

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : activités préparatoires et gestion en présence d'un cas

RECOMMANDATIONS

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MARS 2026

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	4
La prévention des virus respiratoires tout au long de l'année	5
Mesures à appliquer en présence d'un usager qui est un cas clinique ou confirmé	11
Références	22
Annexe 1	27
Annexe 2	28

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 préparation et la gestion tout au long de l'année d'un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ([CCIRA](#)) ou d'un cas confirmé d'un virus respiratoire (incluant le SRAS-CoV-2).

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 s'applique dans tous les milieux de soins qui doivent mettre en place des mesures de PCI pour la prévention et le contrôle des virus respiratoires.

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.
- 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.
- Les précautions additionnelles gouttelettes-contact sont recommandées pour tous les virus respiratoires.
- Les précautions additionnelles aériennes-contact doivent être mise en place pour le SRAS-CoV-2 lors d'intervention médicale générant des aérosols (IMGA) à risque de transmission.
- Les IMGA considérées à risque de transmission sont l'intubation et l'extubation trachéales, la bronchoscopie, la ventilation manuelle avant l'intubation, l'aspiration des sécrétions trachéales en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé, l'induction d'expectorations et l'autopsie.
- La durée des précautions additionnelles diffère selon le virus. Elle est de 10 jours pour un cas confirmé pour le SRAS-CoV-2 (maladie légère à modérée) et de cinq jours pour l'influenza ou le virus respiratoire syncytial (VRS). Pour les autres virus, la durée des précautions additionnelles est à évaluer selon les symptômes présents.
- La gestion des travailleuses et des travailleurs de la santé est dorénavant basée sur une approche syndromique pour tous les virus respiratoires.

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 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.

Ce document présente les mesures à mettre en place pour assurer une gestion des virus respiratoires tout au long de l'année et en présence d'un cas clinique d'infection respiratoire aiguë (CCIRA) ou d'un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire (incluant le SRAS-CoV-2). Il 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 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.

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, 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'Alberta Health Services, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), le Gouvernement du Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), le National Health Service England, le National Health Service Scotland, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Santé publique Ontario (SPO), le Swissnoso et le Vancouver Coastal Health (VCH).

En date du 20 juin 2025, les bases de données Embase (OVID), Pubmed et CINAHL Complete (EBSCO) ont été interrogées. Plusieurs revues de littérature distinctes ont été réalisées pour cibler spécifiquement plusieurs concepts tels que le temps d'incubation et la période de contagiosité du SRAS-CoV-2, la durée des précautions additionnelles pour le SRAS-CoV-2, l'utilisation des équipements de protection individuelle et les recommandations pour les TdeS pour tous les virus respiratoires. La recherche a ciblé plusieurs types de milieux de soins (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), établissements de santé mentale, établissements de réadaptation, cliniques externes et cliniques médicales) et a été restreinte aux articles publiés depuis 2023. Les publications dans une autre langue que le français et l'anglais ont été exclues. Les affiches et les résumés de conférence n'ont pas été inclus. Une attention particulière a été accordée à la qualité des articles et des études consultés.

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

Ce tableau présente les principales mesures pour la prévention et le contrôle des virus respiratoires en milieux de soins. D'autres recommandations selon la hiérarchie des mesures peuvent être consultées dans la fiche [Notions de base en prévention et contrôle des infections : hiérarchie des mesures de contrôle des infections](#)

Mesures techniques et d'ingénierie	• Dans le cadre des pratiques de base, prévoir une zone réservée pour les CCIRA dans les salles d'attente. Se référer au document du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales.
Mesures administratives et organisationnelles	• Élaborer et adopter: - Une ordonnance collective permettant d'effectuer les prélèvements requis afin de confirmer rapidement les cas lorsque requis; - Une politique encadrant les visites pour limiter le risque d'introduction et de transmission de virus respiratoires dans le milieu et pour déterminer les mesures à instaurer lors d'une éclosion; - Une politique sur l'hygiène et l'étiquette respiratoires; - Une politique encadrant la gestion des TdeS lors d'une éclosion; - Une procédure sur la gestion, le nettoyage et la désinfection des jeux et des jouets; - Un plan de formation pour les TdeS. • Déterminer qui aura la responsabilité de l'approvisionnement et de la disponibilité des solutions hydroalcooliques (SHA), des papiers mouchoirs, des équipements de protection individuelle (ÉPI) et des poubelles aux endroits requis. • Déterminer, avec la direction concernée, de qui relève la responsabilité de la vaccination contre le SRAS-CoV-2, l'influenza et le virus respiratoire syncytial (VRS) (si le vaccin est disponible) des usagers et des TdeS dans l'établissement en suivant les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). • Déterminer, avec la direction concernée, de qui relève la responsabilité de la formation des infirmières et des infirmiers en lien avec la vaccination contre le SRAS-CoV-2, l'influenza et si requis, le VRS (si le vaccin est disponible) des usagers et des TdeS dans l'établissement. • Déterminer la composition d'un comité de gestion d'éclosion type selon différentes situations, les critères de la mise en place du comité ainsi que le processus de convocation de celui-ci. Se référer au Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec (Gouvernement du Québec, 2017), afin d'en connaître davantage sur les différentes modalités du comité de gestion d'éclosion.

Mesures administratives et organisationnelles (suite)	• S'assurer d'avoir le matériel et les équipements de soins requis permettant de répondre à la mise en place des pratiques de base et des précautions additionnelles nécessaires. • Planifier un plan de contingence afin de répondre rapidement aux impacts potentiels sur la gestion des milieux de soins, en fonction de l'épidémiologie saisonnière des différents virus respiratoires et les besoins de PCI. Ce plan doit être planifié en collaboration avec les comités, gestionnaires et équipes concernées (ex. : ressources humaines, services de santé et sécurité au travail, PCI, soins infirmiers, qualité, gestionnaires de service ou d'unité, etc.). Il serait entre autres pertinent de planifier : - Des unités, des chambres ou des civières réservées pour les CCIRA et les cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire; - Les ressources humaines nécessaires pour maintenir l'accès aux soins et services sécuritaires aux usagers.
Équipement de protection individuelle	• Convenir des modalités d'approvisionnement et d'accessibilité des ÉPI en tout temps et particulièrement lors d'une éclosion.
Affichage	Assurer un affichage à toutes les entrées de l'installation, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), dans les salles d'attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de : • Promouvoir l'hygiène des mains (HDM); • Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical dans le cadre du respect de l'étiquette respiratoire; • Promouvoir la vaccination contre l'influenza, le SRAS-CoV-2 et si requis, le VRS (si le vaccin est disponible) pour les TdeS et les usagers; • Identifier la zone d'attente réservée pour les CCIRA et les cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire; • Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les personnes proches aidantes et celles en visite, ainsi que les consignes à suivre.

Pratiques de base	Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les personnes proches aidantes, accompagnatrices ou en visite. Il faut prêter une attention particulière au respect de : • L'HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les personnes proches aidantes, accompagnatrices ou en visite. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains; • L'hygiène et l'étiquette respiratoires. Référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires; • L'hygiène et la salubrité de l'environnement selon les procédures de l'installation avec un produit reconnu efficace et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada; • La prise en charge des personnes proches aidantes, accompagnatrices ou en visite, de la bulle familiale dans les secteurs pédiatriques et mère-enfant. Se référer à : Notions de base en prévention et contrôle des infections : gestion des visiteurs; • S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps et de poubelles adaptées au milieu. Se référer à : - Section Équipement de protection individuelle (page 6); - Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
Protection respiratoire	• Tous les établissements doivent avoir un programme de protection respiratoire pour leurs TdeS comprenant les médecins. • Se référer à Considérations pour l'utilisation d'un appareil de protection respiratoire de type N95 et Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles.
Hygiène des mains	• S'assurer de la disponibilité, de l'accessibilité et de la sécurité du matériel nécessaire pour effectuer l'hygiène des mains. Les SHA sont efficaces contre les virus respiratoires. • Au besoin, le TdeS doit assister l'utilisateur pour procéder à l'hygiène des mains.
Surveillance	• Surveiller l'apparition de CCIRA chez les usagers et les TdeS afin de mettre en place rapidement, si requis, les précautions additionnelles requises.
Accueil, prétriage et triage	• Établir un système de triage rapide afin de détecter rapidement les CCIRA lors d'une consultation à l'urgence ou dans les services ambulatoires. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. • Maintenir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour les CCIRA. Si impossible, maintenir une barrière physique avec les autres usagers.

Port du masque chez l'usager	• Encourager l'usager à porter un masque pour poursuivre l'application de l'étiquette respiratoire même lorsqu'il se trouve dans la chambre où il est hébergé et ce, lors de la présence d'intervenants à moins de 2 mètres de lui. • Se référer à : Modulation du port du masque en milieux de soins en fonction de la circulation des virus respiratoires
Port du masque chez la travailleuse ou le travailleur de la santé	• Se référer à : Modulation du port du masque en milieux de soins en fonction de la circulation des virus respiratoires
Formation des travailleuses et des travailleurs de la santé	Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur : • Les pratiques de base dont l'hygiène des mains; • Les avantages et les indications de la vaccination contre le VRS, l'influenza et le SRAS-CoV-2; • L'identification d'un CCIRA; • Les précautions additionnelles requises; • Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI; • Tout autre sujet relié aux virus respiratoires et jugé pertinent. Les TdeS devraient aussi être informés en lien avec la prévention et le contrôle des éclosions : • S'assurer que les TdeS ont reçu une formation récente; • S'assurer que les TdeS connaissent la procédure d'accès au matériel (incluant l'ÉPI); • S'assurer que les procédures de nettoyage et désinfection de l'équipement et du matériel de soins sont connus.

Mesures spécifiques pour le VRS, l'influenza et le SRAS-CoV-2	
Vaccination contre le VRS, l'influenza et le SRAS-CoV-2 des usagers et des personnes proches aidantes	• Mettre en place les différentes stratégies promotionnelles planifiées pour favoriser la vaccination des usagers et des proches aidants visés par le programme de vaccination. • Offrir la vaccination contre l'influenza aux usagers à risque de complications selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) Vaccin injectable contre l'influenza. • Offrir la vaccination contre le SRAS-CoV-2 aux usagers à risques de complications selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) COVID-19 ARNm : vaccins à ARN messenger contre la COVID-19. • En fonction de la disponibilité du vaccin, offrir la vaccination contre le VRS aux usagers à risque de complications selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) VRS : vaccin contre le virus respiratoire syncytial. • Rappeler aux médecins ainsi qu'aux infirmières et aux infirmiers de proposer la vaccination aux usagers à risque pendant toute la saison des virus respiratoires selon les recommandations des instances concernées.
Vaccination contre le VRS, l'influenza et le SRAS-CoV-2 des travailleuses et des travailleurs de la santé	• Mettre en place les différentes stratégies promotionnelles planifiées pour favoriser la vaccination des TdS. • Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour connaître les indications de vaccination.
Antiviraux : prophylaxie des usagers contre l'influenza	• S'assurer d'avoir au dossier de l'utilisateur son poids et un résultat d'un dosage de la créatinine la plus récente et datant de moins d'un an afin de prescrire les antiviraux de façon sécuritaire si requis. Procéder à la mise à jour de ces informations si la condition médicale de l'utilisateur change pendant la saison d'activité grippale. • Prévoir une ordonnance collective pour l'utilisation d'antiviraux en prophylaxie chez les usagers à la suite d'une évaluation de la situation par la ou le médecin traitant ou l'équipe de PCI. En l'absence d'une ordonnance collective, une ordonnance individuelle peut être inscrite au dossier pour qu'elle soit activée en temps opportun, lorsque requise selon la situation épidémiologique. Obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de sa représentante ou son représentant pour l'utilisation des antiviraux en cas d'éclosion et le noter à son dossier. • Prévoir un mécanisme efficace d'approvisionnement afin d'être en mesure d'offrir les antiviraux lorsque nécessaire. • Se référer aux recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) INESSS : Publication: Utilisation des antiviraux pour le traitement et la prophylaxie de l'influenza chez l'enfant et l'adulte dans le contexte de la COVID-19.

Système de vigie	
Vigie locale	• S'assurer d'avoir un système de vigie locale des CCIRA, des cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire et des éclosions. • Informer tous les TdeS de l'existence du système de vigie locale, sur son importance et de la collaboration attendue. • Demander aux TdeS d'aviser rapidement leur supérieure ou supérieur immédiat ou le service de santé et sécurité au travail, selon la procédure établie par l'établissement, lorsqu'elles ou ils présentent des symptômes reliés ou pouvant être reliés à une infection respiratoire aiguë.
Vigie provinciale	• Participer à la vigie provinciale des virus respiratoires pour les installations ciblées selon les modalités émises par le MSSS et Santé Québec.
Communication	
Communications dans l'établissement	• Identifier et mettre à jour les coordonnées des personnes à joindre lors d'éclosions ou d'autres problématiques reliées aux infections respiratoires virales. • Préparer les documents de communication (ex. : affiches, lettres types, messages téléphoniques, communiqués, relance de la vaccination, documents explicatifs des mesures de PCI pour les usagers et les personnes en visite, etc.) et prévoir le mécanisme de transmission et de diffusion de ceux-ci, en collaboration avec les équipes visées. • Mettre en place un système permettant d'informer régulièrement les TdeS au regard de l'épidémiologie locale des virus respiratoires circulants et des mesures à appliquer. Ce système sera particulièrement utile lorsque de nombreux virus d'origine communautaire ou nosocomiale circuleront dans le milieu de soins et que la vigilance des TdeS devra être accrue pour repérer l'apparition de nouveaux cas.
Équipe de PCI	• S'assurer d'un lien avec la direction de santé publique (DSPublique) de votre région pour le partage des données de surveillance régionale. • Déterminer les modalités de signalement des éclosions pour la région et l'établissement.

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

En plus des mesures à mettre en place durant 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.

Précautions additionnelles	Précautions additionnelles gouttelettes-contact pour : • Un CCIRA en investigation avec ou sans 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 (sauf rhinovirus et entérovirus) sans IMGA à risque de transmission; • Un usager confirmé de virus respiratoires excluant le SRAS-CoV-2 (sauf rhinovirus et entérovirus) avec IMGA à risque de transmission. Précautions additionnelles aériennes-contact pour : • Un usager confirmé SRAS-CoV-2 avec IMGA à risque de transmission. Pratiques de base pour : • Un usager confirmé avec un rhinovirus ou entérovirus, sauf pour les usagers immunosupprimés. • Pour les unités de soins de longue durée où il y a présence d'usagers qui ne sont pas aptes à respecter les mesures de PCI recommandées et selon l'évaluation locale du risque : il est recommandé de maintenir les précautions additionnelles gouttelettes-contact. 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. Il est possible de conserver la blouse et le masque médical, si non visiblement souillés, entre les usagers hébergés dans une même chambre et étant porteurs du même virus. 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 aérienne-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 confirmé influenza ou VRS : • Précautions additionnelles pour cinq jours après le début des symptômes; ET • Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique); ET • Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures. Si les symptômes persistent plus de cinq jours, une réévaluation médicale de l'usager par l'équipe traitante est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une autre étiologie. Pour les usagers avec immunosuppression sévère, se référer à l'équipe traitante qui doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. 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)	Pour un CCIRA sans virus identifié ou sans tests diagnostiques effectués et pour tous les autres virus respiratoires confirmés par laboratoire (à l'exception de l'influenza, du VRS et du SRAS-CoV-2) : 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. Si les symptômes persistent plus de cinq jours, une réévaluation médicale de l'utilisateur par l'équipe traitante est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une autre étiologie. Pour les usagers avec immunosuppression sévère, se référer à l'équipe traitante qui doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. 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. 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)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 résiduelles). 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. • 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 PA chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. • Usagers avec immunosuppression - Se référer à l'équipe traitante ou au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). - 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'utilisateur.
---	---

	Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère : Précautions additionnelles pour 14 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) 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)¹ sans TDAR 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 TDAR¹ 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 TDAR³ négatifs, sur écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente.
--	--

¹ 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 centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou en centre de réadaptation En présence de plusieurs cas, il est possible de regrouper (cohorte) dans une même chambre ou sur une même unité les usagers infectés par le même microorganisme ou le même type d'influenza (A ou B). En CHSLD Puisque le déplacement de l'usager est généralement difficile et complexe, il est possible d'appliquer les précautions additionnelles gouttelettes-contact dans la zone usager. Dans cette situation, il faut maintenir une séparation physique et sécuritaire d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur).
Choix de chambre	Pour un usager en précautions additionnelles gouttelettes-contact <i>Pour un cas confirmé d'un virus respiratoire :</i> • 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 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. - Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur); ○ 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 absence de toilette individuelle) pour chaque usager. <i>Pour un CCIRA en attente d'un résultat de laboratoire en chambre multiple (aucun autre CCIRA hébergé dans la chambre) :</i> • Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur). - Si impossible, le port du masque 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 absence de toilette individuelle) pour chaque usager. <i>Pour un CCIRA n'ayant aucun virus identifié :</i> • 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.

	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.
Contact étroit usager	• Appliquer les précautions additionnelles requises jusqu'à 72 heures² suivant le dernier contact avec le cas infecté (gouttelettes-contact ou pratiques de base selon le virus identifié; se référer à la section Précautions additionnelles). • Après 72 heures et en l'absence de symptômes, cesser l'application des précautions additionnelles et poursuivre la 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. : rideaux fermés) 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 et qu'une éclosion est suspectée, se référer aux fiches Définitions des termes et Situation d'éclosion. • Une fois les précautions additionnelles cessées, il pourrait être recommandé que le contact étroit asymptomatique porte un masque médical lors des soins ou lors des sorties de la chambre et ce, pour la période restante de surveillance des symptômes.
Contact élargi usager	• Surveiller l'apparition de symptômes selon la période retenue à des fins d'intervention du virus suspecté ou confirmé (se référer à l'Annexe 1).

² Avis du CINQ à des fins opérationnelles.

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, sécurité et mieux-être au travail 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) 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. : 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	• La décision d'administrer des antiviraux en prophylaxie à un contact ou en traitement pour un cas relève du médecin traitant. • 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 du médecin traitant. • Se référer à Caractéristiques des agents infectieux.

Gestion des personnes proches aidantes et celles en visite	• L'installation doit assurer une vigie chez les personnes proches aidantes et celles en visite afin de vérifier si elles présentent des symptômes d'infection respiratoires : - Porter une attention particulière aux personnes proches aidantes qui passent plusieurs heures ou qui demeurent en tout temps dans le milieu de soins avec l'usager; - En présence de symptômes, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. • La personne proche aidante ou en visite doit : - Appliquer les précautions additionnelles recommandées pendant toute la durée de la visite; - Restreindre ses déplacements dans le milieu de soins. Mesures spécifiques aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou unités d'hébergement à long terme Communiquer aux familles l'information portant sur les sujets suivants : • L'influenza, le VRS et le SRAS-CoV-2 et les campagnes de vaccination; • Un avis préventif demandant aux personnes atteintes d'une infection respiratoire de s'abstenir de visiter un proche; • Les mesures pouvant être mises en place advenant une éclosion d'infections des voies respiratoires dans l'installation et ce, selon la politique adoptée localement.
Transferts 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 jusqu'à 72 heures après le contact avec le cas infecté et poursuivre la surveillance de l'apparition de symptômes selon la période d'incubation retenue à des fins d'intervention pour le virus respiratoire en cause (se référer à l'Annexe 1). Le rhinovirus et l'entérovirus chez la clientèle adulte ne nécessitent pas de précautions additionnelles mais une surveillance des symptômes doit être effectuée. 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 qui l'accompagne, sauf pour les exceptions. 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 aide à l'installation de l'usager avant le déplacement, elle doit porter l'ÉPI requis selon les précautions additionnelles en place pour l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre ou de sa civière 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 repas³ en commun et aux sorties à l'extérieur de l'unité (ex. : visiter un autre usager, participer à une activité sur une autre unité, etc.). • 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 à la civière lorsque cela est possible; - Privilégier les consultations et les interventions à la chambre ou à la civière de l'usager sauf si le matériel médical nécessaire ne peut y être déplacé. • Les mesures de PCI mises en place lors d'une période de précautions additionnelles 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.
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.

³ Si un usager dysphagique ou à risque d'étouffement et en précautions additionnelles : assurer une supervision alimentaire à la chambre.

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'utilisateur selon l'évaluation de sa condition médicale; - Si l'utilisateur est conduit au bain ou à la douche partagée, s'assurer de respecter les mesures de PCI en lien avec le type de précautions additionnelles en place; - Appliquer les procédures régulières de l'établissement entre chaque usager pour le nettoyage et 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'utilisateur. • 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 1x/jour) selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. À la cessation des précautions additionnelles 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'utilisateur.
Équipements de soins et aides techniques	• Réserver l'équipement de soins à l'usage exclusif de l'utilisateur 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'utilisateur. 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 sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers, aux personnes proches aidantes, accompagnatrices ou en visite.

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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.4081/idr.2010.e12)
- Alberta Health Services. (2024). *Attendance at work and respiratory virus symptoms*. <https://publicshare.albertahealthservices.ca/teams/policydocuments/1/clp-ahs-attend-work-covid-symptom-1188.pdf>
- 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). (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-agent-pathogenes-evaluation-risques.html>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2015). *Pour les professionnels de la santé : infections à entérovirus non poliomyélitique*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/infections-enterovirus-non-poliomyelitique/pour-professionnels-sante-infections-enterovirus-non-poliomyelitique.html>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2016). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante.html>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2024). *COVID-19 : Documents d'orientation*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation.html#hp>
- 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](https://doi.org/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 édition, Philadelphie.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC). (2022). *COVID-19: viral testing guidelines for British Columbia*. https://www.bccdc.ca/Health-Professionals-site/Documents/BCCDC_PHL_Updated_nCoV_Lab_Guidance.pdf

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](https://doi.org/10.1097/IPC.0000000000000604)

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

Canadian Standards Association (CSA). (2022). CSA Z317.13: F22 *Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé*. <https://www.csagroup.org>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Interim guidance for managing healthcare personnel with SARS-CoV-2 infection or exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/covid/hcp/infection-control/guidance-risk-assesment-hcp.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>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). *Guidelines for preventing health-care, 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). *Infection control guidance: SRAS-CoV-2*. https://www.cdc.gov/covid/hcp/infection-control/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025). *Infection prevention and control strategies for seasonal influenza in healthcare settings*. https://www.cdc.gov/flu/hcp/infection-control/healthcare-settings.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcaresettings.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). 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, 105420. [10.1016/j.jcv.2023.105420](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1097/INF.0000000000001681)

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2022). *Guidance on ending the isolation period for people with COVID-19, third update*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-for-discharge-and-ending-of-isolation-of-people-with-COVID-19-third-update.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2023). *Considerations for infection prevention and control practices in relation to respiratory viral infections in healthcare settings*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Considerations%20for%20IPC%20respiratory%20viral%20infections%20in%20HC%20settings.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2023). *Managing healthcare staff with symptoms of a respiratory infection or a positive COVID-19 test result*.

<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-managing-healthcare-staff-with-symptoms-of-a-respiratory-infection/managing-healthcare-staff-with-symptoms-of-a-respiratory-infection-or-a-positive-covid-19-test-result>

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), 1873–1881. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit839>

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 modelling study. *EClinicalMedicine*, 6(1), 102058. [10.1016/j.eclinm.2023.102058](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2011.03756.x)

Gouvernement du Québec. (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec*. <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](https://doi.org/10.3390/v16020260)

Kang, S-W., Park, H., Kim, J.Y., Bae, J-Y., Park, M-S. *et al.* (2023). Comparison of culture-competent virus shedding duration of SARS-CoV-2 Omicron variant in regard to vaccine status: a prospective cohort study. *Vaccine*, 41(17), 2769-2772. [10.1016/j.vaccine.2023.03.044](https://doi.org/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](https://doi.org/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](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), 9. [10.1186/s12985-025-02628-7](https://doi.org/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>

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

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

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

National Health Service England. (2025). *National infection prevention and control manual (NIPC) for England*. <https://www.england.nhs.uk/national-infection-prevention-and-control-manual-nipcm-for-england/>

National Health Service Scotland. (2025). *Personal protective equipment (PPE): eye/face protection literature review*. <https://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/media/2462/2025-08-15-eye-and-face-protection-literature-review-v20.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). *Infection prevention and control in the context of COVID-19: a guideline*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cb67ca99-b74a-44c7-af33-45d84b072536/content>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2025). *Clinical management of COVID-19*. <https://www.who.int/teams/health-care-readiness/covid-19>

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

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

Santé publique Ontario (SPO). (2025). *Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans l'ensemble des établissements de santé*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/24/acute-respiratory-infection-transmission.pdf?rev=fead9b295a2e4aa5b742f256dfc6d994&sc_lang=fr&hash=BD3D47DA8511573C0B26DEE19A5556A5B

Santé publique Ontario (SPO). (2025). *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3^e édition, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr>

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-Hübing, 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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1177/17534666231209150)

Swissnoso. (2023). *Recommandations de Swissnoso au sujet des mesures de prévention et contrôle des infections pour les infections respiratoires virales aiguës dans les hôpitaux de soins aigus*.

<https://swissnoso.ch/fr/guidelines-publications/guidelines?accordeon-id=COVID-19>

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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 AÉRIENNE⁴

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

⁴ 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
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 : activités préparatoires et gestion en présence et d'un cas

AUTRICES ET AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec
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

Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
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

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 – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03843-1 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/CZZJ3521>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3823