

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires, incluant l'influenza, dans les milieux de soins : cas sporadiques



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC Mise à jour – Décembre 2019

Cette fiche est la cinquième d'une série portant sur les mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires, incluant l'influenza, dans les milieux de soins. Les différentes fiches disponibles sont :

1. Caractéristiques des agents infectieux
2. Définition des termes
3. Analyses de laboratoire
4. Préparation à la saison d'activité des virus respiratoires
5. **Cas sporadiques**
6. En situation d'éclosion
7. Outils

Elles peuvent être consultées au <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales> dans la section : Guides PCI par microorganisme ou type d'infection, influenza et autres virus respiratoires.

La surveillance des virus respiratoires, dont l'influenza, s'effectue tout au long de l'année même si la période à risque se situe généralement entre les mois de novembre et de juin. Cette surveillance permet la détection précoce d'infections respiratoires chez des cas sporadiques (usagers, visiteurs et travailleurs de la santé) et d'éclosions dans tous les milieux. L'objectif principal est de mettre en place rapidement les mesures de prévention et de contrôle requises afin de limiter la propagation de certains virus chez les usagers.

En présence d'une infection des voies respiratoires, les tests diagnostiques ne sont pas systématiquement effectués. L'épidémiologie locale peut orienter le choix des mesures de prévention et contrôle des infections à privilégier. Il est important aussi de considérer la circulation possible de plus d'un type de virus dans une même période et même pendant une éclosion.

Tous les travailleurs de la santé ainsi que les usagers doivent appliquer les mesures de prévention et contrôle recommandées. Les mesures retenues devront tenir compte du microorganisme en cause, de la situation épidémiologique, du type d'installation ou d'unité, de la configuration de l'unité, de la vulnérabilité des usagers présents et de la capacité de collaboration de l'usager atteint.

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

Mesures à appliquer en présence d'un cas (suspecté ou confirmé)

Surveillance	Surveiller l'apparition de symptômes d'une infection des voies respiratoires chez les autres usagers de l'unité et les travailleurs de la santé afin d'appliquer rapidement les précautions additionnelles requises.
Hygiène des mains	Rappeler aux usagers, visiteurs et aux travailleurs de la santé : ▪ L'importance de l'hygiène des mains (HDM). (Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438)
Pratiques de base	Rappeler aux usagers et aux travailleurs de la santé : ▪ L'importance d'appliquer les pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers. ▪ Il est important de rappeler aux travailleurs de la santé qu'une protection oculaire peut être requise dans certaines circonstances ou lors de certains soins suite à une évaluation du risque de projection de gouttelettes.
Précautions additionnelles	Lors de l'identification d'un usager chez qui l'on soupçonne une infection respiratoire (cas suspect) et en présence de l'une des situations suivantes : ▪ Syndrome d'allure grippale (SAG). ▪ En attente du résultat d'un test diagnostique. ▪ Aucun agent pathogène identifié ou aucun test diagnostique fait. Appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact . Les précautions additionnelles peuvent être appliquées au lit s'il est possible de maintenir une séparation spatiale d'au moins deux mètres entre les lits ou s'il y a présence d'une barrière physique (ex. : rideau séparateur).
	Lors de l'identification d'un cas confirmé : influenza ou virus respiratoire syncytial (VRS) Appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact. (Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2436) Rappel : lorsque des usagers partagent la même chambre et sont porteurs du même microorganisme, il est essentiel de changer les gants et de procéder à l'HDM entre chaque usager. Le changement de la blouse et du masque est requis s'ils sont souillés.
	Influenza et VRS négatifs mais identification d'un autre virus respiratoire Maintenir ou ajuster les mesures suite à une évaluation du risque (clientèle, agent pathogène). ▪ Entérovirus et rhinovirus : les pratiques de base sont recommandées mais : ▪ Unité de pédiatrie, de néonatalogie ou pour un usager immunodéprimé : il est recommandé de maintenir les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact. ▪ Pour les adultes ne pouvant respecter les mesures d'hygiène de base ou incontinents et selon l'évaluation du risque : il est recommandé de maintenir les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact. ▪ Autres virus respiratoires : les précautions additionnelles contre la transmission par 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 contre la transmission par gouttelettes/contact pour l'ensemble des virus respiratoires.

**Précautions
additionnelles et
particularités**

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 de confinement de l'usager à sa chambre au minimum.
- Considérer des mesures alternatives pour diminuer le risque de contamination pour les usagers ne pouvant être confinés à leur chambre : ex. : maintenir des précautions additionnelles lors des soins par les travailleurs de la santé, faire porter un masque par l'usager hors de sa chambre si toléré, augmenter la fréquence des mesures d'hygiène et salubrité, cibler des travailleurs 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.

Pour l'unité de pédiatrie lors d'une infection respiratoire suspectée ou confirmée chez l'enfant

- Le parent ou la personne accompagnant l'enfant n'a pas besoin de porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) lorsqu'il est dans la chambre.
- Le parent ou l'accompagnateur et l'enfant ne peuvent pas circuler sur l'unité puisqu'il cohabite généralement avec la personne infectée et il est alors considéré en précautions additionnelles.
- 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 avec une infection respiratoire suspectée ou confirmée

- Chambre individuelle pour le nouveau-né et la mère.
- Traitement antiviral rapide de la mère avec une influenza afin de diminuer l'excrétion virale.
- Précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact ou gouttelettes ou pratique de base selon le virus identifié minimalement jusqu'à 24 heures après la fin de la fièvre et des symptômes de 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 incluant l'influenza au nouveau-né et les bénéfices du lien (*bonding*) entre la mère et le bébé. Il peut être suggéré qu'un adulte sain autre que la mère s'occupe du bébé (sauf pour l'allaitement).
- 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 de procédure, porter des vêtements propres et procéder à l'HDM avant tout contact avec son nouveau-né.
- L'accompagnateur doit porter un masque s'il se trouve à moins de deux mètres de la mère, lorsque possible.
- L'accompagnateur asymptomatique doit procéder à l'HDM avant un contact avec le bébé. Le port du masque est suggéré.
- L'accompagnateur asymptomatique ne peut pas 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, on doit s'assurer que ce dernier respecte les mesures lorsqu'il est dans la chambre; il doit procéder à l'HDM à la sortie de la chambre. Le port du masque est suggéré.
- L'accompagnateur atteint d'une infection respiratoire ne devrait pas se présenter 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 de procédure et une blouse, selon le virus identifié, avant d'entrer en contact avec le bébé.

Précautions additionnelles et particularités (suite)	- Si le bébé est transféré à la pouponnière ou à l'unité néonatale, il doit être placé en précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact s'il a été exposé à la mère ou à un membre de la famille avec une infection respiratoire, et ce, pour la période d'incubation du virus retenu à des fins d'intervention. Il doit être surveillé pour détecter les symptômes d'une infection respiratoire. 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. - Pour identifier le virus en cause, il est possible de procéder à un test diagnostique chez la personne symptomatique ou évaluer l'étiologie probable selon l'épidémiologie locale. Pour l'unité de soins néonatale et en présence d'une mère avec une infection respiratoire suspectée ou confirmée - La mère peut rendre visite à l'enfant si les conditions suivantes sont respectées : - La mère a été rencontrée pour l'informer des risques et des précautions à prendre. - La mère procède à l'HDM. - La mère applique les précautions additionnelles requises et les consignes émises.
Procédure à risque de générer des aérosols	Pour les infections respiratoires, dont l'influenza saisonnière, aucune mesure de type aérienne ne s'applique.
Durée des mesures	Pour l'influenza ou un SAG - Maintenir en place les précautions additionnelles requises jusqu'à cinq jours après le début des symptômes ou minimalement jusqu'à 24 heures après la résolution de la fièvre et des symptômes respiratoires selon la plus longue des deux éventualités. - Pour les enfants, maintenir les précautions requises jusqu'à 7 jours ou minimalement jusqu'à 24 heures après la résolution de la fièvre et des symptômes respiratoires selon la plus longue des deux éventualités. - Si les symptômes persistent plus de cinq jours, une réévaluation médicale de l'usager par le médecin traitant est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une hyperactivité bronchique post-infectieuse ou d'une surinfection bactérienne. Pour les autres virus respiratoires confirmés par laboratoire - Maintenir en place les précautions additionnelles requises minimalement jusqu'à 24 heures après la résolution de la fièvre et des symptômes respiratoires. - Si les symptômes persistent plus de cinq jours, une réévaluation médicale de l'usager par le médecin traitant est à considérer afin de distinguer une infection virale active d'une hyperactivité bronchique post-infectieuse ou d'une surinfection bactérienne.
Pour l'influenza : antiviraux en prophylaxie et en traitement	La décision d'administrer des antiviraux en prophylaxie ou en traitement pour des cas sporadiques relève du médecin traitant. Se référer aux recommandations de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada) ou de l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) pour les indications, les mises à jour annuelles ou situationnelles, les groupes à risque, etc. : https://ammi.ca/ ou https://www.idsociety.org/. Le traitement rapide des usagers présentant un SAG ou une grippe confirmée (dans les 48 heures et surtout, dans les 12 heures suivant l'apparition des symptômes) (ASPC, 2009a; CDC, 2011) peut contribuer à réduire la durée de la maladie ainsi que le risque de survenue de complications de la grippe chez les usagers vulnérables.

Hébergement	En milieu de soins aigus ou en centre de réadaptation - En présence de plusieurs cas sporadiques ne faisant pas partie d’une éclosion, il est possible de regrouper dans une même chambre ou sur une même unité les usagers infectés par le même microorganisme. En CHSLD - Puisque le déplacement de l’usager est généralement impossible, appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact au lit. Maintenir une séparation spatiale 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 <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles</i> : https://www.inspq.qc.ca/publications/2436	
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. - 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.).	
Contacts étroits	Pour un SAG, une influenza ou un autre virus respiratoire - Appliquer préventivement les précautions additionnelles requises jusqu’à 72 heures^a suivant le dernier contact avec le cas infecté (transmission par gouttelettes/contact ou gouttelettes ou pratiques de base selon le virus identifié et les <i>précautions additionnelles requises</i>, p.2). Après 72 heures et en l’absence de symptôme, cesser l’application des précautions additionnelles et poursuivre la surveillance de ceux-ci selon la période d’incubation retenue à des fins d’intervention pour le virus respiratoire en cause. - 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’un SAG n’est pas présent chez toutes les personnes. Ainsi, les personnes âgées peuvent être infectées par le virus de l’influenza sans présenter de fièvre. - Lorsqu’un contact devient symptomatique, se référer à la période d’incubation du virus retenue à des fins d’intervention afin de déterminer si ce cas est nosocomial et la possibilité d’une éclosion.	
	Virus	Périodes d’incubation retenues à des fins d’intervention
	Adénovirus	5 jours
	Bocavirus	Non établie
	Coronavirus	4 jours
	Entérovirus	5 jours
	Influenza	3 jours
	Métapneumovirus humain	5 jours
	Parainfluenza	6 jours
	Rhinovirus	3 jours
	Virus respiratoire syncytial (VRS)	8 jours

^a Avis du CINC à des fins opérationnelles.

Contacts élargis	Pour un SAG ou une influenza - Surveiller l'apparition de symptômes chez les contacts élargis jusqu'à 72 heures suivant le dernier contact avec le cas infecté. Pour un autre virus respiratoire identifié^a - 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 (voir tableau précédent).
Transferts	Pour tout transfert, communiquer au préalable avec l'installation ou l'unité où sera transféré l'usager afin de les aviser du statut infectieux de ce dernier et inscrire une note au dossier de l'usager et sur la fiche de transfert s'il y a lieu. Contact étroit asymptomatique transféré sur une autre unité ou dans une installation non affectée - Appliquer les précautions additionnelles requises jusqu'à 72 heures (transmission par 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 (voir tableau précédent). Usager symptomatique - Reporter, si possible, le transfert vers une unité non affectée 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. Usager ayant fait l'infection et dont la période de contagiosité est terminée - Aucune précaution requise.
Transport de l'usager	Se référer à la fiche <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles</i> : https://www.inspq.gc.ca/publications/2436
Gestion des travailleurs de la santé	Pour un SAG, une influenza ou un autre virus respiratoire - Suite à un contact étroit avec un cas de SAG ou d'une infection respiratoire confirmée par laboratoire et lorsqu'aucune mesure n'était en place, le travailleur doit surveiller l'apparition des symptômes jusqu'à 72 heures^a suivant le dernier contact avec le cas infecté. - En présence d'un contact de plus de quatre heures cumulatives avec un cas confirmé d'influenza ou lorsqu'il y a eu un contact direct avec des sécrétions respiratoires sans protection adéquate, le médecin traitant peut considérer offrir une prophylaxie antivirale pour un travailleur de la santé identifié à haut risque de complications. Il n'est pas recommandé d'offrir d'emblée la prophylaxie aux travailleurs de la santé. - Les travailleurs qui développent un SAG ou une infection respiratoire confirmée par laboratoire doivent aviser le service de santé et sécurité au travail ou le responsable de l'unité de soins selon la procédure locale. Cette personne doit aviser à l'équipe de PCI s'il y a un risque de transmission nosocomiale. - La décision de retirer des soins un travailleur de la santé (TS) qui développe un SAG ou une infection respiratoire confirmée par laboratoire est déterminée par la politique locale. La durée du retrait est minimalement jusqu'à 24 heures après la résolution de la fièvre et des symptômes respiratoires, et ce, peu importe le virus. Si les symptômes persistent plus de cinq jours, il est nécessaire de procéder à une réévaluation du travailleur. Lors du retour au travail du TS, si des symptômes d'infections respiratoires sont toujours présents, ce dernier doit porter un masque lorsqu'à moins de deux mètres d'un usager ou d'autres personnes.

^a Avis du CINQ à des fins opérationnelles.

Gestion des visiteurs	▪ Informer les visiteurs des mesures de prévention et de contrôle à respecter. Insister particulièrement sur l'HDM et sur le port du masque à moins de deux mètres de l'usager infecté. Si le visiteur donne des soins, il doit appliquer les précautions additionnelles contre la transmission requise selon la situation. ▪ Limiter leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Inviter à s'abstenir de visite, tout visiteur présentant une infection respiratoire. Si la visite ne peut être reportée (raison humanitaire), il faudra rappeler aux visiteurs symptomatiques la nécessité d'appliquer l'étiquette respiratoire dès leur arrivée et de limiter leurs déplacements dans le milieu de soins.
Hygiène et salubrité	Il est important de : ▪ Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre (ou zone de soins) de l'usager. ▪ Nettoyer et désinfecter 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 si requis. ▪ Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager (y compris le papier de toilette). Se référer à la formation reçue dans le cadre des formations offertes par l'établissement lors de la préparation à la saison d'activité des virus respiratoires.
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 Repéré au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3892583/>
- Anderson, E. J., Simões, E. A. F., Buttery, J. P., Dennehy, P. H., Domachowske, J. B., Jensen, K., Lieberman, J. M., Losonsky, G. A. & Yogev, R. (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. Repéré au <https://academic.oup.com/jpids/article/1/3/212/915453>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2011 et 2014). Section biosûreté et biosécurité, Fiches techniques santé-sécurité : agents pathogènes. Fiches consultées : *adénovirus* (2014), *coronavirus humain* (2011), *rhinovirus* (2011), *virus para-influenza humain* (2011), *virus respiratoire syncytial* (2011). Gouvernement du Canada. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosurete-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agent-pathogenes-evaluation-risques.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*. Agence de la santé publique du Canada, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Repéré au <http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2015). Section santé, maladies et affections, entérovirus non poliomyélitique, pour les professionnels de la santé : *infections à entérovirus non poliomyélitique*. Gouvernement du Canada. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/infections-enterovirus-non-poliomyelitique/pour-professionnels-sante-infections-enterovirus-non-poliomyelitique.html>
- 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. Repéré au <https://www.hindawi.com/journals/av/2013/595768/>
- Bennett, J.E., Dolin, R. & Blaser, M.J. (2015). *Mandell, Douglas, AND Bennett's. Principles and pratique of infectious diseases*, (chaps. 145, 149, 157, 158, 160, 161, 167, 174, 177.). Huitième édition, Philadelphie. États-Unis : Saunders. Repéré au <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., Wolthers, K.C. & Pajkrt. D. (2018). Respiratory viruses in a primary health care facility in Amsterdam. *The netherlands. infectious diseases in clinical practice*, 26(4), 211-215. Repéré au 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., Hedman, K., Aatola, H., Zvirbliene, A. & Koskinen, J. O. (2016). Detection and monitoring of human bocavirus infection by a new rapid antigen test. *New microbe and new infect*, 11, 17-19. Repéré au <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. Repéré au <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). *Méthodes de soins informatisées (MSI) [en ligne]*. Repéré à <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. Repéré au 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., Esen, M., Galtier, F., Gervais, P., Hwang, S-H., Kremsner, P., Launay, O., Leroux-Roels, G., McNeil, S. H., Nowakowski, A., Richardus, J.H., Ruiz-Palacios, G., St Rose, S., Devaster, J-M., Oostvogels, L., Durviaux, S. & Taylor, S. (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. Repéré au <https://academic.oup.com/jid/article/209/12/1873/798017>
- Guido, M., Zizza, A., Bredl, S., Lindner, J., De Donno, A., Quattrocchi, M., Grima, P., Modrow, S. & the Seroepidemiology Group. (2012). Seroepidemiology of human bocavirus in Apulia, Italy. *Clinical microbiology and infection*, 18(4), E74-E76. Repéré au <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*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>

Karalar, L., Lindner, J., Schimanski, S., Kertai, M., Segerer, H. & Modrow, S. (2010). Prevalence and clinical aspects of human bocavirus infection in children. *Clinical microbiology and infection*, 16(6), 633–639. Repéré au
<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. & Kim, D. S. (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. Repéré au
<https://www.eymj.org/Synapse/Data/PDFData/0069YMJ/ymj-58-174.pdf>

Kristoffersen, A. W., Nordbø, S.A., Rognlien, A.-G.W., Christensen, A & Dollner, 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. Repéré au
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. Repéré au
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327893/>

Longtin, J., Marchand-Austin, A., Winter, A.-L., Patel, S. N., Eshaghi, A., Jamieson, F. B., Low, D. E. & Gubbay, J.B. (2010). Rhinovirus outbreaks in long-term care facilities, Ontario, Canada. *Emerging infectious diseases*, 16(9), 1463–1465. Repéré au
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., Schutten, M., Smits, S.L., Bodewes, R., Osterhaus, A.D.M.E. et Fraaij, P.L.A. (2015). Human bocavirus infection as a cause of severe acute respiratory tract infection in children. , 21(10), 964.e1–964.e8. Repéré au
<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*. Toronto. Canada. Repéré au
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. Repéré au
https://www.picnet.ca/wp-content/uploads/PICNet_RI_Outbreak_Guidelines.pdf

Red Book. (2018). *Report of the Committee on Infectious Diseases, 31e edition*, Illinois: American Academy of Pediatrics.

Santé publique Ontario (SP Ontario). (2018). *Les entérovirus non polio, y compris les entérovirus D68 et A71*. Repéré au
<https://www.publichealthOntario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/Pages/Enterovirus-D68.aspx>

Savage, T. J., Kuypers, J., Chu, H. Y., Bradford, M.C., Buccat, A. M., Qin, X., Klein, E. J., Jerome, K. J., Englund, J. A., & Waghmare, A. (2018). Enterovirus D-68 in children presenting for acute care in the hospital setting. *Influenza other respiratory viruses*, 12, 522–528. Repéré au
<https://doi.org/10.1111/irv.12551>

Schildgen, O., Simon, A., Wilkesmann, A., Williams, J., Eis-Hübinger, A.-M., Kupfer, B., Roggendorf, M. & Viazov, S. (2006). The human metapneumovirus: biology, epidemiological features, and clinical characteristics of infection. *Reviews in medical microbiology*, 17(1), 11–25 Repéré au
https://journals.lww.com/revmedmicrobiol/Fulltext/2006/01000/The_human_metapneumovirus_biology.2.aspx

Vancouver Coastal health (VCH). (2018). *Infection prevention and control (IPAC). Diseases and conditions table: Recommendations for management of patients. Residents and clients in VCH health care settings*. Repéré au
<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. Repéré au
<https://journals.lww.com/pccmjournal/Pages/toc.aspx?year=2018&issue=06001#422033488>

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires, incluant l'influenza, dans les milieux de soins : cas sporadiques

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Charles Frenette

Centre universitaire de santé McGill

Annie Laberge

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

Suzanne Leroux

Institut national de santé publique du Québec

Renée Paré

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

Jasmin Villeneuve

Institut national de santé publique du Québec

Caroline Quach

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Roseline Thibeault

Centre hospitalier universitaire de Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux

Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie Astrid Lefebvre

Centre universitaire de santé McGill

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, Institut national de santé publique du Québec

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 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-85714-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

N° de publication : 2627

