

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Mise à jour 24 Novembre 2021

Cette fiche fait partie d'un ensemble de fiches portant sur les mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins pour la saison 2021-2022. Les différentes fiches disponibles sont :

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

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

La pandémie de SRAS-CoV-2 a apporté de grands changements dans les milieux de soins, particulièrement en ce qui concerne les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que dans la prise en charge des usagers. Les recommandations présentées dans ces fiches doivent être considérées en complémentarité avec les documents sur le SRAS-CoV-2. Ces documents sont accessibles sur la page [Prévention et contrôle des infections de l'INSPQ](#). Une adaptation locale des mesures peut être effectuée afin de faciliter leur application et ainsi tenir compte des particularités du milieu.

Les informations spécifiques sur les virus respiratoires incluses dans ce document sont disponibles dans la fiche [Caractéristiques des agents infectieux](#).

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

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.

Évaluation de la situation épidémiologique

Épidémiologie	Afin de suivre l'épidémiologie des différents virus respiratoires circulants, le lecteur est invité à consulter les sites suivants : Québec Suivi de l'activité grippale Surveillance de l'influenza INSPQ Portail de l'Infocentre Canada Rapport hebdomadaire sur l'influenza – Gouvernement du Canada États-Unis Flu Activity & Surveillance – Centers for Disease Control and Prevention Mondial Global Influenza Programme World Health Organization
---------------	---

Mesures à mettre en place en prévision et durant la saison des virus respiratoires

Pour toute situation en lien avec le SRAS-CoV-2, consulter la page [Prévention et contrôle des infections de l'INSPQ](#).

Hiérarchie des mesures en PCI	
Ce tableau présente les principales mesures de prévention et contrôle des infections 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	Prévoir une zone d'attente réservée pour les cas cliniques d'infection respiratoire aiguë et les cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire dans les salles d'attente. Se référer au document du ministère de la Santé et des Services sociaux Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales.
Mesures administratives et organisationnelles	- Élaborer et adopter : - Ordonnance collective permettant d'effectuer les prélèvements requis afin de confirmer rapidement les cas suspects. - 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. - Politique sur l'hygiène et l'étiquette respiratoires. - Politique encadrant la gestion des TdeS lors d'une éclosion. - Plan de formation pour les TdeS. - Déterminer qui aura la responsabilité du déploiement des affiches portant sur l'hygiène et l'étiquette respiratoires dans les endroits stratégiques. - Déterminer qui aura la responsabilité de l'approvisionnement et de la disponibilité des solutions hydroalcooliques (SHA), des papiers mouchoirs, des équipements de protection individuelle et des poubelles aux endroits requis. - Déterminer de qui relève la responsabilité de la vaccination contre l'influenza des usagers et des TdeS dans l'établissement avec la direction concernée, ainsi que de la formation des infirmières. - 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 du comité. 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. - S'assurer d'avoir le matériel et les équipements de soins requis permettant de répondre à la mise en place des précautions additionnelles et pratiques de base nécessaires. - Planifier un plan de contingence en fonction de la disponibilité des chambres individuelles avec toilette réservée pour répondre à l'épidémiologie saisonnière des différents virus respiratoires et aux besoins de PCI. Cibler des unités, des chambres ou des civières réservées pour les cas cliniques d'infection respiratoire aiguë et les cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire.

Équipement de protection individuelle	Convenir des modalités d'approvisionnement et d'accessibilité des ÉPI en tout temps et particulièrement lors d'une éclosion.
Affichage	Renforcer l'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. - Promouvoir la vaccination contre l'influenza pour les TdeS et les usagers. - Identifier la zone d'attente réservée pour les cas cliniques d'infection respiratoire aiguë et les cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire. - Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes 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 visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes. 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 visiteurs et les personnes proches aidantes. 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 visiteurs, des accompagnateurs et des personnes proches aidantes. - S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référer à : - Section <i>Équipement de protection individuelle</i> Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle
Hygiène des mains	- Installer des stations d'hygiène des mains accessibles et sécuritaires : Ex. : Présence de distributeurs de SHA à la porte des chambres ou dans les chambres. - Le TdeS doit assister l'utilisateur pour procéder à l'hygiène des mains au besoin.
Surveillance	Surveiller l'apparition de cas cliniques d'infection respiratoire aiguë chez les usagers et les TdeS afin de mettre en place rapidement les précautions additionnelles requises.
Accueil et triage	- Instaurer un système de prétriage en période d'affluence de cas cliniques d'infection respiratoire aiguë à l'urgence et dans les services ambulatoires. - Établir un système de triage rapide afin de détecter rapidement les cas cliniques d'infection respiratoire aiguë 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.

Port du masque chez l'usager	Dans le contexte des mesures en place actuellement pour la gestion de la COVID-19, appliquer les mesures recommandées pour le SRAS-CoV-2. Se référer à : <i>SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins</i>
Port du masque chez le TdeS	Dans le contexte des mesures en place actuellement pour la gestion de la COVID-19, appliquer les mesures recommandées pour le SRAS-CoV-2. Se référer à : <i>SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins</i>
Formation des travailleurs de la santé	Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur : ▪ L'hygiène des mains ▪ Les avantages de la vaccination contre l'influenza ▪ L'identification d'un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ▪ Les précautions additionnelles requises ▪ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▪ Tout autre sujet relié aux virus respiratoires et jugé pertinent.
Mesures spécifiques pour l'Influenza	
Vaccination contre l'influenza 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. ▪ Vacciner contre l'influenza les usagers à risque de complications selon les recommandations du <i>Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) Vaccin injectable contre l'influenza</i>. ▪ Rappeler aux médecins et infirmières de proposer la vaccination aux usagers à risque pendant toute la saison grippale.
Vaccination contre l'influenza des travailleurs de la santé	▪ Mettre en place les différentes stratégies promotionnelles planifiées pour favoriser la vaccination des TdeS sur leur lieu de travail. ▪ Se référer au <i>Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)</i> pour connaître les indications de vaccination.
Antiviraux : traitement et prophylaxie des usagers	CHSLD et unités de soins de longue durée (et autres unités si pertinent) ▪ S'assurer d'avoir au dossier de l'usager 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'usager change pendant la saison d'activité grippale. ▪ Prévoir une ordonnance collective pour l'utilisation d'antiviraux en prophylaxie chez les usagers suite à l'évaluation de la situation par 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'usager ou de 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.
Antiviraux : traitement et prophylaxie des travailleurs de la santé	Prévoir les modalités pour l'évaluation du TdeS et l'accès à la prophylaxie si requis pendant la saison grippale. Par exemple, une ordonnance collective pourrait être signée au préalable, ou encore, une entente pourrait être conclue avec une clinique médicale désignée ou le médecin d'un autre établissement ou d'une autre installation afin d'assurer le suivi des TdeS lorsque nécessaire.

Système de vigie	
Vigie locale	■ S'assurer d'avoir un système de vigie locale des cas cliniques d'infection respiratoire aiguë, 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. ■ Prévoir un mécanisme de collaboration et de communication rapide et efficace entre l'équipe de PCI et le service de santé et sécurité au travail, afin de suivre l'état de la situation des cas cliniques d'infection respiratoire aiguë et des cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire chez les usagers et les TdeS. ■ Demander aux TdeS d'aviser rapidement leur supérieur immédiat ou le service de santé et sécurité au travail, selon la procédure établie par l'établissement, lorsqu'ils présentent des symptômes reliés ou pouvant être reliés à une infection respiratoire aiguë. Service de santé et sécurité au travail Participer à la vigie locale des virus respiratoires et documenter les TdeS qui sont des cas cliniques d'infection respiratoire aiguë ou des cas confirmés par laboratoire d'un virus respiratoire selon les procédures locales.
Vigie provinciale	Participer à la vigie provinciale des virus respiratoires pour les installations ciblées.
Communication	
Communications dans l'établissement	■ Identifier et mettre à jour les coordonnées des personnes à rejoindre 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 visiteurs, 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 pour le partage des données de surveillance régionale. ■ Déterminer les modalités de signalement des éclosions pour la région et l'établissement.

Mesures à appliquer en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire

Pour toute situation en lien avec le SRAS-CoV-2, consulter la page [Prévention et contrôle des infections de l'INSPQ](#).

En plus des mesures à mettre en place en prévision et durant la saison des virus respiratoires, voici les mesures supplémentaires à mettre en place en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire :

Précautions additionnelles et particularités	Pour un cas clinique d'infection respiratoire aiguë en investigation ■ Appliquer les précautions additionnelles gouttelettes-contact. S'assurer d'adapter les précautions additionnelles si présence d'un ou d'autres agents pathogènes. ■ Les précautions additionnelles peuvent être appliquées au lit s'il est possible de maintenir une séparation physique et sécuritaire d'au moins deux mètres entre les lits ou s'il y a présence d'une barrière physique (ex. : rideau séparateur).
	Pour un cas confirmé d'influenza ou de virus respiratoire syncytial (VRS) Appliquer les précautions additionnelles gouttelettes-contact. (Se référer au document Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles.) Rappel : 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 microorganisme. Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains.
	Pour un cas confirmé d'un virus respiratoire autre que l'influenza et le VRS Maintenir ou ajuster les mesures suite à une évaluation du risque (clientèle, agent pathogène). Entérovirus et rhinovirus : les pratiques de base sont recommandées, mais : ■ Pour les unités de pédiatrie, de néonatalogie ou lorsqu'un usager est immunosupprimé : il est recommandé de maintenir les précautions additionnelles gouttelettes-contact. ■ 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.
	Autres virus respiratoires : les précautions additionnelles gouttelettes sont recommandées. Les pratiques de base pourraient être aussi appliquées selon l'évaluation du risque. Pour des fins opérationnelles, d'efficacité et d'uniformité, il est possible d'appliquer les précautions additionnelles gouttelettes-contact pour l'ensemble des virus respiratoires.
	Pour certaines clientèles avec des troubles cognitifs, de comportement ou d'adaptation (ex. : autisme, démence, schizophrénie, etc.) Il est possible d'adapter ces mesures en considérant : ■ Maintenir le temps d'isolement 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.

Précautions additionnelles et particularités (suite)

Pour l'unité de pédiatrie en présence d'un enfant considérée comme un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire

- La personne accompagnant l'enfant n'a pas besoin de porter l'ÉPI lorsqu'elle est dans la chambre. Elle doit toutefois respecter les consignes locales et les mesures sanitaires liées à la COVID-19.
- L'accompagnateur asymptomatique devrait éviter de circuler sur l'unité (ex. : aller à la cuisinette) puisqu'il cohabite généralement avec la personne infectée et il est alors considéré en précautions additionnelles. Si la circulation est permise, s'assurer que ce dernier respecte les pratiques de base lorsqu'il est dans la chambre, il doit procéder à l'HDM à la sortie de la chambre. Le port du masque médical est recommandé à la sortie ou selon les mesures sanitaires en place pour la COVID-19.
- Réserver des jouets à l'enfant en précautions additionnelles et qui devront être désinfectés selon les procédures de l'établissement à la sortie de la chambre. Privilégier les jouets personnels.

Pour l'unité des naissances/postpartum lors de l'admission d'une mère considérée comme un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire.

- Chambre individuelle pour le nouveau-né et la mère.
- Les parents doivent être rencontrés afin de les informer des bonnes pratiques pour prévenir la transmission d'infections respiratoires lors de l'hospitalisation et suite au retour à la maison. Pour les soins au nouveau-né, la décision sera prise conjointement avec les parents en pesant les risques associés à la transmission d'un virus respiratoire au nouveau-né et les bénéfices du lien (*bonding*) entre la mère et le bébé. Il peut être suggéré qu'un adulte, n'étant pas un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire, autre que la mère s'occupe du bébé.
- Selon la configuration de la chambre, si possible, garder le nouveau-né à plus de deux mètres de la mère symptomatique entre les périodes d'allaitement et de soins.
- La mère devra porter un masque médical et procéder à l'HDM avant tout contact avec son nouveau-né. S'assurer également de la propreté de ses vêtements avant le contact.
- L'accompagnateur doit porter un masque médical s'il se trouve à moins de deux mètres de la mère, lorsque possible.
- L'accompagnateur doit procéder à l'HDM avant un contact avec le bébé. Le port du masque médical est suggéré.
- L'accompagnateur asymptomatique devrait éviter de circuler sur l'unité (ex. : aller à la cuisinette) puisqu'il cohabite généralement avec la personne infectée et il est alors considéré en précautions additionnelles. Si la circulation est permise, s'assurer que ce dernier respecte les pratiques de base lorsqu'il est dans la chambre, il doit procéder à l'HDM à la sortie de la chambre. Le port du masque médical est recommandé à la sortie ou selon les mesures sanitaires en place pour la COVID-19.
- L'accompagnateur atteint d'une infection respiratoire aiguë ne devrait pas se présenter sur l'unité pour éviter les risques de transmission au bébé et à la mère. Si sa présence est requise (ex. : raisons humanitaires), il doit procéder à l'HDM à son arrivée dans la chambre et avant tout contact avec le nouveau-né ainsi que porter un masque médical et une blouse, selon le virus identifié, avant d'entrer en contact avec le bébé.
- Si le bébé est transféré à la pouponnière ou à l'unité néonatale, il doit être placé en précautions additionnelles gouttelettes-contact s'il a été exposé à la mère ou à un membre de la famille avec une infection respiratoire aiguë, et ce, pour la période d'incubation du virus retenu à des fins d'intervention. Le bébé doit être à distance de 2 mètres des autres bébés. Si cela est impossible, s'assurer de la présence d'une barrière physique (incubateur, rideaux). Il doit être surveillé pour détecter les symptômes d'une infection respiratoire aiguë.

Si le contact se poursuit, les précautions doivent être maintenues jusqu'à la fin de la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention, après la dernière journée de contagiosité du membre de la famille affecté par le virus respiratoire.

Précautions additionnelles et particularités (suite)	Pour l'unité de soins néonatale et en présence d'une mère ou d'un père considéré comme un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire - La mère ou le père peut rendre visite à l'enfant si les conditions suivantes sont respectées : - A été rencontré(e) pour l'informer des risques et des précautions à prendre. - Procède à l'HDM selon les indications. - Applique les précautions additionnelles requises et les consignes émises.
Intervention médicale générant des aérosols	Pour les virus respiratoires inclus dans la fiche Caractéristiques des agents infectieux, il n'est pas recommandé d'appliquer des précautions additionnelles de type aérien lors de la réalisation d'une IMGA chez ces usagers.
Durée des mesures	Pour l'influenza, le VRS ou un cas clinique d'infection respiratoire aiguë en investigation pour VRS ou influenza - Isolement pour 5 jours après le début des symptômes ET - Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET - Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures Particularité pour les enfants - Isolement pour 7 jours après le début des symptômes ET - Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET - Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures Si les symptômes persistent plus de cinq jours (sept jours pour les enfants) une réévaluation médicale de l'usager par le médecin traitant est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une autre étiologie. Pour les autres virus respiratoires confirmés par laboratoire ou cas clinique d'infection respiratoire aiguë en investigation pour les virus autres que l'influenza et le VRS 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 (sept jours pour les enfants), une réévaluation médicale de l'usager par le médecin traitant est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une autre étiologie.

Contacts étroits	Pour un contact avec un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire ■ Appliquer préventivement les précautions additionnelles requises jusqu'à 72 heures^a suivant le dernier contact avec le cas infecté (gouttelettes-contact ou gouttelettes ou pratiques de base selon le virus identifié; voir la section sur les <i>précautions additionnelles requises</i>). Après 72 heures et en l'absence de symptôme, 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. ■ 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. ■ Il pourrait être recommandé que le contact étroit asymptomatique porte un masque médical pour la durée de l'incubation lors des soins ou lors des sorties de la chambre une fois les précautions additionnelles levées et s'il est asymptomatique. Cela dépendra également des mesures sanitaires en place reliées à la COVID-19.
Contacts élargis	Pour un contact avec un cas clinique d'infection respiratoire aiguë en investigation pour l'influenza ou un cas confirmé par laboratoire d'influenza Surveiller l'apparition de symptômes chez les contacts élargis jusqu'à 72 heures suivant le dernier contact avec le cas infecté. Pour un contact avec un cas clinique d'infection respiratoire aiguë en investigation pour les virus, autre que l'influenza ou un cas confirmé d'un autre virus respiratoire Surveiller l'apparition de symptômes chez les contacts selon la période d'incubation retenue à des fins d'intervention pour le virus respiratoire en cause (annexe 1).
Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes	La gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes doit être faite en concomitance avec les mesures déjà instaurées pour le SRAS-CoV-2. Se référer aux documents SRAS-CoV-2 sur la page Prévention et contrôle des infections de l'INSPQ. Les mesures spécifiques aux autres virus respiratoires Pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou unités d'hébergement à long terme, faire parvenir aux familles une lettre d'information portant sur les sujets suivants : ■ L'influenza et la campagne 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.

Gestion des travailleurs de la santé	Les mesures en lien avec les travailleurs de la santé doivent être effectuées en étroite collaboration entre le service de santé sécurité au travail et le service de PCI. Tel que décrit dans le Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec il est important de partager les rôles et les responsabilités afin d'appliquer adéquatement les politiques et les protocoles (Gouvernement du Québec, 2017). TdeS ayant un contact avec un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire ■ Suite à un contact étroit sans protection adéquate avec un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou d'une infection respiratoire aiguë confirmée par laboratoire et lorsqu'aucune mesure n'était en place, le TdeS doit surveiller l'apparition des symptômes jusqu'à 72 heures¹ suivant le dernier contact avec le cas infecté. Pour les autres virus respiratoires, la période de surveillance pour l'apparition des symptômes correspond à la période d'incubation retenue à des fins d'intervention du virus (annexe 1). ■ Suite à une évaluation du risque et selon les mesures sanitaires liées à la COVID-19 en vigueur, le port d'un masque médical par le TdeS pour un minimum de 72 heures après le contact pourrait être recommandé. Prophylaxie pour l'influenza ■ Il n'est pas recommandé d'offrir d'emblée la prophylaxie aux TdeS. Le médecin traitant pourrait considérer offrir une prophylaxie antivirale pour un TdeS identifié à haut risque de complications. TdeS présentant des symptômes d'une infection respiratoire aiguë, retrait et retour au travail ■ Le TdeS qui devient un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou qui développe une infection respiratoire aiguë confirmée par laboratoire doit aviser rapidement le service de santé et sécurité au travail ou le responsable de l'unité de soins selon la procédure locale. Le SST ou le responsable de l'unité doit aviser l'équipe de PCI s'il y a un risque de transmission nosocomiale. ■ La décision de retirer des soins un TdeS qui développe des symptômes reliés à une infection respiratoire d'étiologie connue ou non doit être conforme aux politiques locales du milieu. Cette décision doit être évaluée en considérant le type de clientèle exposée et le type de virus impliqué. ■ Si les symptômes persistent plus de cinq jours, une réévaluation du TdeS pourrait être nécessaire. ■ Lors du retour au travail du TdeS, si des symptômes d'infection respiratoire sont toujours présents, ce dernier doit porter un masque médical lorsqu'à moins de deux mètres d'un usager ou d'autres personnes ou selon les mesures sanitaires en place liées à la COVID-19.
Pour l'influenza : antiviraux en prophylaxie et en traitement	La décision d'administrer des antiviraux en prophylaxie à un contact ou en traitement pour un cas relève du médecin traitant. Se référer aux recommandations de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada), de l'Infectious Diseases Society of America (IDSA), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ou la Société canadienne de pédiatrie pour les indications, les mises à jour annuelles ou situationnelles, les groupes à risque, etc. Le traitement rapide des usagers présentant une infection à influenza confirmée ou chez qui l'on soupçonne une infection respiratoire aiguë (dans les 48 heures et surtout, dans les 12 heures suivant l'apparition des symptômes) (ASPC, 2009a; CDC, 2011) peut contribuer à réduire la durée de la maladie et le risque de complications chez les usagers présentant des facteurs de risque de complications de l'influenza.

¹ Avis du CINQ à des fins opérationnelles.

Hébergement	En milieu de soins aigus ou en centre de réadaptation En présence de plusieurs cas ne faisant pas partie d'une éclosion, 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 au lit. Maintenir alors 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). Pour les indications générales, se référer à la fiche Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles
Transferts	Lors du transfert d'un cas clinique d'infection respiratoire aiguë ou d'un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire, 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 installation non affectée Appliquer les précautions additionnelles requises jusqu'à 72 heures (gouttelettes-contact ou gouttelettes selon le virus identifié) 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 (annexe 1). Usager en précautions additionnelles ■ Évaluer si le transfert vers une unité non affectée peut être reporté afin d'éviter la dissémination dans l'environnement et l'exposition de nouveaux usagers. Si le transfert est médicalement requis ou lors d'un retour dans l'installation d'origine (ex. : CHSLD) ou lors d'une admission ne pouvant être reportée dans une autre installation, s'assurer que les précautions additionnelles requises puissent être instaurées. ■ Le transfert vers une installation ou une unité de soins déjà affectée par le même virus peut s'effectuer si le milieu receveur peut prendre en charge l'usager de façon sécuritaire et instaurer les précautions additionnelles requises.
Transport de l'usager	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 symptomatique aux activités de groupe, aux repas en commun et aux sorties à l'extérieur de l'unité (ex. : visiter un autre usager ou participer à une activité sur une autre unité) pendant toute la période de contagiosité. Limitier 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.).

Hygiène et salubrité	Il est important de : - Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre ou de la zone de soins de l'usager. - Nettoyer et désinfecter les surfaces selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. À la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager symptomatique : - Procéder au nettoyage et à la désinfection complets (surfaces <i>high touch</i> et <i>low touch</i>) de la salle de toilette et de la chambre. - Changer les rideaux séparateurs selon les modalités locales. Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager.
Équipements de soins	Réserver l'équipement de soins à l'usage exclusif de l'usager symptomatique. Si l'équipement doit être partagé, il doit être nettoyé et désinfecté avec un produit reconnu efficace et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. Le produit doit aussi être compatible avec le type d'équipement.
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.
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

Références

Akhras, N., Weinberg, J.B. & Newton, D. (2010). Human metapneumovirus and respiratory syncytial virus: subtle differences but comparable severity. *Infectious Disease Reports*, 2, 35-39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3892583/>

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/biosurete-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agentes-pathogenes-evaluation-risques.html>

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2015). *Pour les professionnels de la santé : infections à entérovirus non poliomyélitique*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/infections-enterovirus-non-poliomyelitique/pour-professionnels-sante-infections-enterovirus-non-poliomyelitique.html>

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

Anderson, E.J., Simões, E.A.F., Buttery, J.P., Dennehy, P.H., Domachowski, 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://academic.oup.com/jpids/article/1/3/212/915453>

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

Bawage, S.S., Tiwari, P.M., Pillai, S., Dennis, V. & Singh S.R. (2013). Recent advances in diagnosis, prevention, and treatment of human respiratory syncytial virus. *Advances in virology*. 2013, Article ID 595768, 1-26. <https://www.hindawi.com/journals/av/2013/595768/>

Bennett, J.E., Dolin, R. & Blaser, M.J. (2015). *Mandell, Douglas, AND Bennett's. Principles and practice of infectious diseases*, (chaps. 145, 149, 157, 158, 160, 161, 167, 174, 177). Huitième édition, Philadelphie. États-Unis : Saunders. <https://expertconsult.inkling.com/read/Bennett.2015-douglas-bennetts-infectious-diseases-8/index-of-updated-chapters/chapter-revisions>

Bruning A.H.L., de Kruijff, 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. https://journals.lww.com/infectdis/Fulltext/2018/07000/Respiratory_Viruses_in_a_Primary_Health_Care.8.aspx

Bruning, A.H.L., Susi, P., Toivola, H., Christensen, A., Söderlund-Venermo, M. *et al.* (2016). Detection and monitoring of human bocavirus infection by a new rapid antigen test. *New microbe and new infect*, 11, 17-19. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297516000172?via%3Dihub>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2004). Morbidity and mortality weekly report (MMWR), Recommendations and reports. Guidelines for preventing health-care, associated pneumonia, 2003. Recommendations of CDC and the healthcare infection control practices, advisory committee. Prevention and control of health-care. *Associated Respiratory Syncytial Virus, Parainfluenza Virus, and Adenovirus Infections*, 26, (53(RR03)), 1-36. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

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

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

Eskola, V., Xu, M. & Söderlund-Venermo, M. (2017). Severe lower respiratory tract infection caused by human bocavirus in an infant. *The pediatric infectious disease journal*, 36(11), 1107-1108. https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2017/11000/Severe_Lower_Respiratory_Tract_Infection_Caused_by.26.aspx

Falsey, A.R., McElhaney, J. E., Beran, J., van Essen, G. A., Duval, X. *et al.* (2014). Respiratory syncytial virus and other respiratory viral infections in older adults with moderate to severe influenza-like illness. *The journal of infectious diseases*, 209(12), 1873-81. <https://academic.oup.com/jid/article/209/12/1873/798017>

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. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14614609?via%3Dihub>

Gouvernement du Québec. (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Mise à jour 2017*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>

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

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

Karalar, L., Lindner, J., Schimanski, S., Kertai, M., Segerer, H. *et al.* (2010). Prevalence and clinical aspects of human bocavirus infection in children. *Clinical microbiology and infection*, 16(6), 633–639. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14617031?via%3Dihub>

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://www.eymj.org/Synapse/Data/PDFData/0069YMJ/ymj-58-174.pdf>

Kristoffersen, A.W., Nordbø, S.A., Rognlien, A.-G.W., Christensen, A & Døllner, H. (2011). Coronavirus causes lower respiratory tract infections less frequently than RSV in hospitalized norwegian children. *The pediatric infectious disease journal*, 30(4), 279–283. https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2011/04000/Coronavirus_Causes_Lower_Respiratory_Tract.3.aspx

Lessler, J., Reich, N.G., Brookmeyer, R., Perl, T.M., Nelson, K.E. & Cummings, D.A.T. (2009). Incubation periods of acute respiratory viral infections: a systematic review. *Lancet infectious diseases*, 9(5), 291–300. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327893/>

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. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/9/10-0476_article

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. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X1500659X?via%3Dihub>

Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Division de la santé de la population et de la santé publique. (2018). *Recommandations pour la lutte contre les éclosons d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée*. http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/RESP_Infectn_ctrl_guide_LTC_2018_fr.pdf

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

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

Savage, T.J., Kuypers, J., Chu, H.Y., Bradford, M.C., Buccat, A. M. *et al.* (2018). Enterovirus D-68 in children presenting for acute care in the hospital setting. *Influenza other respi viruses*, 12, 522–528. <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. https://journals.lww.com/revmedmicrobiol/Fulltext/2006/01000/The_human_metapneumovirus_biology.2.aspx

Vancouver Coastal health (VCH). (2021). *Infection prevention and control (IPAC). Diseases and conditions table: Recommendations for management of patients. Residents and clients in VCH health care settings*. <http://ipac.vch.ca/home>

Zang, J. & Qu, D. (2018). Clinical analysis of human bocavirus in children with severe lower respiratory tract infection. *Pediatric critical care medicine*, 19(6), 100. <https://journals.lww.com/pccmjournal/Pages/toc.aspx?year=2018&issue=06001#422033488>

Annexe 1 Tableau présentant les périodes d'incubation retenues à des fins d'intervention pour les virus respiratoires

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

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

Stéphane Caron
Chantal Richard, secrétaire du CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec

Charles Frenette
Centre universitaire de santé McGill

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

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

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

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

REPRÉSENTANTE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
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
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉ PERMANENT

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Geneviève Anctil
Annick Boulais
Josiane Charest
Fanny Desjardins
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins: Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)
Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

SOUS LA COORDINATION DE

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

ONT CONTRIBUÉ COMME AUTEURS AUX VERSIONS ANTÉRIEURES

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

Annie Laberge
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la
Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Renée Paré
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-
Sud-de-l'Île-de-Montréal

Caroline Quach, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF)
sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au :
<http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont
autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute
autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du
Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce
document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une
demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur
des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible
à l'adresse suivante :
<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un
courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.*

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

Dépôt légal – 4^e trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-90769-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 2835

