type de CoV (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Les infections à CoV ne sont généralement pas diagnostiquées en raison de leur caractère bénin et spontanément résolutif (ASPC, 2020). • Les CoV provoquent des épidémies tous les deux à trois ans (Kim <i>et al.</i>, 2017; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Caused une infection bénigne (parfois asymptomatique) à résolution spontanée qui touche les voies respiratoires supérieures : rhinorrhée, congestion nasale, mal de gorge, éternuements et toux. La fièvre peut parfois survenir. Le pic des symptômes survient au jour 3 ou 4 de la maladie. Des infections asymptomatiques peuvent survenir à tout âge (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Parfois en co-infection avec d'autres virus respiratoires, particulièrement rhinovirus, adénovirus, métagneumovirus, bocavirus, parainfluenza, influenza et virus respiratoire syncytial. Cela rend parfois la pathogénicité des CoV difficile à prouver (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent provoquer des infections des voies respiratoires inférieures chez l'adulte en santé telles que pneumonie, bronchite et exacerbation de l'asthme. Peuvent aussi causer un syndrome grippal chez la personne âgée (Lessler <i>et al.</i>, 2009; ASPC, 2020; Kim <i>et al.</i>, 2017; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Chez les enfants, peuvent provoquer une otite moyenne aiguë, un croup et une exacerbation de l'asthme. Chez les plus jeunes enfants et ceux immunosupprimés, peuvent causer des infections des voies respiratoires inférieures (pneumonie, bronchiolite) (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Bronchite et pneumonie chez les personnes âgées. • Pneumonie chez les personnes immunosupprimées.

¹ Pour le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS CoV), voir la fiche technique *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)* disponible au <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-271-06W.pdf> ou autres directives émises.

CORONAVIRUS (EXCLUANT SRAS-COV-2) (SUITE)

Personnes à risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes enfants, personnes âgées et immunosupprimées (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Réservoir en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.
Survie dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent survivre jusqu'à six jours en milieu aqueux et jusqu'à trois heures sur des surfaces inertes sèches (ASPC, 2020). • L'Agence de la santé publique du Canada (2020) rapporte qu'une résistance aux composés d'ammonium quaternaire à 0,04 % et aux dérivés phénoliques peut avoir un impact sur la gestion des éclosions.
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Deux à cinq jours (médiane 3 jours) (ASPC, 2020; Blaser <i>et al.</i>, 2025; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Excrétion virale	<ul style="list-style-type: none"> • Habituellement, jusqu'à la disparition des symptômes (ASPC, 2011). • La contagiosité est maximale durant les premiers jours de la maladie (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • L'excrétion maximale survient trois ou quatre jours après l'inoculation (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des symptômes.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponible.
Immunité	<ul style="list-style-type: none"> • La réinfection est fréquente due à une diminution rapide des anticorps après l'infection. Une réinfection peut survenir aussi rapidement que six mois après la primo-infection (Blaser <i>et al.</i>, 2025).

8 ENTEROVIRUS

Agents infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus non enveloppés de la famille des Picornaviridae. • Il existe quatre types connus pour infecter l'humain, représentant plus de 120 sérotypes (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Les infections surviennent tout au long de l'année, mais sont plus prévalentes durant l'été et l'automne (juin à octobre) (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • La majorité des infections surviennent chez les nourrissons, les enfants et les adolescents (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • L'entérovirus D68 cause des infections plus graves que les autres entérovirus. Il serait le sérotype le plus prévalent selon des données de surveillance du <i>National Enterovirus Surveillance System</i> pour les données recueillies entre 2017 et 2022 aux États-Unis (Savage <i>et al.</i>, 2018; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Infection habituellement bénigne et parfois asymptomatique (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). Le tableau clinique usuel peut prendre la forme d'une maladie fébrile indifférenciée souvent accompagnée de symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures tels que : éternuements, toux, rhinorrhée, congestion nasale, mal de gorge, céphalée, myalgie rendant parfois les entérovirus indifférenciables d'autres virus respiratoires (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025; VCH, 2025; ASPC, 2015). • Ils peuvent être responsables de plusieurs syndromes cliniques sévères, particulièrement chez la clientèle néonatale : méningite, encéphalite, myélite, paralysie flasque aiguë, pleurodynie, exanthème, maladie pieds-mains-bouche, myopéricardite, conjonctivite hémorragique aiguë et gastroentérite (ASPC, 2015; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024, Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • L'entérovirus D68 est responsable de maladies respiratoires sévères et responsable d'éclosions (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Personnes à risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> • La grossesse peut augmenter la sévérité des infections à entérovirus (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Les nouveau-nés, particulièrement ceux n'ayant pas bénéficié d'anticorps transplacentaires, sont à risque de sepsis viral, méningoencéphalite, myocardite, hépatite, coagulopathie et pneumonie (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Réservoir en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.

ENTEROVIRUS (SUITE)

Survie dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent survivre pendant des mois dans des conditions favorables : pH neutre, humidité élevée (ASPC, 2020). • Peuvent survivre assez longtemps dans l'environnement pour se transmettre via les fomites et l'eau contaminée (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Trois à cinq jours (peut varier de 2 à 14 jours) (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Trois à six jours (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Quatre à cinq jours (ASPC, 2015).
Excrétion virale	<ul style="list-style-type: none"> • L'excrétion des virus dans les sécrétions de la gorge et les selles peut se produire plusieurs jours avant le début des symptômes. L'excrétion peut se poursuivre de 1 à 3 semaines après la maladie pour les sécrétions respiratoires et plusieurs semaines pour les selles (généralement de 2 à 8 semaines). Toutefois la transmissibilité maximale survient au début de la maladie (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Le taux d'attaque peut être élevé dans un groupe d'individu séronégatif (Blaser <i>et al.</i>, 2025). La transmission peut survenir par un individu asymptomatique (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des symptômes.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponible.
Immunité	<ul style="list-style-type: none"> • La réinfection avec le même sérotype est possible. Toutefois, la durée de l'excrétion des virus est considérablement plus courte que lors de la primo-infection (Blaser <i>et al.</i>, 2025).

9 INFLUENZA SAISONNIÈRE (EXCLUANT SOUCHE AVIAIRE)

Agents infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus enveloppés de la famille des Orthomyxoviridae. Il existe trois types qui donnent des infections chez les humains : A, B et C (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Les virus influenza causent la maladie appelée grippe.
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Circulation généralement entre novembre et avril (Blaser <i>et al.</i>, 2025), avec un pic entre décembre et février (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Les virus de type A et B sont responsables des épidémies qui se produisent principalement l'hiver en Amérique du Nord. Des pandémies associées au type A peuvent survenir et sont associées à l'émergence d'un variant antigénique pour lequel la population a une faible ou aucune immunité. (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Le taux d'hospitalisation est autant élevé chez les enfants en bas de cinq ans que les personnes âgées de plus de 65 ans. Les enfants en bas de deux ans sont plus à risque d'hospitalisations que les enfants plus âgés (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Le type C n'est pas reconnu pour causer des épidémies chez l'humain (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées. • Certaines études expérimentales font état d'une possible transmission par la voie aérienne, mais l'apport de ce mode de transmission demeure incertain et controversé (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Les virus de type A et B induisent un tableau clinique habituellement assez intense qui se manifeste soudainement avec l'un ou plusieurs des symptômes suivants : toux sèche, fièvre, mal de gorge, myalgies, arthralgies, prostration et fatigue extrême. Subséquemment, des symptômes au niveau des voies respiratoires supérieures peuvent se manifester : rhinorrhée claire (moins fréquente que la congestion nasale), mal de gorge, exacerbation de la toux. Les symptômes systémiques durent généralement trois jours, soit la durée typique de la fièvre. La prédominance des symptômes systémiques distingue l'influenza des autres virus respiratoires. • Les virus de type C donnent des infections bénignes chez l'humain (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Chez les enfants, la présentation des symptômes peut être similaire à celle chez l'adulte, mais des différences peuvent être observées : symptômes gastro-intestinaux, croup, syndrome coqueluchoïde, bronchiolite et pneumonie. Des myosites secondaires sont possibles (sensibilité aux mollets et refus à la marche). Les nourrissons peuvent présenter une infection de type « sepsis non spécifique » (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • La présentation clinique peut être atypique et la fièvre absente chez la personne âgée ou la personne vaccinée.

INFLUENZA SAISONNIÈRE (EXCLUANT SOUCHE AVIAIRE) (SUITE)

<p>Complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complications pulmonaires : pneumonie, exacerbation de maladies pulmonaires existantes. • Complications non pulmonaires : otite, sinusite, myosite, complications cardiaques (myocardite, péricardite), syndrome de choc toxique, syndrome de Guillain-Barré (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Chez l'enfant, des complications neurologiques peuvent survenir allant des convulsions fébriles à l'encéphalite. Le syndrome de Reye chez l'enfant a déjà été associé à la grippe si un traitement à l'aspirine a été administré durant l'infection (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
<p>Personnes à risque de complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines clientèles comme les usagers ayant des problèmes de santé chroniques, les personnes âgées de plus de 65 ans, les enfants de moins de cinq ans (particulièrement ceux en bas de deux ans), les personnes immunosupprimées et les femmes enceintes (particulièrement aux 2^e et 3^e trimestre) peuvent développer des infections plus sévères ou présenter des complications (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
<p>Réservoir en milieu de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.
<p>Survie dans l'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les virus peuvent survivre 24 à 48 heures sur des surfaces dures non poreuses comme l'acier inoxydable et le plastique, et pendant 8 à 12 heures environ sur du tissu, du papier ou un papier-mouchoir (ASPC, 2023).
<p>Période d'incubation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un à quatre jours (ASPC, 2022; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Pourrait être d'un à deux jours, mais cela pourrait varier (18 à 72 heures) dépendamment de l'inoculum (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
<p>Excrétion virale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chez l'adulte, de 24 heures avant le début des symptômes et jusqu'à cinq jours après le début de ceux-ci. L'excrétion virale est à son pic durant les premiers jours de l'infection. • Chez les enfants, les personnes âgées et les personnes immunosupprimées, la durée de la contagiosité peut se prolonger jusqu'à sept jours après le début des symptômes (ASPC, 2022; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Chez les plus jeunes enfants et ceux immunosupprimés, l'excrétion peut même se prolonger à 10 jours ou plus (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Les virus sont détectables dans les voies respiratoires au début des symptômes et les titres demeurent élevés pour 24 à 48 heures. Ces derniers chutent rapidement par la suite et ne sont plus détectables après 5 à 10 jours. L'excrétion virale chez les enfants, les personnes âgées et les immunosupprimés peut être prolongée (Blaser <i>et al.</i>, 2025).

INFLUENZA SAISONNIÈRE (EXCLUANT SOUCHE AVIAIRE) (SUITE)

Traitement et prophylaxie	<ul style="list-style-type: none">• Prise en charge des symptômes.• Se référer au guide d'usage optimal de l'INESSS : Guide d'usage optimal - Traitement et prophylaxie de l'influenza chez l'enfant et l'adulte dans le contexte de la COVID-19
Vaccination	<ul style="list-style-type: none">• Pour les informations concernant la vaccination, se référer au protocole d'immunisation du Québec (PIQ) : Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) - Professionnels de la santé - MSSS
Immunité	<ul style="list-style-type: none">• Les virus de l'influenza subissent une évolution antigénique constante (dérive antigénique) ainsi que des changements majeurs sporadiques (déplacement antigénique) qui leur permettent de réinfecter des individus qui ont déjà été infectés.• La protection conférée par le vaccin peut varier selon l'arrimage entre les souches circulantes et celles composant le vaccin (Blaser <i>et al.</i>, 2025).• L'immunité conférée lors d'une infection permet une protection contre une réinfection par la même souche. La réinfection dans la même saison grippale demeure possible, mais est rare. Aussi, il semble qu'il puisse exister une certaine immunité croisée partielle entre les souches (Price <i>et al.</i>, 2022).

10 MÉTAPNEUMOVIRUS HUMAIN

Agent infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus enveloppés de la famille des Pneumoviridae. Il existe deux sous-types majeurs (A et B). Des analyses génétiques suggèrent qu'il est très similaire au virus respiratoire syncytial (VRS) (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Pic à la fin de l'hiver et au printemps (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Des études de séroprévalence indiquent qu'à l'âge de cinq ans, la plupart des enfants ont été infectés. Ce virus représente 2 à 7 % de toutes les infections respiratoires symptomatiques chez les enfants au cours des cinq premières années de vie. La primo-infection surviendrait à un âge légèrement plus élevé que pour le virus respiratoire syncytial (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Des éclosions dans des installations de soins de longue durée, touchant plus de 50 % des résidents, ont été documentées (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • La majorité des enfants infectés peuvent présenter de la fièvre, un mal de gorge, de la rhinorrhée, de la toux et une respiration sifflante. Chez cette clientèle, peu d'infections à métapneumovirus humain (MPV) sont asymptomatiques. Des symptômes moins fréquents tels qu'une éruption maculopapuleuse au niveau du tronc et de la diarrhée ont été décrits (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Chez l'adulte, la fièvre, la toux et la dyspnée sont les symptômes les plus fréquents. Chez la personne âgée, la respiration sifflante et la dyspnée peuvent survenir plus souvent (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Une étude mentionne que 30 % des infections à MPV peuvent être asymptomatiques chez l'adulte (Galenti, 2019).
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les enfants, une conjonctivite, une pharyngite, une laryngite, le croup et une exacerbation de l'asthme pourraient survenir à une fréquence variable. L'otite moyenne aiguë chez l'enfant en bas de trois ans a été documentée chez plus de 60 % des cas (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Infections des voies respiratoires inférieures, particulièrement chez les enfants en bas de trois ans et les personnes âgées (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Il existe une possibilité de complications neurologiques (convulsion, ataxie et encéphalite) (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Personnes à risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les personnes ayant des maladies chroniques cardiaques ou pulmonaires, les personnes âgées, les immunosupprimés et les jeunes enfants (particulièrement ceux ayant des antécédents de prématurité) (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Réservoir en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.

MÉTAPNEUMOVIRUS HUMAIN (SUITE)

Survie dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> Le MPV peut survivre jusqu'à six heures sur des surfaces non poreuses contaminées (Blaser et al., 2025).
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> La période d'incubation n'est pas connue avec précision, mais des cas de transmission nosocomiale suggèrent une période de 5 à 6 jours (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Excrétion virale	<ul style="list-style-type: none"> Une à deux semaines (VCH, 2025). La détection du MPV par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) peut survenir jusqu'à 4 semaines chez les enfants atteints d'une infection primaire, bien que la positivité de la culture soit rare après une semaine (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des symptômes.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Non disponible.
Immunité	<ul style="list-style-type: none"> L'immunité au MPV est incomplète et une réinfection peut survenir tout au long de la vie (Blaser <i>et al.</i>, 2025).

11 PARAINFLUENZA TYPES 1 À 4

Agents infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus enveloppés de la famille des Paramyxoviridae. • On retrouve quatre sérotypes de virus parainfluenza (PIV) chez l'humain : PIV-1, PIV-2, PIV-3 et PIV-4.
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Les PIV-1 et PIV-2 présentent un pic d'infection à l'automne, tandis que le PIV-3 présente un pic davantage au printemps. Durant les années où le PIV-1 circule moins, l'activité du PIV-3 est généralement plus élevée. Peu de données sont disponibles pour la circulation du PIV-4, car ce type cause des infections moins sévères (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Les PIV sont une cause importante d'infections respiratoires des voies supérieures et inférieures. Chez l'enfant, ils sont la principale cause du croup et sont responsables de 13 à 40 % des infections des voies respiratoires inférieures et de 4 à 14 % des hospitalisations pour cause respiratoire. Aussi, ils seraient le troisième virus isolé chez les 16 à 65 ans pour qui une hospitalisation est requise et auraient des taux d'infection similaire à ceux du virus respiratoire syncytial pour cette clientèle (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Plus de 50 % des enfants ont une infection à PIV-3 dans leur première année de vie et une première infection aux PIV-1 et 2 entre 3 et 5 ans. Quatre-vingt-dix pour cent des adultes ont les anticorps pour tous les sérotypes de parainfluenza (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Des éclosions ont été documentées en pédiatrie, en unité d'hémo-oncologie ou de greffe et dans les installations de soins de longue durée (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Chez l'adulte immunocompétent, l'infection est asymptomatique ou légère et se limite aux voies respiratoires supérieures avec des symptômes comme de la fièvre, de la rhinorrhée et un mal de gorge (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Chez l'enfant, l'infection est aussi limitée aux voies respiratoires supérieures, avec seulement 15 % des infections associées aux voies respiratoires inférieures. Bien qu'aucun virus particulier ne soit associé à une présentation clinique classique (Blaser <i>et al.</i>, 2024), des sérotypes spécifiques de PIV sont plus fortement associés à certaines présentations cliniques (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024) : <ul style="list-style-type: none"> - PIV-1 et PIV-2 : sont souvent associés au croup et à des bronchiolites. - PIV-3 : est associé à des infections plus sévères surtout chez les personnes immunosupprimées où l'infection peut progresser vers une infection des voies respiratoires inférieures. Il est aussi associé aux pneumonies ou aux bronchiolites chez les nourrissons et les jeunes enfants. - PIV-4 : est associé à des infections légères des voies respiratoires supérieures et inférieures. Ces infections sont moins décrites.

PARAINFLUENZA TYPES 1 À 4 (SUITE)

Tableau clinique (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Le pic des symptômes se situe de deux à cinq jours après le contact avec le virus (Blaser <i>et al.</i>, 2025). L'infection dure en moyenne 7 à 10 jours (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Complications	<ul style="list-style-type: none"> Exacerbation de l'asthme et de maladies pulmonaires chroniques chez l'adulte et l'enfant. Peuvent causer une infection réfractaire, une pneumonie sévère avec dissémination extrapulmonaire chez les enfants immunosupprimés et ceux ayant eu une transplantation de cellules hématopoïétiques (particulièrement le PIV-3) (Blaser <i>et al.</i>, 2025; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). Des complications autres que respiratoires sont possibles : otites moyennes aiguës, syndrome de fièvre indifférenciée, convulsions fébriles, parotidite, rhabdomyolyse, méningite, encéphalite, myocardite, péricardite et Syndrome de Guillain-Barré (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Personnes à risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> Certaines clientèles comme les usagers ayant des maladies pulmonaires chroniques, les personnes immunosupprimées, les nourrissons et les jeunes enfants (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Réservoir en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.
Survie dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> Des données montrent que le PIV-3 peut survivre jusqu'à 10 heures sur des surfaces non poreuses et 4 heures sur des surfaces poreuses. Le taux de survie sur la peau humaine s'est révélé plus faible; le PIV-3 perd plus de 90 % de son infectiosité dans les 10 premières minutes lorsqu'il se retrouve sur les doigts (ASPC, 2017).
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> 2 à 4 jours (ASPC, 2017). 2 à 6 jours (Lessler <i>et al.</i>, 2009; VCH, 2025; Blaser <i>et al.</i>, 2025; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Excrétion virale	<ul style="list-style-type: none"> Ils nécessitent une faible dose infectieuse pour causer une infection et ont un taux d'attaque élevé (ASPC, 2017). L'excrétion peut se produire une semaine avant le début des symptômes jusqu'à la fin de l'infection. L'excrétion virale peut durer plusieurs semaines et être prolongée chez les immunosupprimés (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des symptômes.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Non disponible.
Immunité	<ul style="list-style-type: none"> Une infection ne confère pas une immunité complète, les réinfections peuvent survenir, mais l'infection est à ce moment moins forte et limitée aux symptômes des voies respiratoires supérieures (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).

12 RHINOVIRUS

Agent infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus non enveloppés de la famille des Picornavirus. Les 3 sous-espèces comprennent plus de 160 types (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Les rhinovirus sont les virus respiratoires les plus communs qui infectent avec une incidence de 0,75 infection par année chez l'adulte et 1,2 à 6 infections par année chez l'enfant (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Ils sont impliqués dans jusqu'à 80 % des infections des voies respiratoires supérieures durant les pics saisonniers et jusqu'à 50 % en autre temps (ASPC, 2010; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Ils ont un taux d'attaque élevé (ASPC, 2010). • Ils sont présents toute l'année, mais avec des pics au printemps (avril et mai) et à l'automne (août et septembre). La saisonnalité à ce jour n'est pas parfaitement comprise, mais pourrait s'expliquer par le retour à l'école et la relâche scolaire du printemps (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Plus de 20 % des enfants auront fait une infection à rhinovirus avant l'âge de six mois (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Des études épidémiologiques ont montré que les enfants de moins de sept ans sont plus sensibles que les adultes (ASPC, 2010).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement, ces virus causent des infections bénignes. • Ils sont la cause la plus fréquente des rhumes communs et des rhinosinusites (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Souvent, le premier symptôme à se manifester est le mal de gorge suivi de rhinorrhée ou de congestion nasale, d'enrouement, d'éternuements, de maux de tête et parfois un peu de fièvre (généralement absente). Le pic des symptômes survient généralement 2 à 4 jours après le début des symptômes et a une durée médiane de 7 à 10 jours (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Chez l'enfant, des myalgies, des céphalées, une faible fièvre, des éternuements ou de la toux peuvent survenir (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • Surinfections bactériennes telles qu'une sinusite (0,5 à 8 %) et des otites moyennes aiguës (2 % chez l'adulte) (ASPC, 2010; Blaser <i>et al.</i>, 2025). Chez les enfants, une otite moyenne aiguë, une infection des voies respiratoires inférieures (pneumonie et bronchiolite particulièrement chez les jeunes enfants) peuvent survenir (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Ils sont une cause d'exacerbations de maladies pulmonaires chroniques comme l'asthme (jusqu'à 85 % chez les enfants et 50 % chez les adultes), les maladies pulmonaires obstructives et la fibrose kystique. Aussi, ces virus sont la seconde cause de bronchiolite chez les jeunes enfants (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Ils sont associés à une augmentation de la mortalité chez les greffés de cellules hématopoïétiques (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).

RHINOVIRUS (SUITE)

Personnes à risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes immunosupprimées, personnes âgées (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Certaines clientèles comme les usagers ayant des problèmes de santé chroniques, les personnes âgées, les enfants de moins de cinq ans, les personnes immunosupprimées et les femmes enceintes peuvent développer des infections plus sévères ou présenter des complications.
Réservoir en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.
Survie dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Les virus peuvent survivre sur certaines surfaces (stratifié, acier inoxydable, bois verni, nylon, acétate, fibres Orlon et Dacron, laine, soie, coton, rayonne, mouchoirs en papier et papier essuie-tout) pendant un maximum d'une à trois heures et dans le mucus nasal pendant une période allant jusqu'à 24 heures. (ASPC, 2010). • Les rhinovirus sont sensibles aux désinfectants habituels (ASPC, 2010).
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • De deux à trois jours (ASPC, 2010; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; VCH, 2025; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Excrétion virale	<ul style="list-style-type: none"> • La transmission est plus élevée durant la phase aiguë des symptômes (deux à trois premiers jours de l'infection) et tant que le virus peut être détecté sur les mains et les muqueuses nasales. L'excrétion peut être prolongée chez la clientèle immunosupprimée (ASPC, 2010; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des symptômes.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponible.
Immunité	<ul style="list-style-type: none"> • Les réinfections pourraient s'expliquer par la présence de nombreux différents sérotypes pour lesquels une immunité croisée est incomplète (Zlateva <i>et al.</i>, 2014).

13 VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL

Agent infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Virus enveloppés non segmentés de la famille des Paramyxoviridae. Ils sont classifiés en deux groupes antigéniques distincts : A et B (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Le virus respiratoire syncytial (VRS) circule toute l'année, mais les éclosions surviennent principalement de la fin de l'automne jusqu'au printemps (ASPC, 2022; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Malgré l'immunisation des nouveau-nés à la naissance, ainsi que la vaccination des femmes enceintes et des personnes âgées, qui ont débuté au Québec à l'automne 2024, il est encore trop tôt à ce jour pour déterminer l'impact réel de ces nouvelles mesures sur l'épidémiologie du VRS. Des baisses du nombre de cas, des hospitalisations et des complications sont toutefois attendues à la suite de ces nouvelles mesures. • Le VRS cause des infections respiratoires aiguës chez les personnes de tout âge et est l'une des infections les plus communes dans la jeune enfance. Presque tous les enfants auront été infectés par le VRS à l'âge de deux ans (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Aux États-Unis, la bronchiolite est la cause principale des hospitalisations chez les jeunes enfants et le VRS serait responsable de 40 à 90 % de celles-ci et de 50 % des pneumonies (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Selon le rapport canadien de surveillance des virus respiratoires, la proportion des hospitalisations pédiatriques associées au VRS pour la saison 2024-2025 était de 49,3 % pour les enfants de 0 à 12 mois (Gouvernement du Canada, 2025). • Une primo-infection survient généralement dans les premières années de vie. Pour les enfants fréquentant des services de garde et dont une primo-infection a eu lieu dans la première année de vie, 60 à 75 % feront une autre infection à l'âge de 2 à 3 ans. Ce sont les enfants âgés de moins d'un an qui ont un taux d'hospitalisation le plus élevé avec une prépondérance pour les enfants de moins de six mois. • Le taux d'hospitalisation attribuable au VRS pour les adultes plus âgés est très variable et dépend notamment des comorbidités associées. Dans les installations de soins de longue durée, 5 à 27 % des infections respiratoires seraient causées par le VRS avec un taux d'attaque variant de 1 à 15 %. Toutefois, un manque de données robustes concernant les taux d'incidence pour les personnes âgées est souligné (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
Mode de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les gouttelettes infectieuses inhalées ou directement déposées sur les muqueuses de l'hôte ainsi que par contact indirect via le matériel infectieux depuis des sources environnementales contaminées.

VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (SUITE)

<p>Tableau clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les jeunes enfants, l'infection débute avec de la congestion nasale et de la toux ainsi qu'une faible fièvre. Lorsque l'infection progresse aux voies respiratoires inférieures, les manifestations cliniques suivantes peuvent être observées : toux exacerbée, augmentation des sécrétions respiratoires, respiration sifflante, dyspnée, tirage et oxygénation altérée (Blaser <i>et al.</i>, 2025). Les nourrissons (particulièrement les prématurés) peuvent aussi présenter de la léthargie, de l'irritabilité et une diminution de l'alimentation associés à de faibles symptômes respiratoires. L'apnée peut survenir même en l'absence de symptômes respiratoires (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024). • Chez les enfants plus âgés, les infections récurrentes sont, dans la majorité des cas, une infection des voies respiratoires supérieures, mais 20 à 50 % de celles-ci peuvent tout de même causer des infections des voies respiratoires inférieures, incluant l'apparition d'une respiration sifflante (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Chez l'adulte, l'infection à VRS représente toujours une réinfection et se manifeste par des symptômes touchant les voies respiratoires supérieures tels que congestion nasale et mal de gorge. Ceux-ci précèdent les symptômes des voies respiratoires inférieures de plusieurs jours. Le tableau clinique peut toutefois varier selon les comorbidités déjà existantes (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
<p>Complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le risque d'infections des voies respiratoires inférieures telles que la pneumonie, la bronchiolite ou la trachéobronchite est élevé lors de la primo-infection et est estimé survenir dans une proportion allant de 30 à 71 % dépendamment de l'âge et de la population (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • L'otite est une complication fréquente (environ 50 % des cas) chez les jeunes enfants et est plus fréquente chez les enfants de moins d'un an. Elle se développe généralement cinq jours suivant les symptômes respiratoires. Elle peut également survenir chez les enfants plus âgés et les adultes (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • L'apnée peut survenir au début de l'infection et peut précéder les symptômes respiratoires. Elle peut affecter jusqu'à 20 % des enfants hospitalisés avec une infection au VRS. Cette complication touche davantage les jeunes enfants ayant un âge gestationnel de ≤ 32 semaines ou les enfants qui ont déjà fait de l'apnée reliée à la prématurité. La physiopathologie de cette manifestation est mal connue, bien qu'elle soit non obstructive et que le pronostic soit généralement bon (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • La co-infection avec un autre virus respiratoire peut survenir chez approximativement 25 % des enfants. Elle est moins commune chez les adultes (Blaser <i>et al.</i>, 2025).

VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (SUITE)

<p>Personnes à risque de complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants ayant des conditions médicales telles que la prématurité, des maladies pulmonaires, des maladies chroniques affectant la gestion des sécrétions respiratoires ou une immunosuppression sont plus susceptibles de nécessiter une hospitalisation. Ceux ayant une maladie cardiaque congénitale, plus particulièrement ceux atteints d'une hypertension pulmonaire, sont à risque de complications sévères et pourraient nécessiter des soins intensifs et de la ventilation mécanique (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Le risque d'hospitalisation augmente pour les personnes âgées de plus de 75 ans, les personnes immunosupprimées ou tout autre adulte, sans égard à l'âge, ayant des conditions médicales telles que maladies pulmonaires chroniques, insuffisance cardiaque, obésité, insuffisance rénale, etc. (Blaser <i>et al.</i>, 2025).
<p>Réservoir en milieu de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétions respiratoires des usagers, des TdeS et des visiteurs lorsqu'ils sont porteurs (symptomatiques ou asymptomatiques). • L'environnement souillé par ces sécrétions nasopharyngées peut être aussi un réservoir potentiel.
<p>Survie dans l'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut survivre pendant 3 à 30 heures sur des surfaces non poreuses à température ambiante. Il est possible de le récupérer sur les comptoirs pendant sept heures, les tissus durant deux heures et la peau durant 20 minutes. Il peut perdre jusqu'à 90 % d'infectivité à la température ambiante après 48 heures. (ASPC, 2023).
<p>Période d'incubation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De deux à huit jours (Blaser <i>et al.</i>, 2025; VCH, 2025; ASPC, 2023; Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
<p>Excrétion virale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La durée d'excrétion se produit durant la phase active de la maladie et peut se poursuivre pendant plus de 20 jours après le rétablissement clinique (ASPC, 2022). L'excrétion est en moyenne de 10 jours, mais peut se prolonger jusqu'à 20 à 30 jours (Blaser <i>et al.</i>, 2025). • La période habituelle de détection du virus par test moléculaire est de 11 à 14 jours, mais peut être prolongée en particulier pour les jeunes enfants (trois à quatre semaines) et chez les enfants immunosupprimés (plusieurs mois) (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024).
<p>Traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des symptômes (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025). • Un traitement antiviral existe pour une clientèle très ciblée (fortement immunosupprimée).

VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (SUITE)

Vaccination	<ul style="list-style-type: none">• Pour les informations concernant la vaccination, se référer au protocole d'immunisation du Québec (PIQ) : Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) - Professionnels de la santé - MSSS• Pour les informations concernant les anticorps monoclonaux, voir le protocole d'immunisation du Québec (PIQ) : Ac-VRS : anticorps monoclonal contre le virus respiratoire syncytial (VRS) - Immunoglobulines et anticorps monoclonaux - Professionnels de la santé - MSSS
Immunité	<ul style="list-style-type: none">• Les infections répétées sont fréquentes, particulièrement chez les jeunes enfants qui peuvent avoir jusqu'à cinq ou six infections par année (ASPC, 2023).• Malgré l'absence d'immunité durable, le risque et la gravité de l'infection sont réduits par la présence plus élevée d'anticorps (Kimberlin <i>et al.</i>, 2024; Blaser <i>et al.</i>, 2025).

RÉFÉRENCES

- Amini, R. et R. Gilca. (2025). *Surveillance des hospitalisations associées au SRAS-CoV-2 et aux autres virus respiratoires : saison 2022-2023*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3669>
- Alene, M., Yismaw, L., Assemie, M.A., Ketema, D.B., Mengist, B. *et al.* (2021) Magnitude of asymptomatic COVID-19 cases throughout the course of infection: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*,16(3). [10.1371/journal.pone.0249090](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249090)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2010, 2011, 2017, 2020, 2021, 2022, 2023). *Section biosûreté et biosécurité, Fiches techniques santé-sécurité : agents pathogènes. Fiches consultées : adénovirus types 1, 2, 3, 4, 5 et 7 (2011), coronavirus humain (2020), Coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS CoV-2) : Substances infectieuses (2021), rhinovirus (2010), virus de l'Influenza de type A (2022), virus de la grippe (B et C) (2010), virus Coxsackies (2020), virus de virus para-influenza humain (2017), virus respiratoire syncytial (2023)*. <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). (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>
- Benotmane, I., Gautier-Vargas, G., Wendling, M.-J., Perrin, P., Velay, A., *et al.* (2020). In-depth virological assessment of kidney transplant recipients with COVID-19. *American Journal of Transplantation*, 20, 3162-3172. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>
- Blaser, M.J., Cohen, J.I., Holland, S.M., Doi, Y. *et al.* (2025). *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practise of infectious diseases*. 10^e édition, volume 2.
- Buitrago-Garcia, D., Ipekci, A.M., Heron, L., Imeri, H., Araujo-Chaveron, L., *et al.* (2022). Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: Update of a living systematic review and meta-analysis. 19(5). [10.1371/journal.pmed.1003987](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003987)
- 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 Microbes and New Infections*, 11, 17–19. [10.1016/j.nmni.2016.01.015](https://doi.org/10.1016/j.nmni.2016.01.015)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024a). *Clinical presentation*. https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/covid19-presentation.html#cdc_generic_section_5-symptoms
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024b). *About reinfection*. <https://www.cdc.gov/covid/about/reinfection.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024c). *Clinical overview of Adenovirus*. <https://www.cdc.gov/adenovirus/hcp/clinical-overview/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025a). *Clinical overview of long COVID*. <https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-overview/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025b). *Underlying conditions and the higher risk for severe COVID-19*.

<https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/underlying-conditions.html>

Christensen, A., Kesti, O., Elenius, V., Eskola, A.L., Døllner, H. *et al.* (2019) Human bocaviruses and paediatric infections. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 3(6). [10.1016/S2352-4642\(19\)30057-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30057-4)

Contes, K. M. et B.M. Liu. (2025). Epidemiology, clinical significance and diagnosis of respiratory viruses and their co-infections in the post-COVID era. *Pathogens*, 14(3). [10.3390/pathogens14030262](https://doi.org/10.3390/pathogens14030262)

Di Ciaccio, P., McCaughan, G., Trotman, J., Ho, P.J., Y Cheah, C. *et al.* (2020). Australian and New Zealand consensus statement on the management of lymphoma, chronic lymphocytic leukaemia and myeloma during the COVID-19 pandemic. *Internal Medicine Journal*, 50(6), 667-679. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

Drain, P., Dalmat, R., Hao, L., Bemer, M., Budiawan, E. *et al.* (2023). Duration 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. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2023.105420>

Dziedziolowska, S., Charest, H., Roy, T., Fafard, J., Carazo, S. *et al.* (2024). Timing and predictors of loss of infectivity among healthcare workers with mild primary and recurrent COVID-19: A prospective observational cohort study. *Clinical Infectious Diseases*, 78(3). <https://doi.org/10.1093/cid/ciad535>

Gao, Y., Zhao, Y., Zhang, X., Tian, J., Guyatt, G. *et al.* (2023). Comparing SARS-CoV-2 testing positivity rates and COVID-19 impact among different isolation strategies: a rapid systematic review and a modelling study. *eClinicalMedicine*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102058>

Gouvernement du Québec (2024). *Traitement oral contre la COVID-19 (Paxlovid^{mc})*.

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/symptomes-transmission-traitement/traitement-oral-contre-covid-19-paxlovidmc>

Guido, M., Tumolo, M. R., Verri, T., Romano, A., Serio, F. *et al.* (2016). Human bocavirus: Current knowledge and future challenges. *World journal of Gastroenterology*, 22(39), 8684–8697. [10.3748/wjg.v22.i39.8684](https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i39.8684)

Gouvernement du Canada. (2025). *Rapport canadien de surveillance des virus respiratoires*. <https://sante-infobase.canada.ca/surveillance-virus-respiratoires/vrs.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. <https://doi.org/10.3390/v16020260>

Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ). (2023). *Les variants du SRAS-CoV-2 [en ligne]*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/labo/variants>

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

Kang, S.W., Kim, J.W., Kim, J.Y., Lim, S.Y., Jang, C.Y. *et al.* (2023b). Characteristics and risk factors of prolonged viable virus shedding in immunocompromised patients with COVID-19: a prospective cohort study. *Journal of Infection*, 86(4). 412– 414. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jinf.2023.01.024>

Kantola, K., Hedman, L., Tanner, L., Simell, V., Mäkinen, M. *et al.* (2015) B-Cell Responses to Human Bocaviruses 1-4: New Insights from a Childhood Follow-Up Study. 10(9). [10.1371/journal.pone.0139096](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139096)

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](https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02889.x)

Keske, S., Güney-Esken, G., Vatansever, C., Bešli, Y., Kuloğlu, Z. *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. <https://doi.org/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). <https://link.springer.com/article/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. *Yonsei University College of Medicine*, 58(1), 174–179. <https://doi.org/10.3349/ymj.2017.58.1.174>

Kimberlin, D. (2024). Red Book 2024 (33rd ed.). American Academy of Pediatrics.

Lessler, J., Reich, N.G., Brookmeyer, R., Perl, T.M., Nelson, K.E. *et al.* (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](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70069-6)

Maltezou, H. C., Papanikolopoulou, A., Vassiliu, S., Theodoridou, K., Nikolopoulou, G., *et al.* (2023). COVID-19 and Respiratory Virus Co-Infections: A Systematic Review of the Literature. *Viruses*, 15(4), 865. [10.3390/v15040865](https://doi.org/10.3390/v15040865)

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). [10.1016/j.cmi.2015.06.014](https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.06.014)

Oran D.P. et E.J. Topol. (2021). The proportion of SARS-CoV-2 infections that are asymptomatic: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 174(5), 655–662. [10.7326/M20-6976](https://doi.org/10.7326/M20-6976)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2021. *Listings of WHO'S response to COVID-19*. <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2025). *COVID-19 – Global situation*. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON572>

Price, O., Birrell, F.A., Mifsud, E.J. et S.G. Sullivan. (2022) Epidemiology of repeat influenza infection in Queensland, Australia, 2005–2017. *Epidemiology and Infection*. [10.1017/S0950268822001157](https://doi.org/10.1017/S0950268822001157)

Santé publique Ontario. (2021). *Factors affecting COVID-19 period of communicability – What we know so far*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/COVID-WWKSF/2021/02/wwksf-factors-affecting-periodcommunicability.pdf?rev=ce0a78d88c72498b9f8608959ba662bc&sc_lang=en

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 Respiratory Viruses*, 12, 522–528. [10.1111/irv.12551](https://doi.org/10.1111/irv.12551)

Vancouver Coastal health (VCH). (2025). *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>

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). <https://doi.org/10.3855/jidc.19160>

Wu, Z. et J.M. McGoogan. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239-1242. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32091533/>

Wu, Y., Guo, Z., Yuan, J., Cao, G. Wang, Y. *et al.* (2023). Duration of viable virus shedding and polymerase chain reaction positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant in the 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>

Zhang, X., Zhang, L., Zhang, K., Chen Y. et L. Wang. (2023). Immunocompromised states caused the prolonged duration of viral shedding in middle-aged and elderly hemodialysis patients infected with the Omicron variant of COVID-19. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.13969>

Zlateva, K., de Vries, J., Coenjaerts, F., van Loon, A., Verheij, T. *et al.* (2014). Prolonged shedding of rhinovirus and re-infection in adults with respiratory tract illness. *European Respiratory Journal*, 44(2), 169-177. <https://doi.org/10.1183/09031936.50172113>

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MEMBRES RÉGULIERS

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

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

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
du Saguenay–Lac-Saint-Jean

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

Jean-François Laplante
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

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 - 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
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
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Danielle Moisan, présidente du comité SPIN
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-
Laurent

INVITÉS PERMANENTS

Annick Boulais
Fanny Desjardins
Valérie Labbé
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 : caractéristiques des agents infectieux

AUTRICES ET AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

Fanny Desjardins, 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

Karine Hébert, conseillère scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Salima Bachiri, conseillère en prévention et contrôle des infections
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Isabelle Pépin, cheffe de service de la prévention et du contrôle des infections
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Louise Valiquette, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices et auteurs, les membres du comité scientifique et les personnes qui ont 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

Judith Degla, 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 ou 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 – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03782-3 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/LKRV1911>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3819