

Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : définition des termes

RECOMMANDATIONS

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MARS 2026

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	4
Définitions générales	5
Références	11

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 l'information en lien avec les définitions de termes associés aux 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.

Ce document s'applique dans tous les milieux de soins qui doivent mettre en place des mesures de PCI pour la gestion 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.
- Les définitions de cas et de contact ont été modifiées pour inclure le SRAS-CoV-2. Le but étant d'assurer une gestion la plus uniforme possible de tous les virus respiratoires. Il n'existe donc plus de définitions de cas et de contact distinctes pour le SRAS-CoV-2 et les autres virus respiratoires.
- La définition de contact étroit pour un usager comprend, pour tous les virus respiratoires (incluant le SRAS-CoV-2), une notion de séjour de quatre heures et plus dans le même environnement.
- Un arrimage a été fait pour inclure les éclosions de SRAS-CoV-2 dans la définition d'une éclosion nosocomiale d'une infection de virus respiratoire. Dans un but d'uniformisation, les travailleurs de la santé ne sont donc plus pris en compte dans la définition des éclosions de SRAS-CoV-2.
- La définition d'éclosion majeure d'influenza a été retirée. Les recommandations portant sur la fermeture d'une unité de soins sont maintenant disponibles en lien avec la gestion des éclosions de virus respiratoires considérées hors de contrôle.

1 INTRODUCTION

Ce document présente les définitions de termes associés aux virus respiratoires. Les définitions s'appliquent particulièrement aux virus décrits dans le document [Caractéristiques des agents infectieux](#) et incluent le SRAS-CoV-2.

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

- [Caractéristiques des agents infectieux](#);
- Définition des termes;
- [Analyses de laboratoire](#);
- [Activités préparatoires et gestion en présence d'un cas](#);
- [Situation d'éclosion](#);
- [Mesures pour les 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, COVID-19 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.

2 MÉTHODOLOGIE

Les définitions 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. Il ne s'agit pas d'une revue de littérature exhaustive. Les organisations suivantes ont été consultées : l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le Gouvernement du Québec, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

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 DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Cas clinique d'infection respiratoire aiguë	En 2022, l'appellation SAG a été modifiée pour « cas clinique d'infection respiratoire aiguë (CCIRA) » afin de faire référence à tous les virus respiratoires et non seulement à l'influenza. Un CCIRA est donc un usager présentant un tableau clinique d'infection respiratoire aiguë, mais sans diagnostic confirmé par laboratoire. Ce cas peut être en investigation pour un ou plusieurs virus. La définition d'un cas basée uniquement sur le tableau clinique doit tenir compte de l'épidémiologie. Le tableau clinique peut être atypique chez les personnes âgées, les enfants et les personnes immunosupprimées. La définition clinique, la plus spécifique, comprend les symptômes suivants : Soit 1 ou 2 : 1) Apparition soudaine de fièvre ET de toux (nouvelle ou aggravée); OU 2) Apparition soudaine de fièvre OU de toux (nouvelle ou aggravée); ET Au moins un des symptômes suivants : - Chez l'adulte : maux de tête, mal de gorge, arthralgies, myalgies, prostration ou fatigue extrême; - Chez l'enfant : symptômes gastro-intestinaux (ex. : nausées, vomissements, diarrhée et douleurs abdominales), hypothermie, mal de gorge, arthralgies, myalgies, léthargie, prostration ou fatigue extrême. Particularités chez les très jeunes enfants : • Présence possible de symptômes non spécifiques tels que la rhinorrhée, congestion nasale, atteinte de l'état général, refus de s'alimenter ou de boire et la baisse d'intérêt dans les activités. Particularités chez les personnes âgées : • Toux parfois tardive; • Fièvre chez la clientèle gériatrique¹ : modifiée ou parfois absente.
---	---

¹ La fièvre chez la clientèle gériatrique (Voyer *et al.*, 2020) se définit par l'un ou l'autre des critères suivants :

1. Prise de température orale unique >37,8 °C (100 °F);
ou
2. Prise de température orale répétée > 37,2 °C (99 °F) ou rectale > 37,5 °C (99,5 °F);
ou
3. Prise de température unique (orale, tympanique, axillaire ou rectale) > 1,1 °C (2 °F) supérieure à la température basale du résident (prise précédemment par la même voie).

Cas confirmé par laboratoire	Usager présentant un tableau clinique compatible avec un CCIRA et dont le microorganisme en cause est confirmé par un test de laboratoire.
Cas confirmé par lien épidémiologique	Usager présentant un tableau clinique compatible avec un CCIRA et présentant un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire durant sa période de contagiosité.
Cas nosocomial d'infection à un virus respiratoires chez les travailleuses et les travailleurs de la santé	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire d'un virus respiratoire (usager ou travailleuse et travailleur de la santé (TdeS)) est identifié en milieu de soins sauf en présence d'un lien épidémiologique clair que le cas est acquis en communauté.

**Cas nosocomial
d'infection à un
virus respiratoire
chez les usagers**

Pour tous les virus respiratoires inclus dans le document [Caractéristiques des agents infectieux](#), les définitions suivantes ont été retenues:

Cas non nosocomial : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant moins de 72 heures après son enregistrement à l'urgence, son admission ou son hébergement.

Cas nosocomial suspect : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant 72 heures et plus après son enregistrement à l'urgence, son admission ou son hébergement, jusqu'à la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention.

Cas nosocomial

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant après son enregistrement à l'urgence, son admission ou son hébergement, au-delà de la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention;

OU

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé en milieu de soins est constaté, peu importe la période d'incubation du virus;

OU

Usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë survenant à la suite d'une hospitalisation et à l'intérieur de la période d'incubation du virus retenue à des fins d'intervention.

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

Contact étroit usager d'un virus respiratoire (incluant le SRAS-CoV-2)	Tout usager qui a : • Séjourné quatre heures et plus dans le même environnement usager (ex. : dans la chambre), à moins de deux mètres et sans mesure barrière en place en tout temps qu'un cas confirmé durant sa période de contagiosité; OU • Été en contact avec des sécrétions respiratoires à la suite d'une exposition directe sans protection adéquate. Si le cas ou l'usager qui partage la même chambre est non apte à respecter les mesures barrières, envisager de considérer d'emblée l'usager qui a séjourné dans la même chambre que le cas comme un contact étroit. Une évaluation locale de la situation est alors requise.
Contact élargi usager d'un virus respiratoire (incluant le SRAS-CoV-2)	Tout usager qui a : • Séjourné moins de quatre heures dans la même chambre qu'un cas confirmé; OU • Séjourné sur la même unité de soins qu'un cas confirmé pendant sa période de contagiosité; OU • Partagé le même personnel de soins. Les usagers qui reçoivent des traitements par les mêmes professionnels (ex. : physiothérapeutes, inhalothérapeutes, etc.) et ceux qui ont partagé des lieux physiques communs (ex. : salle de physiothérapie) peuvent être considérés comme des contacts élargis.
Écllosion suspectée d'une infection respiratoire aiguë	Deux cas et plus d'usagers présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire aiguë ayant un lien épidémiologique direct entre eux, mais dont l'étiologie n'est pas confirmée par laboratoire pour un virus respiratoire.

Écllosion nosocomiale d'une infection de virus respiratoire	Début d'écllosion : Deux cas nosocomiaux d'usagers confirmés par laboratoire, ayant un lien épidémiologique et survenant pendant deux périodes moyennes d'incubation. Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. Dans le cadre de la vigie provinciale, afin de confirmer une écllosion nosocomiale d'influenza en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), l'un de ces tests doit être un TAAN. En situation d'écllosion, les cas confirmés par lien épidémiologique sont comptabilisés avec les cas confirmés pour les fins d'enquête épidémiologique et de mise en place des mesures de PCI. Les cas survenant entre la date de début et la date de fin de l'écllosion sont considérés comme faisant partie de l'écllosion, sauf si, après évaluation, les cas ne sont pas nosocomiaux. Fin d'écllosion : • Influenza et SRAS-CoV-2 : L'écllosion est terminée lorsque 10 jours se sont écoulés après l'apparition des symptômes du dernier cas relié à l'écllosion. • Autres virus respiratoires : L'écllosion est terminée lorsque deux périodes d'incubation du virus en cause se sont écoulées après l'apparition des symptômes du dernier cas relié à l'écllosion.
Écllosion nosocomiale persistante ou ayant un indicateur de gravité pour tous les virus respiratoires	• Apparition de nouveaux cas nosocomiaux malgré l'application rigoureuse de mesures de prévention et contrôle des infections. OU • Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité).
Hygiène et étiquette respiratoires	Mesures destinées à réduire le risque de transmission de microorganismes respiratoires dans les milieux de soins. Se référer au document Notions de base en prévention et contrôle des infections: hygiène et étiquette respiratoires.
Incidence	Nombre de nouveaux cas d'infections respiratoires aiguës apparus dans une population définie pendant une période donnée. L'incidence est utile pour mesurer l'importance de la transmission de l'infection pour une période donnée dans un milieu de soins de courte durée ou un milieu ouvert, caractérisée par des départs et des admissions réguliers et fréquents (exemple : hôpital, centre de réadaptation). Se référer à la section <i>Outils</i> de la page Les infections nosocomiales. Guides PCI par microorganisme ou type d'infection. Influenza et autres virus respiratoires pour avoir un exemple de l'incidence quotidienne en situation d'écllosion ou un accès à la grille automatisée de calcul.

Lien épidémiologique	Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne peut expliquer une transmission entre les cas.
Personne accompagnatrice ou en visite	Toute personne se présentant pour une courte période auprès de l'usager et qui, généralement, ne participe pas aux soins. Même si celle-ci peut être un vecteur pour la transmission des infections, le risque demeure inférieur à celui associé aux TdeS en raison de la nature des interactions avec l'usager.
Personne immunosupprimée	Se référer au médecin traitant ou au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour déterminer le degré d'immunosuppression d'un usager.
Personne participant aux soins	Toute personne se présentant pour une période plus ou moins longue et qui participe aux soins de l'usager. Celles-ci peuvent être un vecteur pour la transmission des infections en raison de la nature des interactions avec l'usager. Les personnes proches aidantes font parties des personnes qui participent aux soins.
Taux d'attaque	Nombre de nouveaux cas d'infections respiratoires aiguës survenus pendant la période d'éclosion divisé par la population à risque de développer l'infection pendant cette même période. Le taux d'attaque est utile lorsqu'on souhaite évaluer la sévérité de la situation dans un milieu où la population demeure la même, comme dans un CHSLD ou autre unité où les départs et les admissions sont peu fréquents. Cette population est considérée comme fermée. Se référer à la section <i>Outils</i> de la page Les infections nosocomiales. Guides PCI par microorganismes ou type d'infection. influenza et autres virus respiratoires pour avoir un exemple de calcul du taux d'attaque en situation d'éclosion ou à la grille automatisée de calcul.
Travailleuse et travailleur de la santé	Toute personne qui, dans le cadre de son travail, est amené à : • Donner des soins; OU • Être en contact étroit avec la clientèle; OU • Avoir un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

RÉFÉRENCES

- 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)
- 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 (2011) adénovirus sérotypes 40 et 41 (2010), coronavirus humain (2020), rhinovirus (2010), virus para-influenza humain (2010), virus respiratoire syncytial (2022)*. <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 (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., 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>
- 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.
- 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 Infections*, 11, 17–19. [10.1016/j.nmni.2016.01.015](https://doi.org/10.1016/j.nmni.2016.01.015)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (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). (2023). *Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians*. https://www.cdc.gov/flu/hcp/antivirals/summary-clinicians.html?CDC_AAref_Val=https://

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

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)

Falsey, A.R., McElhaney, J. E., Beran, J., van Essen, G. A., Duval, X. et al. (2014). Respiratory syncytial virus and other respiratory viral infections in older adults with moderate to severe influenza-like illness. *The Journal of Infectious Diseases*, 209(12), 1873-81. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit839>

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. 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. (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>

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)

Kim, K.Y., Han, S.Y., Kim, H-Y., Cheong, H.M., Kim, S.S. et al. (2017). Human coronavirus in the 2014 winter season as a cause of lower respiratory tract infection infection. *Yonsei University College of Medicine*, 58(1), 174-179. <https://doi.org/10.3349/ymj.2017.58.1.174>

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

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 and Other Respiratory Viruses*, 12, 522–528. <https://doi.org/10.1111/irv.12551>

Schildgen, O., Simon, A., Wilkesmann, A., Williams, J., Eis-Hübinger, A-M. *et al.* (2006). The human metapneumovirus: biology, epidemiological features, and clinical characteristics of infection. *Reviews in Medical Microbiology*, 17(1), 11–25. [10.1097/01.revmedmi.0000237165.94641.c1](https://doi.org/10.1097/01.revmedmi.0000237165.94641.c1)

Voyer, P., Carbonneau, H., Racine, S., Mailhot-Bisson, D., Collin, F. *et al.* (2020). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 3^e édition, ERPI.

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)

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

Isabelle Laperrière
Patricia Hudson
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 : définition des termes

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 : 978-2-555-03814-1 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/ASNP6687>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3821