

Fièvres hémorragiques virales : mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins

RECOMMANDATIONS – COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

JUIN 2026

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	4
Contexte épidémiologique	5
Caractéristiques des fièvres hémorragiques virales	6
Analyse du risque de transmission en milieux de soins	13
Définitions	17
Mesures de prévention et de contrôle des infections pour les cas suspects de FHV en clinique médicale ou groupe de médecine de famille (GMF)	18
Mesures de prévention et de contrôle des infections pour les cas suspects, probables ou les cas confirmés de FHV en CHSGS	19
Critères d'évaluation du niveau de risque d'exposition et prise en charge des contacts en milieux de soins d'un cas confirmé de FHV	30
Références	33

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 portent sur les mesures de prévention et de contrôle des **fièvres hémorragiques virales (FHV) transmissibles entre humains**, particulièrement la maladie Ebola, la maladie à virus de Marburg, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo et la fièvre de Lassa.

Elles ont été élaborées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec et s'inscrivent en concordance avec le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la prévention et le contrôle des FHV.

Ce document s'adresse aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, ainsi qu'aux cliniques médicales et aux groupes de médecine de famille qui pourraient recevoir un usager atteint d'une FHV.

MESSAGES CLÉS

- Les fièvres hémorragiques virales (FHV) retenues dans ce document sont la maladie Ebola, la maladie à virus de Marburg, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo et la fièvre de Lassa.
- Ces recommandations pourraient également être utilisées pour d'autres FHV transmissibles entre humains, telles que les FHV d'Amérique du Sud (virus Chapare, Guanarito, Junin, Machupo et Sabia), la fièvre hémorragique de Lujo et le syndrome de fièvre sévère avec thrombocytopénie. Bien que l'hantavirus des Andes et le virus Nipah n'entraînent pas de fièvre hémorragique, les mesures décrites dans ce document pourraient également s'appliquer étant donné leurs modes de transmission et la sévérité potentielle des maladies qu'ils causent. Des adaptations pourraient toutefois être acceptables, notamment au niveau des spécimens de laboratoire ou de la gestion des dépouilles, pour autant que les directives spécifiques émises par les autorités reconnues au Québec soient suivies.
- Il est peu probable de recevoir des cas de FHV au Québec dans le contexte actuel. Néanmoins, dans d'autres régions du monde, certaines de ces FHV sont endémiques ou des éclosions localisées surviennent sur une base régulière. Étant donné la sévérité de ces infections, tous les milieux de soins doivent être préparés à prendre en charge adéquatement et sans délai un usager dans l'attente de son transfert dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné.
- Les membres du CINQ préconisent une approche prudente et recommandent l'application des précautions additionnelles **aériennes-contact avec protection oculaire** (avec blouse et double paire de gants) en présence de cas suspects, probables ou confirmés de FHV. De plus, lorsque l'usager présente des pertes importantes de liquides biologiques, des équipements de protection individuelle (ÉPI) supplémentaires devraient être portés. Une pièce à pression négative est requise lors de la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA) qui augmentent le risque de transmission.
- L'usager ayant été en contact avec un cas confirmé doit être hébergé en chambre privée avec toilette réservée. Des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être appliquées si l'exposition est jugée à risque élevé. Les travailleuses et travailleurs de la santé (TdeS) ayant eu une exposition à risque faible peuvent continuer de travailler tant qu'ils demeurent asymptomatiques. Les TdeS ayant eu une exposition à risque élevé doivent être retirés du travail.

1 INTRODUCTION

De 2014 à 2016, une épidémie majeure de maladie Ebola¹ a sévi en Afrique de l'Ouest (CDC, 2024f). Afin d'être adéquatement préparé à recevoir un cas au Québec, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) avait alors émis ses recommandations de prévention et contrôle des infections (PCI) contre la maladie à virus Ebola. Environ dix ans plus tard, une mise à jour semblait pertinente, entre autres afin d'inclure d'autres fièvres hémorragiques virales (FHV).

Plusieurs virus, appartenant à différentes familles, sont responsables de FHV. Une démarche fut entreprise afin d'identifier lesquels seraient couverts par les présentes recommandations (voir section [Méthodologie](#)). Les critères utilisés étaient notamment la transmissibilité interhumaine, la sévérité de la maladie et les mesures de PCI recommandées. Les FHV suivantes ont été retenues :

- la maladie Ebola
- la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC)
- la maladie à virus de Marburg (MVM)
- la fièvre de Lassa

Ce document présente l'état des connaissances sur les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de ces quatre FHV², ainsi que les mesures de PCI pour l'accueil et la prise en charge de ces cas dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec. Il présente également des mesures de PCI pour les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille qui pourraient recevoir un cas de FHV. Toutefois, dans ces milieux, les mesures visent à rediriger l'utilisateur de façon sécuritaire vers un CHSGS.

Ces recommandations pourraient également être utilisées pour d'autres FHV transmissibles entre humains, telles que les FHV d'Amérique du Sud (virus Chapare, Guanarito, Junin, Machupo et Sabia), la fièvre hémorragique de Lujo et le syndrome de fièvre sévère avec thrombocytopénie (ASPC, 2011a, 2011b, 2023a, 2024a; CDC, 2023, 2024a; Manuel Merck, 2023a, s. d., 2023b; Qi et al., 2024).

Bien que l'hantavirus des Andes et le virus Nipah n'entraînent pas de fièvre hémorragique, les mesures décrites dans ce document pourraient également s'appliquer étant donné leurs modes de transmission et la sévérité potentielle des maladies qu'ils causent (ASPC, 2017b, 2017a; CDC, 2024b; OMS, 2018a; PHE, 2021; Qi et al., 2024).

Des adaptations pourraient toutefois être acceptables, notamment au niveau des spécimens de laboratoire ou de la gestion des dépouilles, pour autant que les directives spécifiques émises par les autorités reconnues au Québec soient suivies.

¹ La maladie Ebola est le terme utilisé pour désigner la maladie causée par différentes espèces de virus du genre *Orthoebolavirus*, dont l'*Orthoebolavirus zairense* (Zaïre), *sudanense* (Soudan) et *bundibugyoense* (Bundibugyo) (ASPC, 2025b, 2025a).

² Dans le cadre de ce document, le terme **FHV** sera utilisé pour désigner les FHV potentiellement transmissibles entre humains et particulièrement les quatre retenues (maladie Ebola, MVM, FHCC et fièvre de Lassa).

2 MÉTHODOLOGIE

Afin de déterminer les virus couverts par ce document, une revue de la littérature scientifique a été effectuée et les recommandations sur les FHV de différentes organisations nationales et internationales de santé publique ont été consultées (voir le [tableau 1](#) ci-dessous). À partir de cette littérature, un consensus d'experts a été obtenu lors d'une rencontre des membres du CINQ.

Tableau 1 Instances internationales consultées

AU	Australian government - department of health and aged care (Australie)
ASPC	Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
BC	British Columbia government – office of the provincial health officer (Colombie-Britannique)
CDC	Centers for disease control and prevention (États-Unis)
ECDC	European centre for disease prevention and control
HCSP	Haut Conseil de santé publique (France)
OMS	Organisation mondiale de la santé
UK	United Kingdom Health security Agency (UKHSA), United Kingdom Department of Health & Social Care (UKDHS), Public Health England (PHE), National Health Service (NHS) England (Royaume-Uni)
SPO	Santé publique Ontario
Swissnoso	Centre national de prévention des infections (Suisse)

Pour les mesures de PCI à recommander, une revue ciblée de la littérature scientifique a été effectuée afin de répondre aux questions émises lors de la rédaction de ce document. La recherche s'est concentrée sur les revues de littérature publiées entre 2014 et mars 2025, dans les bases de données Medline (OVID), Embase (OVID) et CINAHL Complete (EBSCO), incluant la librairie Cochrane. Les concepts ciblés étaient : fièvres hémorragiques virales, dont Ebola et Marburg, transmission, contamination, ainsi que travailleurs de la santé ou milieux de soins. Des revues et articles supplémentaires ont été repérés par la méthode boule de neige.

Les recommandations de plusieurs instances nationales et internationales reconnues en santé publique ont également été consultées jusqu'en mars 2025 (voir le [tableau 1](#)).

Les recommandations présentées dans ce document émanent des discussions des membres du CINQ, qui ont permis de proposer les meilleures mesures de PCI pour les milieux de soins au Québec et d'établir un consensus d'experts concernant les aspects qui n'étaient pas couverts dans la littérature scientifique ou dans les lignes directrices consultées. Le processus tient compte de la démarche d'évaluation et de gestion de risque inspirée du *Cadre de référence en gestion des risques en santé publique* de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2016).

Une révision par les pairs a également été effectuée afin de valider la qualité de cette production.

Les recommandations seront révisées en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances nationales et internationales.

3 CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les FHV présentées dans ce document sont principalement des zoonoses, mais elles peuvent également se transmettre entre humains et causer des écloisions, particulièrement dans les milieux de soins.

Le premier cas de **maladie Ebola** identifié est survenu au Zaïre (maintenant République Démocratique du Congo) en 1976 (Qi *et al.*, 2024). Depuis, des écloisions se produisent de façon sporadique dans les régions tropicales de l'Afrique subsaharienne. Le nombre de cas lors des écloisions varie habituellement entre quelques dizaines et quelques centaines. La plus importante a causé plus de 28 600 cas de 2014 à 2016 (CDC, 2024f) et est survenue dans des pays habituellement non touchés par cette infection (Liberia, Guinée, Sierra Leone). Au moment de finaliser ce document, une écloision était en cours en République Démocratique du Congo et en Ouganda (OMS, 2026a).

Les premières écloisions connues de **maladie à virus de Marburg (MVM)** sont survenues en 1967 en Allemagne, dans le cadre de travaux de laboratoire avec des singes importés d'Ouganda (OMS, 2025b). Plusieurs écloisions ont été identifiées en Afrique depuis, principalement dans la région subsaharienne. Les écloisions de cette maladie sont généralement de faible ampleur; la plus importante, comptant 252 cas, s'est produite en Angola de 2004 à 2005 (CDC, 2025b). Récemment, trois écloisions ont eu lieu : une au Rwanda, entre septembre et décembre 2024, ayant causé 66 cas, dont 15 décès, (CDC, 2025a), une en Tanzanie, du 20 janvier au 13 mars 2025, durant laquelle les deux cas confirmés et les huit cas probables sont tous décédés (OMS, 2025c) et une autre en Éthiopie du 14 novembre 2025 au 26 janvier 2026, comportant 14 cas confirmés, dont neuf sont décédés (OMS, 2026b).

La **fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC)** fut signalée pour la première fois en Crimée en 1944 et le virus fut identifié par la suite au Congo en 1969. Cette maladie est endémique en Afrique, en Europe de l'Est, dans la région méditerranéenne et le sud de l'Europe, dans le sous-continent indien, en Asie centrale, ainsi que dans le nord-ouest de la Chine, (Qi *et al.*, 2024). Une écloision de grande ampleur, comportant autour de 800 cas, a eu lieu en Afghanistan en 2023 (ASPC, 2024b).

Le virus de Lassa a été identifié pour la première fois en 1969 au Nigeria. La **fièvre de Lassa** est endémique dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, notamment au Bénin, au Ghana, en Guinée, au Libéria, au Mali, au Nigéria et en Sierra Leone (OMS, 2024). En 2024, le Nigeria a rapporté autour de 10 000 cas suspects et un peu plus de 1 300 cas confirmés (NCDC, 2024). La propagation du virus à l'extérieur de l'Afrique de l'Ouest est rare (Qi *et al.*, 2024).

Bien que les conséquences des infections causées par ces virus soient graves, il est peu probable de recevoir des cas au Québec. Il est toutefois possible de recevoir des cas importés, d'où la nécessité d'une bonne préparation. Il est à noter que ces maladies constituent des maladies à surveillance extrême et à déclaration obligatoire (MSSS, 2019, 2025) et qu'aucun cas n'a été identifié au Québec jusqu'à maintenant.

4 CARACTÉRISTIQUES DES FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES

Les tableaux suivants présentent les caractéristiques des virus retenus, ainsi que les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des FHV qu'ils causent. Il est à noter que dans certains cas, différentes espèces de virus existent, mais elles ne sont pas décrites puisque les mesures de PCI ne varient pas en fonction des espèces.

4.1 Caractéristiques des virus responsables de FHV

	Maladie Ebola ³	MVM ⁴	FHCC ⁵	Fièvre de Lassa ⁶
Famille	<i>Filoviridae</i>	<i>Filoviridae</i>	<i>Nairoviridae</i>	<i>Arenaviridae</i>
Composition	Virus à ARN recouvert d'une membrane lipidique.	Virus à ARN recouvert d'une membrane lipidique.	Virus à ARN recouvert d'une membrane lipidique.	Virus à ARN recouvert d'une membrane lipidique.
Dose infectieuse	1 à 10 particules virales peuvent causer une infection chez les primates non humains.	1 à 10 particules virales peuvent causer une infection chez les primates non humains.	Dose infectieuse : inconnue pour les humains.	1 à 10 particules virales pour l'infection par aérosol chez les primates non humains.
Durée de survie dans l'environnement	De 7 à 10 jours dans le sang séché à 28 °C et 90 % d'humidité et jusqu'à 50 jours à 4 °C. Moins de 24 heures sur du coton. Jusqu'à 46 jours en suspension dans le sérum.	Jusqu'à 46 jours sur des surfaces contaminées. Séché, ne survit pas sur l'acier inoxydable ou à température ambiante. Jusqu'à 50 jours à 4 °C dilué dans du milieu de culture ou du sérum. La demi-vie en aérosol est de 14 minutes à 19-25 °C, à 50-60 % d'humidité.	Au moins 90 minutes, mais moins de 24 heures dans des conditions sèches. 7 heures dans des conditions humides à 37 °C, 11 jours à 20 °C et 15 jours à 4 °C.	Plus de 50 heures dans des conditions sèches sur du verre entre 20 et 25 °C, sans exposition à la lumière. 30 jours ou plus dans des spécimens biologiques. La demi-vie à 24 °C en aérosol est de 55 minutes, à 30 % d'humidité.
Sensibilité aux désinfectants	Sensible à plusieurs désinfectants courants, dont l'hypochlorite de sodium (5000 ppm), les produits à base d'alcool, le peroxyde d'hydrogène, les ammoniums quaternaires, etc.			

³ Références : (ASPC, 2023c; EPA, 2025; OMS, 2023a)

⁴ Références : (ASPC, 2011c; EPA, 2025; OMS, 2025b)

⁵ Références : (ASPC, 2024b; CDC, 2024e; EPA, 2025; OMS, 2025a)

⁶ Références : (ASPC, 2024c; Cutts et al., 2023; EPA, 2025; OMS, 2024)

4.2 Caractéristiques épidémiologiques

	Maladie Ebola ⁷	MVM ⁸	FHCC ⁹	Fièvre de Lassa ¹⁰
Distribution géographique	Régions tropicales de l'Afrique subsaharienne (éclosions sporadiques chez l'humain).	Régions tropicales de l'Afrique subsaharienne. (éclosions sporadiques chez l'humain)	Endémique en Afrique, Europe de l'Est, région méditerranéenne, sud de l'Europe, Moyen-Orient, sous-continent indien, Asie centrale et nord-ouest de la Chine.	Endémique en Afrique de l'Ouest, particulièrement Nigeria, Liberia, Sierra Leone, Guinée et Ghana.
Réservoirs, hôtes et vecteurs	• Réservoir inconnu, probablement des chauves-souris. • Les humains et les primates non humains sont des hôtes naturels.	• Les chauves-souris, surtout les chauves-souris égyptiennes (<i>Rousettus aegyptiacus</i>) sont à la fois le réservoir et les hôtes naturels. • Les humains et les primates non humains sont des hôtes secondaires.	• Les mammifères (bovins, moutons, lièvres, rongeurs, etc.) et oiseaux ont été considérés comme des réservoirs, mais pourraient être des hôtes amplificateurs. • Les tiques, particulièrement du genre <i>Hyalomma</i> spp sont un vecteur, ces dernières sont également un réservoir. • Les humains semblent être les seuls hôtes symptomatiques.	• Le principal réservoir est le rat à mamelles multiples. • Les humains et les rongeurs sont les hôtes naturels.

⁷ Références : (ASPC, 2023c; OMS, 2023a; OMSA, s. d.; Qi et al., 2024)

⁸ Références : (ASPC, 2011c; OMS, 2025b; Qi et al., 2024)

⁹ Références : (ASPC, 2024b; Ergonul et al., 2010; Frank et al., 2024; OMS, 2025a; Qi et al., 2024)

¹⁰ Références : (ASPC, 2024c; OMS, 2024; Qi et al., 2024)

	Maladie Ebola ⁷	MVM ⁸	FHCC ⁹	Fièvre de Lassa ¹⁰
Transmission	• Zoonotique : contact direct avec des tissus, du sang ou d'autres liquides biologiques d'un animal infecté. • Contact direct avec le sang, les liquides biologiques, (ex. : selles, vomissements, urine, sueur, salive, sperme, lait maternel, larmes) ou les organes d'une personne infectée (vivante ou décédée). • Contact sexuel. • Contact indirect avec des objets ou surfaces contaminés par les liquides biologiques d'une personne infectée (vivante ou décédée). • Transmission verticale et par le lait maternel. • Voie aérienne : plausible selon des études qui ont démontré l'infection de primates non humains via des aérosols. Cependant, la transmission par voie aérienne entre eux n'a pas été démontrée.	• Zoonotique : contact direct avec des chauves-souris infectées ou inhalation de leurs sécrétions ou excréments aérosolisés, contact avec des singes infectés ou leurs liquides biologiques. • Contact direct avec le sang, les liquides biologiques, ou les organes d'une personne infectée (vivante ou décédée). • Contact sexuel. • Contact indirect avec des objets ou surfaces contaminés par les liquides biologiques d'une personne infectée (vivante ou décédée). • Transmission verticale. • Allaitement maternel : plausible, basé sur des données épidémiologiques et l'isolation du virus dans le lait maternel humain. • Voie aérienne : plausible selon des études sur des cobayes (cochons d'Inde) et des primates non humains.	• Zoonotique : morsure de tiques infectées, exposition à des tissus ou liquides biologiques d'animaux infectés ou à des aérosols d'excréments de rongeurs infectés. • Contact direct avec le sang, les liquides biologiques, ou les organes d'une personne infectée. • Transmission sexuelle soupçonnée. • Contact indirect : probable, via les objets ou surfaces contaminés. • Transmission verticale. • Voie aérienne : hypothétique au stade avancé de la maladie, lorsque la charge virale dans le sang et les liquides biologiques est élevée.	• Zoonotique : contact avec des rongeurs infectés ou leurs excréments (direct, aérosol ou consommation). • Contact direct avec le sang ou les liquides biologiques d'une personne infectée (vivante ou décédée). • Contact sexuel. • Contact indirect via du matériel médical contaminé. • Transmission verticale. • Voie aérienne : possible en présence de sécrétions aérosolisées provenant d'éternuements ou de gouttelettes d'urine, mais pas de données épidémiologiques démontrant cette voie de transmission entre humains.

	Maladie Ebola ⁷	MVM ⁸	FHCC ⁹	Fièvre de Lassa ¹⁰
Période d'incubation	De 2 à 21 jours, en moyenne de 4 à 10 jours.	De 2 à 21 jours; généralement de 5 à 9 jours.	De 1 à 13 jours en fonction du mode de transmission. Morsure de tique : 1 à 3 jours, maximum 9. Contact sang ou tissus infectés : 5 à 6 jours, maximum 13.	De 2 à 21 jours, en moyenne 10 jours.
Période de contagiosité	• Dès l'apparition des signes et symptômes. • Augmentation de la contagiosité avec la progression de la maladie, particulièrement avec la survenue de manifestations digestives et hémorragiques. • Contagiosité présente tant que le sang ou les liquides biologiques contiennent du virus. L'excrétion du virus dans le sperme a été documentée jusqu'à 82 jours après le début de la maladie.	• Dès l'apparition des signes et symptômes et tant que le sang contient du virus. • La transmission par le sperme a été signalée jusqu'à 7 semaines après la guérison clinique.	Pas d'informations claires sur la période de contagiosité. À considérer tant que le virus est présent dans les liquides biologiques.	Le virus est excrété dans l'urine pendant 3 à 9 semaines et dans le sperme jusqu'à 3 mois après l'infection.

4.3 Caractéristiques cliniques

	Maladie Ebola ¹¹	MVM ¹²	FHCC ¹³	Fièvre de Lassa ¹⁴
Présentation clinique	- Présentation initiale : Fièvre, fatigue, myalgies, céphalées, diarrhée, vomissements et douleurs abdominales, parfois maux de gorge. 4 à 5 jours après le début de la maladie : apparition de signes et symptômes hémorragiques. - Phase terminale : obnubilation, anurie, tachypnée, hypothermie, arthralgies, maladies oculaires, lésions hépatiques, insuffisance rénale, atteinte du système nerveux central et choc avec défaillance de plusieurs organes. - Grossesse : avortement et saignements abondants. - Rétablissement : généralement après 4 semaines.	- Similaire à la maladie Ebola. - Apparition brutale de fièvre élevée, fortes céphalées et malaise intense. Souvent douleurs musculaires. - Au 3^e jour : diarrhée aqueuse, douleurs et crampes abdominales, nausées, vomissements. - Entre 2 et 7 jours après l'apparition des signes et symptômes : éruptions cutanées sans démangeaisons. - À partir du 5^e jour : manifestations hémorragiques. Possibilité de confusion, irritabilité, agressivité. - Cas mortels : perte de sang abondante et choc hémorragique.	10 à 20 % des personnes infectées développent des signes cliniques. - Phase pré-hémorragique (2 à 4 jours) : Apparition brutale de fièvre, maux de tête, myalgies, vertiges, raideur et douleurs à la nuque, douleurs dorsales, sensibilité des yeux, photophobie. Parfois nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales et mal de gorge. Cas sévères : changement d'humeur et de perception sensorielle, somnolence, hépatomégalie et splénomégalie. - Stade hémorragique : tachycardie, pétéchies, ecchymoses et autres phénomènes hémorragiques, hépatite. Cas sévères : coagulation intravasculaire disséminée, saignement excessif, défaillance multiviscérale et choc.	80 % ont des symptômes légers ou sont asymptomatiques, 20 % présentent des symptômes sévères. - Apparition progressive de fièvre, faiblesse, céphalées. - Après quelques jours : irritation de la gorge, myalgies, douleurs thoraciques, nausées, vomissements, diarrhée, toux et douleurs abdominales. - Cas sévères : œdème facial, pleurésie, hémorragies (buccale, nasale, vaginale ou digestive) et hypotension. - Stade tardif : état de choc, convulsions, tremblements, désorientation pouvant aller jusqu'au coma. - Grossesse : risque élevé de mortalité maternelle (> 80 %) et fœtale (30 %) au 3^e trimestre.

¹¹ Références : (ASPC, 2023c; OMS, 2023a; Qi et al., 2024)

¹² Références : (ASPC, 2011c; OMS, 2025b; Qi et al., 2024)

¹³ Références : (ASPC, 2024b; OMS, 2025a; Qi et al., 2024)

¹⁴ Références : (ASPC, 2024c; OMS, 2024; Qi et al., 2024)

	Maladie Ebola ¹¹	MVM ¹²	FHCC ¹³	Fièvre de Lassa ¹⁴
Létalité	De 25 à 90 %. Environ 50 % en moyenne.	De 24 à 88 %. Environ 50 % en moyenne. Le décès survient généralement de 8 à 9 jours après l'apparition des signes et symptômes.	De 10 à 40 %. Environ 30 % en moyenne. Le décès survient généralement au cours de la deuxième semaine.	Taux global de 1 %, mais de 15 à 20 % chez les cas hospitalisés.
Vaccin	Vaccin ERVEBO (rVSV-ZEBOV), contre l'espèce Zaïre seulement. D'autres vaccins candidats existent.	Aucun approuvé. Des vaccins candidats existent.	Aucun disponible au Canada. Il existe des vaccins candidats.	Aucun disponible. Plusieurs vaccins candidats.
Prophylaxie	Anticorps monoclonaux disponibles en post-exposition pour certaines espèces.	Aucune.	Ribavirine si contact avec usagers hautement virémiques.	Ribavirine si administrée dans les 7 jours suivant l'infection.
Traitement	De soutien et anticorps monoclonaux pour certaines espèces.	De soutien.	De soutien. Certaines molécules antivirales peuvent être utilisées.	De soutien. Certaines molécules antivirales peuvent être utilisées.

5 ANALYSE DU RISQUE DE TRANSMISSION EN MILIEUX DE SOINS

De nombreux cas d'acquisition nosocomiale de FHV ont été documentés et les travailleuses et travailleurs de la santé (TdeS) représentent une proportion non négligeable de ces cas (Ftika & Maltezou, 2013).

5.1 Maladie Ebola et maladie à virus de Marburg

Selon une revue systématique effectuée par Selvaraj *et al.* (2018) sur les infections parmi les TdeS lors des épidémies de maladie Ebola et de MVM, l'usage inadéquat de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) et l'exposition à des usagers dont la maladie n'était pas reconnue sont des causes fréquentes de transmission.

Il est cependant à noter que ces cas se sont généralement produits dans des pays à faible ou moyen revenu, où l'application des mesures de PCI peut représenter un défi important. Le manque de formation, des difficultés d'approvisionnement en ÉPI, en eau courante ou en électricité, ainsi que l'absence de contenants pour objets tranchants, de savons et de salles d'isolement sont entre autres mentionnés (Selvaraj *et al.*, 2018). Des blessures par piqûre d'aiguille et d'autres incidents entraînant un risque d'exposition tels que se frotter les yeux, utiliser un téléphone portable, les masques ou lunettes de protection qui ne restent pas en place, ont également été rapportés (Selvaraj *et al.*, 2018).

Les auteurs d'une autre revue sur les risques de transmission nosocomiale de la maladie Ebola ont conclu que la transmission par voie aérienne semble peu probable puisque le partage d'une chambre ou la proximité d'un usager, sans contact direct, n'étaient pas significativement associés à un risque de transmission (Shears & O'Dempsey, 2015).

De très rares cas de transmission du virus Ebola se sont produits en dehors de l'Afrique. Une infirmière infectée en Espagne en 2014 aurait peut-être été exposée à des fomites (objets ou surfaces contaminés) en soignant un usager rapatrié de Sierra Leone, puisqu'elle n'a pas rapporté d'incident spécifique (López *et al.*, 2015; Parra *et al.*, 2014). Aux États-Unis, deux cas de transmission ont été documentés en 2014 en milieu de soins. Le type d'exposition ayant mené à la transmission n'a pas été identifié, cependant l'absence de protocole de PCI pour la maladie Ebola a été reproché à l'établissement (Chevalier *et al.*, 2014; Wallis, 2015). Ces trois cas secondaires n'ont pas généré d'autres cas.

5.2 Fièvre hémorragique de Crimée-Congo

Lorsqu'une transmission nosocomiale de FHCC survient, les TdeS sont principalement touchés (Tsergouli *et al.*, 2020). Tsergouli *et al.* (2020) ont rapporté que dans ces cas, la voie de transmission la plus fréquente est percutanée (34,3 %), suivie de cutanée (22,2 %), de l'exposition aux aérosols de proximité (18,2 %), du contact indirect (17,2 %) et de l'exposition à l'environnement de l'usager (8,1 %). Les activités menant au contact percutané étaient la réanimation « bouche-à-bouche », les blessures par piqûre d'aiguille et le contact des muqueuses ou de lésions cutanées avec du sang ou des liquides biologiques.

Les infections nosocomiales peuvent également être dues à une application inadéquate des mesures de PCI, un manque de connaissances cliniques et l'absence de diagnostic différentiel permettant de suspecter ou confirmer une FHCC (Gaina *et al.*, 2023). Lors de l'éclosion rapportée par Gaina *et al.* (2023), le cas index a causé 48 cas suspects, dont 14 ont été confirmés, dans un hôpital en Afghanistan. L'équipe a rapporté que l'application des mesures de PCI avait été compromise durant l'examen de l'usager, lors des analyses de laboratoire et lors du nettoyage. Les brèches concernaient notamment l'isolement de l'usager, le port de l'ÉPI et la manipulation des liquides biologiques et des objets contaminés.

5.3 Fièvre de Lassa

La transmission nosocomiale de la fièvre de Lassa est également fréquente chez les TdeS, la plupart du temps due aux mauvaises pratiques de PCI (Dan-Nwafor *et al.*, 2019). Dans l'étude de Dan-Nwafor *et al.* (2019) concernant une éclosion dans un hôpital au Nigéria, en raison d'une faible suspicion de fièvre de Lassa chez le patient index, les TdeS ont appliqué des pratiques de PCI inadéquates. Les auteurs soulignent l'importance de la formation des TdeS au respect des mesures de PCI et de maintenir un index de suspicion élevé chez les usagers provenant de zones où la fièvre de Lassa est endémique.

Deux cas de transmission se sont produits en Allemagne (Wolf *et al.*, 2020). En 2000, un cas probable a été identifié chez un médecin qui avait évalué sans ÉPI un patient fébrile revenant de la Côte d'Ivoire, alors que l'usager toussait. En 2016, un employé de services funéraires s'est infecté lors de l'embaumement d'une personne décédée en provenance du Togo, alors que le diagnostic fut connu après la procédure. L'employé portait des gants et un tablier, mais pas de blouse à manche longue, ni de masque.

5.4 Revue de littérature sur l'équipement de protection individuelle

Une revue systématique récente, effectuée par le Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada, conclut qu'il n'existe pas suffisamment de données probantes pour se prononcer sur l'efficacité comparative de différents ensembles d'ÉPI à prévenir l'exposition des TdeS aux FHV (Graham *et al.*, 2024). Il est également mentionné que les recommandations à ce sujet varient d'une administration à l'autre et que celles du Canada sont élaborées selon une approche de précaution.

Les auteurs d'une revue Cochrane, publiée en 2020 (Verbeek *et al.*, 2020), concernant l'ÉPI pour la prévention des maladies hautement infectieuses (ex. maladie Ebola, SRAS, COVID-19) dues à l'exposition à des fluides corporels contaminés sont également arrivés à la conclusion que plus d'études sont nécessaires afin de déterminer quelles combinaisons d'ÉPI et quelles procédures de retrait offrent la meilleure protection.

La plupart des organisations de santé publique consultées au sujet de l'ÉPI recommandé, soit pour la maladie Ebola, soit pour les FHV ou pour les maladies infectieuses à conséquences graves, recommandaient deux niveaux de port d'ÉPI, à l'exception de l'OMS et de l'Angleterre.

- Concernant la protection respiratoire, l'OMS recommande un masque médical résistant aux liquides qui ne s'affaisse pas sur la bouche en présence de chaleur et d'humidité (OMS, 2023b).
- L'Angleterre recommande d'emblée un masque FFP3 (équivalent d'un appareil de protection respiratoire (APR) N99) (NHS England, 2025).
- L'ASPC (ASPC, 2023b) et les CDC (CDC, 2024c, 2024d) recommandent de rehausser les mesures en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas suspecté de FHV dont la condition est cliniquement instable ou en présence d'un cas confirmé.
- L'ECDC recommande le rehaussement de l'ÉPI lorsqu'il y a des risques d'aérosolisation et d'éclaboussures de liquides biologiques (ECDC, 2014b, 2014a).
- La France (HCSP, 2021), la Suisse (Swissnoso, 2002), l'Australie (AU, 2019), l'Ontario (SPO, 2019, 2022) et la Colombie-Britannique (BC, 2016a) recommandent un rehaussement de l'ÉPI lorsque le risque de transmission augmente, soit en présence de toux, de diarrhée, de vomissements ou de signes et symptômes hémorragiques.

Dans tous les cas, lorsqu'un rehaussement de l'ÉPI est recommandé, l'APR N95 ou plus en fait partie, s'il n'était pas déjà utilisé.

5.5 Position des membres du CINQ

En plus des recommandations des autres organisations de santé publique, différents éléments ont été considérés afin d'élaborer les recommandations de PCI présentées dans ce document.

- Le risque important de létalité ou de morbidité associé à ces maladies, qui justifie l'ampleur des mesures et incite à emprunter une approche prudente en présence de zones grises dans la littérature, comme c'est le cas pour la transmission aérienne de ces virus chez l'humain (voir la section sur la [Transmission](#) du tableau sur les caractéristiques épidémiologiques).
- Une faible dose de ces virus est suffisante pour causer une infection.
- De nombreuses éclosions nosocomiales affectant des TdeS ont été documentées pour ces FHV, mais ces situations sont généralement rapportées dans des pays à faible ou moyen revenu. Dans certains cas, des brèches claires dans l'application des mesures de PCI n'ont pas été identifiées.
- La non-spécificité de la présentation initiale de ces infections, qui requiert une vigilance accrue lors du triage et un seuil de suspicion bas.
- L'état de l'usager et le niveau de soins requis, qui peuvent changer rapidement.
- Bien que les APR à épuration d'air à ventilation assistée (« PAPR ») soient généralement plus confortables, leur désinfection et leur utilisation sont plus laborieuses et ils sont moins souvent disponibles que des APR N95.

Les membres du CINQ ont convenu d'adopter une approche prudente en matière de mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins auprès des cas suspects, probables ou confirmés de FHV.

Par mesure de précaution, le port de l'APR N95 est recommandé en tout temps en présence de cas suspects, probables et confirmés de FHV.

Une pièce à pression négative est requise lors de la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA) et idéalement pour les soins à un cas confirmé en CHSGS.

La prise en charge retardée des usagers suspects, probables ou confirmés de FHV peut entraîner de graves conséquences pour ces derniers.

Chaque établissement doit donc être prêt à prendre en charge adéquatement et sans délai ces usagers dans l'attente d'un transfert dans un CHSGS désigné.

6 DÉFINITIONS

Cas suspect de FHV : Cas répondant aux critères correspondants à une FHV tel que présentés dans l'[*outil d'aide à la décision pour les maladies infectieuses lors de l'arrivée des usagers aux services d'urgence*](#) (MSSS, 2024)

Cas probable et confirmé de FHV : Se référer aux [Définitions nosologiques](#) pour les maladies d'origine infectieuses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec (MSSS, 2026).

Interventions médicales générant des aérosols (IMGA) : interventions médicales associées à un risque accru de transmission d'infections transmises par la voie aérienne. Les IMGA retenues sont les suivantes :

- Intubation et extubation trachéales;
- Bronchoscopie;
- Ventilation manuelle avant l'intubation;
- Aspiration des sécrétions trachéales en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé;
- Induction d'expectorations (technique avec instillation de salin);
- Autopsie.

7 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR LES CAS SUSPECTS DE FHV EN CLINIQUE MÉDICALE OU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

ACCUEIL D'UN USAGER SUSPECT	
Préparation	- Il est essentiel que les cliniques médicales et les GMF du Québec soient préparés pour procéder de manière efficace au triage rapide des usagers potentiellement contagieux et à la mise en place des mesures appropriées de prévention des infections. - Chacun de ces milieux devrait procéder à des exercices de simulation pour le triage afin de renforcer sa capacité à identifier efficacement les cas qui pourraient se présenter en consultation. - La liste des pays faisant l'objet d'une surveillance accrue devrait être connue et consultée régulièrement.
Formation des travailleurs de la santé	- La formation des TdeS est primordiale pour leur permettre d'appliquer adéquatement les mesures de PCI. - Ils devraient ainsi avoir accès à une formation pratique portant principalement sur comment revêtir et retirer l'ÉPI sous supervision et disposer d'affiches et de listes à cocher rappelant les actions à réaliser. - Avant de travailler auprès d'usagers suspects pour une FHV, les TdeS qui pourraient les accueillir doivent avoir reçu une formation pratique répétée et avoir démontré leurs compétences dans l'application des mesures de prévention et contrôle des infections, spécialement en ce qui concerne la mise en place et le retrait de l'ÉPI.
Triage et prise en charge médicale	Si l'usager répond à la définition de cas suspect, il est recommandé : - De lui faire porter un masque médical pour se rendre dans la pièce d'isolement. - D'isoler l'usager dans une pièce fermée ou à pression négative si disponible. - D'appliquer les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et de porter l'ÉPI recommandé en fonction de l'état clinique de l'usager (voir la section Équipement de protection individuelle, niveaux 1 et 2). - De faire évaluer rapidement l'usager par un médecin afin de confirmer s'il correspond à la définition d'un cas probable. - D'aviser la direction régionale de santé publique (DSPPublique) selon les modalités établies. - De transférer les cas probables dans un CHSGS selon la trajectoire régionale et d'aviser le CHSGS receveur. Considérant la courte période que requiert le triage, la faible quantité d'aérosols produits par un usager infecté au cours de cette activité et le fait qu'aucune procédure à risque de générer des aérosols n'est réalisée : - Il n'est pas nécessaire d'attendre un délai pour permettre à l'air de la pièce d'être évacué, avant de recevoir un autre usager dans le local du triage. - Il est cependant nécessaire de désinfecter les surfaces avec lesquelles l'usager est entré en contact (voir section Nettoyage et désinfection de l'environnement).

8 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR LES CAS SUSPECTS, PROBABLES OU LES CAS CONFIRMÉS DE FHV EN CHSGS

ACCUEIL D'UN USAGER SUSPECT	
Préparation	- Il est essentiel que l'ensemble des CHSGS du Québec soient préparés pour procéder de manière efficace au triage rapide des usagers potentiellement contagieux et à la mise en place des mesures appropriées de prévention des infections. - Chaque CHSGS devrait procéder à des exercices de simulation pour le triage afin de renforcer la capacité de tous les centres à prendre en charge efficacement les cas qui pourraient se présenter en consultation dans leur milieu. - La liste des pays faisant l'objet d'une surveillance accrue devrait être connue et consultée régulièrement.
Formation des travailleurs de la santé	- La formation des TdeS est primordiale pour leur permettre d'appliquer adéquatement les mesures de prévention et contrôle des infections. - Ils devraient ainsi avoir accès à une formation pratique portant principalement sur comment revêtir et retirer l'ÉPI sous supervision et disposer d'affiches et de listes à cocher rappelant les actions à réaliser. - Avant de travailler auprès d'usagers suspects, probables ou confirmés pour une FHV, tous les TdeS visés (dans tous les CHSGS : urgence et triage et dans certains milieux : unité de soins intensifs ou unité désignée ou accueil obstétrical) doivent avoir reçu une formation pratique répétée et avoir démontré leurs compétences dans l'application des mesures de prévention et contrôle des infections, spécialement en ce qui concerne le revêtement et le retrait adéquats de l'ÉPI. - Il peut aussi être envisagé de former à l'intérieur de l'hôpital une équipe dédiée aux soins de ces usagers.
Triage	Si l'usager répond à la définition de cas suspect, il est recommandé : - De lui faire porter un masque médical pour se rendre dans la pièce d'isolement. - D'isoler l'usager dans une pièce à pression négative (ou une pièce fermée). - D'appliquer les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et de porter l'ÉPI recommandé en fonction de l'état clinique de l'usager (voir la section Équipement de protection individuelle, niveaux 1 et 2). - De faire évaluer rapidement l'usager par un médecin. Considérant la courte période que requiert le triage, la faible quantité d'aérosols produits par un usager infecté au cours de cette activité et le fait qu'aucune procédure à risque de générer des aérosols n'est réalisée : - Il n'est pas nécessaire d'attendre un délai pour permettre à l'air de la pièce d'être évacué, avant de recevoir un autre usager dans le local du triage. - Il est cependant nécessaire de désinfecter les surfaces (voir section Nettoyage et désinfection de l'environnement) avec lesquelles l'usager est entré en contact.

ÉVALUATION MÉDICALE	
Mesures de PCI	• Évaluer l'usager dans une pièce à pression négative (ou une pièce fermée). • Appliquer les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et porter l'ÉPI recommandé en fonction de l'état clinique de l'usager (voir la section Équipement de protection individuelle, niveaux 1 et 2). • Après le départ de l'usager, aucun temps d'attente (pour les changements d'air) n'est requis. • Procéder au nettoyage et à la désinfection (voir section Nettoyage et désinfection de l'environnement) requis avant d'installer un nouvel usager dans la pièce.
Objectifs	L'évaluation par le médecin doit permettre de recueillir l'information sur le tableau clinique, l'historique du voyage, la nature des expositions qui font suspecter un diagnostic de FHV et répondre aux objectifs suivants : • Établir les mesures de PCI à prendre afin d'empêcher toute transmission. • Entreprendre les investigations requises afin de confirmer ou infirmer le diagnostic d'une FHV.
Considérations	• Chez tout voyageur fébrile en provenance d'une région où la malaria est endémique, considérer ce diagnostic jusqu'à preuve du contraire. Voir la Répartition géographique du paludisme (INSPQ, s. d.). • Un diagnostic de malaria n'exclut pas la nécessité d'appliquer les précautions additionnelles et de faire les tests pour les FHV en présence de facteurs de risque d'une FHV. • Pour qu'un usager soit considéré comme un cas probable de FHV, il doit rencontrer la définition nosologique¹⁵, qui inclut la présence de manifestations cliniques compatibles et un critère épidémiologique. • Tout établissement doit assurer une prise en charge sécuritaire avant de transférer les cas confirmés dans un CHSGS désigné.

¹⁵ Pour les définitions de cas, se référer aux [Définitions nosologiques](#) pour les maladies d'origine infectieuses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec.

LABORATOIRE

- Lorsqu'une FHV est suspectée, le médecin doit consulter le médecin microbiologiste/infectiologue de garde et juger le niveau de suspicion en regard des données cliniques et épidémiologiques. Si le cas s'avère suspect, il doit :
 - Contacter le médecin microbiologiste de garde au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour activer le plan d'intervention d'urgence nécessaire à l'envoi des spécimens.
et
 - Signaler le cas à la DS Publique selon les modalités habituelles pour le signalement des urgences infectieuses.
- Le LSPQ, de concert avec le médecin traitant, le médecin microbiologiste/infectiologue de garde dans l'établissement, le professionnel ou médecin de garde de la DS publique et la direction nationale de santé publique, investigate la pertinence de faire l'analyse pour une FHV.
- Épreuves disponibles au Laboratoire national de microbiologie (24 heures / 7 jours) :
 - Détection moléculaire par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN);
 - Détection d'anticorps IgM (phase aiguë) et IgG (phase convalescente).
- Un test effectué moins de trois jours après le début des signes et symptômes pourrait être répété après le troisième jour si la suspicion est maintenue et en l'absence d'un diagnostic alternatif.

Pour plus de détails, voir : [Suspicion d'infection aux agents étiologiques de groupe de risque 4 \(AEGR4\) : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoires](#)

HÉBERGEMENT	
Hospitalisation	• Héberger l'utilisateur dans une chambre à pression négative si disponible ou dans une chambre individuelle avec porte fermée en tout temps avec toilette réservée à l'usage exclusif de l'utilisateur. • Une chambre à pression négative est requise pour la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA). • La disponibilité d'une antichambre ou d'une aire adjacente permet de délimiter un espace sécuritaire pour l'entreposage des équipements propres et du matériel nécessaire. Cela facilite aussi l'habillage avant d'entrer dans la chambre. Prévoir un espace délimité dans la chambre pour le retrait de l'ÉPI. Si le retrait de l'ÉPI ne peut se faire dans la chambre par manque d'espace, prévoir un espace réservé hors de la chambre, près de la porte, qui sera considéré contaminé. Cet espace doit être distinct de la zone propre. • Placer une affiche explicative à la porte de la chambre indiquant l'accès restreint et les mesures à prendre.
	Pour les hôpitaux désignés • Regrouper les usagers confirmés sur une même unité de soins.
Assignment du personnel	• Limiter au minimum le nombre de TdeS en contact avec l'utilisateur ou son environnement. • Seules les personnes adéquatement formées peuvent entrer dans la chambre. • Maintenir un registre des personnes qui entrent dans la chambre. • Prévoir l'aide nécessaire pour la supervision lors du revêtement et du retrait de l'ÉPI, ainsi que lors des soins.
Déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre	Les cas probables ou confirmés ne devraient pas circuler à l'extérieur de leur chambre. Certains CHSGS, notamment les CHSGS désignés, peuvent avoir un protocole local de déplacement d'un cas confirmé. En cas de déplacement exceptionnel : • Aviser à l'avance le service des mesures à prendre. Éviter que l'utilisateur attende dans une pièce en présence d'autres personnes. • L'utilisateur doit procéder à l'hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique. • L'utilisateur doit porter un masque médical et être couvert d'un drap propre ou porter une blouse à manches longues. • Lors du déplacement de l'utilisateur, le brancardier doit porter l'ÉPI recommandé en fonction de l'état clinique de l'utilisateur (voir la section Équipement de protection individuelle, niveaux 1 et 2) et doit éviter de toucher à l'environnement. • Le brancardier doit emprunter un trajet lui permettant d'éviter les aires fréquentées par plusieurs personnes et doit utiliser un ascenseur dédié ou s'assurer de ne pas laisser entrer d'autres personnes dans l'ascenseur.

Personnes proches aidantes, en visite ou faisant partie de la famille	Interdire l'entrée aux personnes en visite dans la chambre. De façon exceptionnelle, ne laisser entrer que les personnes qui sont indispensables pour des raisons humanitaires : • Former les personnes autorisées et les assister pour mettre et retirer l'ÉPI de façon sécuritaire, et pour procéder à l'hygiène des mains. • Maintenir un registre des personnes qui entrent dans la chambre. • Ces personnes doivent être considérées comme des contacts de cas de FHV et doivent limiter leurs déplacements en milieu de soins (voir la section Critères d'évaluation du niveau de risque d'exposition et prise en charge des contacts en milieux de soins d'un cas confirmé de FHV)
ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE ET AUTRES PRÉCAUTIONS	
Hygiène des mains	Eau et savon ou utilisation de solution hydro-alcoolique.
Précautions additionnelles	Appliquer les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et porter l'ÉPI recommandé en fonction de l'état clinique de l'usager (voir la section Équipement de protection individuelle, niveaux 1 et 2).
Durée des mesures	Jusqu'à l'exclusion du diagnostic de FHV ou si confirmé, pour la durée de l'hospitalisation ou de la période de contagiosité, selon la plus longue des alternatives.
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	• Limiter les IMGA à celles qui sont absolument essentielles. • Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce pour réaliser l'intervention. • Une pièce à pression négative est requise pour réaliser les IMGA. • Désinfecter les surfaces qui peuvent avoir été contaminées par des gouttelettes ou autres liquides biologiques de l'usager. • Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans ÉPI et ce, après la réalisation d'une IMGA.

Équipement de protection individuelle (niveau 1)	Pour toutes les situations, utiliser : • APR N95. • Protection oculaire à usage unique : lunettes protectrices ou écran facial. • Blouse imperméable à manches longues à usage unique. • Double paire de gants en nitrile à poignets longs, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. La première paire doit être sous le poignet de la blouse et la deuxième recouvrir le poignet de la blouse. • L'hygiène des gants (par l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique ou le lavage à l'eau et au savon) n'est pas recommandée¹⁶. • En présence de souillures visibles sur les gants, il pourrait être envisagé de retirer l'excédent de matières organiques lors du retrait de ceux-ci, en utilisant une lingette désinfectante ou un papier absorbant. L'objectif est de diminuer la charge virale et de minimiser le risque de contamination au retrait des gants. • Porter des chaussures fermées résistantes aux objets piquants ou tranchants. • L'ÉPI doit être revêtu avant l'entrée dans la chambre et retiré à la sortie de la chambre. Prévoir un espace délimité suffisant dans la chambre pour le retrait de l'ÉPI. Si le retrait de l'ÉPI ne peut se faire dans la chambre par manque d'espace, prévoir un espace réservé hors de la chambre, près de la porte, qui sera considéré contaminé. Cet espace doit être distinct de la zone propre. Dans tous les cas, l'APR N95 doit être retiré après la sortie de la chambre.
--	---

¹⁶ Une revue des recommandations d'organisations de santé publique a été effectuée à ce sujet et a permis de constater que l'hygiène des gants ne fait pas consensus. Certaines organisations (BC, 2016b; CDC, 2024d; ECDC, 2014a; OMS, 2018b) recommandent une hygiène des gants avec une lingette désinfectante, une solution hydro-alcoolique, une solution chlorée ou encore avec de l'eau et du savon, à différents moments lors des soins ou lors du retrait de l'ÉPI, alors que d'autres n'en font pas mention (ASPC, 2023b; NHS England, 2025; SPO, 2019; Swissnoso, 2002). Le HCSP de la France le recommande avec une lingette de solution chlorée seulement lors du retrait de l'ÉPI, avant de retirer la dernière paire de gant, mais présente également les risques associés à cette pratique et recommande plutôt de changer de gants externes en cas de souillure en cours de soins (HCSP, 2014). L'objectif de cette mesure est de diminuer la charge virale sur les gants et par le fait même de diminuer le risque de contamination lors du retrait de l'ÉPI. Une revue systématique de la littérature scientifique, effectuée par l'OMS, n'a cependant pas pu démontrer une diminution des cas de transmission à des TdeS grâce à la désinfection des gants (OMS, 2023b).

Les membres du CINQ considèrent qu'il est préférable de changer de gants lorsqu'ils sont souillés. Le CINQ a également retenu qu'en présence de souillures visibles, il pourrait être envisagé de retirer l'excédent de matières organiques à l'aide d'une lingette désinfectante. La protection des TdeS est davantage assurée par l'application rigoureuse d'une technique de travail sécuritaire, chez du personnel formé, avec une supervision directe pour l'habillage et le retrait de l'ÉPI. Effectuer une hygiène des gants à multiples reprises complexifie la technique d'habillage et de retrait de l'ÉPI, et pourrait de plus entraîner un faux sentiment de sécurité. Un tel précédent pourrait initier des pratiques non sécuritaires ultérieurement.

Équipement de protection individuelle (niveau 2)	Pour les situations où l'usager présente des pertes de sang ou de liquides biologiques (ex. : vomissements, diarrhée), en plus des éléments mentionnés à la section précédente (ÉPI- niveau 1) ajouter : • Tablier imperméable; • Cagoule; • Jambières et couvre-chaussures imperméables; • En présence de souillures visibles sur le tablier, il est recommandé de le retirer de façon sécuritaire le plus rapidement possible. • Dans certaines circonstances très particulières (ex : souillures qui empêchent le retrait sécuritaire de l'équipement de protection), il pourrait être envisagé de retirer l'excédent de matière organique présent sur une pièce de l'équipement de protection en utilisant une lingette désinfectante ou un papier absorbant. Il ne faut pas effectuer cette manœuvre si le risque de contamination des gants est plus grand que le risque de contamination au retrait de la pièce d'équipement souillée. • Ne pas porter ses vêtements personnels. Utiliser les uniformes fournis par l'établissement. Ces uniformes peuvent être lavés selon les procédures habituelles de l'établissement. OU • Combinaison de protection biologique imperméable uniquement pour le personnel ayant été dûment formé à la revêtir et à l'enlever sans se contaminer.		
	Selon une revue systématique de la littérature effectuée par l'OMS, il n'y a pas d'évidence que la combinaison soit plus efficace que la blouse pour réduire la transmission aux travailleurs de la santé (OMS, 2023b). L'expérience pratique permet de faire ressortir certains avantages et désavantages associés à chaque type d'équipement utilisé :		
		Avantages	Désavantages
	Protection « multipièces » (blouse, tablier, jambières, couvre-chaussures, cagoule)	Le risque de contamination semble moins grand au retrait de l'ÉPI; le risque de contamination diminue avec une supervision.	ÉPI moins confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés.
	Combinaison de protection biologique imperméable	ÉPI plus confortable lors de l'utilisation pour des soins prolongés.	Le risque de contamination est plus grand au retrait; le risque de contamination diminue toutefois avec une supervision.
Étanchéité de la protection	Favoriser le choix de l'équipement avec élastique ou autre système permettant l'ajustement des manches ou jambière, ce qui permet d'augmenter l'étanchéité au niveau de la jonction des pièces d'équipement. L'utilisation de ruban collant est à proscrire puisqu'il entraîne un risque accru de contamination au retrait de l'équipement.		

Supervision lors de la mise en place et du retrait de l'ÉPI	• Une supervision directe doit être réalisée par une personne qualifiée, qui a démontré sa compétence dans la technique de mise en place et de retrait des ÉPI, afin que l'équipement soit revêtu correctement et retiré de façon sécuritaire. • La personne qui supervise doit pouvoir, au besoin, se trouver dans la même pièce que la personne qui retire l'ÉPI. Un espace suffisant doit être prévu à cet effet. • La personne qui assiste le travailleur qui retire l'ÉPI pourrait elle-même porter un ÉPI tel que requis selon le niveau de risque, par exemple : - Pour un usager qui ne présente pas de perte de liquides biologiques, il n'est pas nécessaire que la personne qui assiste porte l'ÉPI; - Pour un usager qui présente des pertes de liquides biologiques, la personne qui assiste doit porter l'ÉPI de niveau 1 (Équipement de protection individuelle - niveau 1).
Supervision lors de soins	Une supervision directe (idéalement à travers une vitre) du TdeS et constante doit être assurée en tout temps lors des soins par un observateur qualifié. Cette supervision portera sur les pratiques suivantes : • Garder les mains loin du visage; • Éviter de réajuster l'ÉPI pendant les soins; • Limiter les contacts avec les surfaces contaminées et les liquides biologiques; • Minimiser le risque de piqûre et de blessure par un objet piquant ou tranchant ; • Détecter les bris de technique ou les situations qui mettraient à risque le TdeS et qui requerrait la sortie du travailleur de la chambre ou le changement de l'ÉPI; • Nettoyer dès que possible toute surface visiblement souillée.
Matériel de soins et équipement médical	• Limiter le matériel de soins et l'équipement médical qui entrent dans la chambre; • Utiliser autant que possible du matériel de soins à usage unique; • Réserver le matériel de soins et l'équipement médical qui ne sont pas à usage unique à l'usage exclusif de l'usager (ex. : thermomètre, sphygmomanomètre, stéthoscope); • Le matériel de soins et l'équipement médical qui ne sont pas à usage unique doivent être nettoyés et désinfectés selon le protocole établi par l'établissement; • Désinfecter le matériel de soins et l'équipement médical qui ne sont pas à usage unique avant de les sortir de la chambre.
Objets piquants ou tranchants	Afin de minimiser les risques d'exposition percutanée aux virus des FHV : • Limiter l'utilisation d'objets piquants ou tranchants. Privilégier les systèmes d'injection sans aiguille; • Limiter les ponctions veineuses et les procédures invasives; • Prévoir suffisamment de contenants pour disposer des objets piquants ou tranchants au point de soins; • Éviter l'utilisation de tubes en verre pour les prélèvements; • Traiter les contenants des piquants et tranchants selon la procédure pour la gestion des déchets biomédicaux tel que le prévoit la section 2 du <i>Règlement sur les déchets biomédicaux</i> (L.R.Q. c Q-2, r.12).

Gestion des excréta	• Privilégier l'utilisation d'une toilette réservée à l'usager; • Si l'usager ne peut utiliser la toilette, utiliser une chaise d'aisance à son usage exclusif ainsi que des sacs hygiéniques pour contenir les selles et urines; • Disposer des sacs hygiéniques et de leur contenu selon les modalités prévues dans la section « gestion des déchets »; • Nettoyer la chaise d'aisance ou la toilette et désinfecter avec une solution d'hypochlorite de sodium à une concentration de 5 000 ppm idéalement après chaque utilisation, minimalement quotidiennement; • Privilégier les contenants à usage unique pour les systèmes à succion des sécrétions respiratoires et nasogastriques.
Gestion des dépouilles	Les recommandations de gestion des dépouilles s'appliquent de la même façon pour les cas suspects, probables ou confirmés. • La manipulation de la dépouille doit être minimale. Les instruments médicaux, (cathéters intraveineux, sondes urinaires, tube endotrachéal) doivent être laissés en place et recouverts de ruban adhésif en cas de risque de perforation du linceul. Aucun soin du corps n'est autorisé; • Ne pas faire d'autopsie; • Porter l'ÉPI jusqu'à ce que la dépouille soit dans une double housse étanche fermée et jusqu'à la sortie de la chambre; • Envelopper la dépouille dans un linceul de plastique (dans la chambre) en prenant soin de ne pas contaminer la surface extérieure du linceul; par la suite, une housse étanche devrait être utilisée pour envelopper le linceul. Une fois fermée, la housse ne doit pas être ouverte; • Placer la dépouille dans une deuxième housse étanche et fermée. Une fois fermée, la housse ne doit pas être ouverte. Bien identifier que la housse ne doit pas être ouverte sans revêtir l'ÉPI recommandé; • Décontaminer l'extérieur de la housse au moyen d'un désinfectant virucide à large spectre selon les consignes du fabricant (voir section Nettoyage et désinfection de l'environnement); • Ne pas déplacer la dépouille. La garder dans la chambre jusqu'à sa prise en charge par l'entreprise funéraire désignée; • Pour la prise en charge de la dépouille par une entreprise de services funéraires, se référer à l'article 138 du Règlement d'application de la Loi sur les activités funéraires (A-5.02, r.1) : - La dépouille doit être manipulée le moins possible et doit rester dans la housse fermée; - La dépouille ne peut être embaumée. Elle doit être incinérée (crémation) sans délai ou placée dans un cercueil étanche pour être inhumée. Elle ne peut être exposée.
Gestions des effets personnels	• Autant que possible jeter les effets personnels de l'usager, comme les vêtements; • Pour certains objets particuliers que l'usager ou la famille souhaite conserver, les désinfecter selon la procédure établie pour le matériel médical.

ENVIRONNEMENT, BUANDERIE	
Nettoyage et désinfection de l'environnement	• Porter l'ÉPI recommandé en fonction de l'état clinique de l'usager (voir la section Équipement de protection individuelle, niveaux 1 et 2) ou au minimum le même niveau d'ÉPI que les TdeS en contact avec l'usager. • Procéder au nettoyage et à la désinfection des surfaces à risque élevé de contamination et des planchers, minimalement sur une base quotidienne et lorsque souillés. Utiliser ou une solution d'eau de Javel (hypochlorite de sodium)¹⁷ à une concentration de 5 000 ppm. • Ne pas vaporiser les produits désinfectants. • Utiliser une solution d'eau de Javel (hypochlorite de sodium)¹⁷ à une concentration de 5 000 ppm pour la désinfection des surfaces et des objets pouvant être contaminés par du sang ou des liquides organiques et pour la désinfection terminale. • Les linges, chiffons et tampons des vadrouilles utilisés pour la désinfection de l'environnement des usagers suspects peuvent être conservés dans des sacs imperméables fermés. Si le diagnostic est infirmé, ils pourront être traités selon les procédures habituelles de l'établissement. Si le diagnostic de FHV est confirmé, ils doivent être traités selon la procédure des déchets biomédicaux. • Pour les usagers confirmés, utiliser du matériel jetable. • Les déversements accidentels de matières potentiellement contaminées (vomissements, selles, sang ou autres liquides biologiques) doivent être recouverts avec du papier absorbant, puis couverts généreusement de désinfectant (éviter de produire des éclaboussures); laisser agir en fonction du désinfectant sélectionné et de sa concentration avant d'essuyer. Après avoir enlevé la matière nettoyée, il faut répéter le processus de désinfection.
Vaisselle	Utiliser de la vaisselle et des ustensiles jetables.
Buanderie	• Pour les cas suspects ou probables, le matériel habituellement nettoyé à la buanderie (exemple : lingerie, literie, rideaux) peut être conservé dans des sacs imperméables fermés. Si le diagnostic est infirmé, ce matériel pourra être nettoyé selon les procédures habituelles de l'établissement. Si le diagnostic est confirmé, il devra être jeté selon la méthode décrite dans la section gestion des déchets. • Pour les cas confirmés, utiliser du matériel jetable ou le jeter après usage selon la méthode décrite dans la section gestion des déchets.

¹⁷ Si non disponible du peroxyde d'hydrogène accéléré peut être utilisé après vérification de l'efficacité contre le virus concerné auprès du fournisseur.

Gestion des déchets	Pour les cas suspects ou probables • Considérer tous les déchets comme des déchets biomédicaux. • Prévoir un contenant identifié déchets biomédicaux doublé d'un sac imperméable, dans la chambre de l'utilisateur, près de la porte, pour recevoir : l'ÉPI usagé, le matériel médical à usage unique, la vaisselle, la literie, etc. • Évacuer les déchets biomédicaux quotidiennement. À la sortie de la chambre, placer dans un contenant approprié pour leur transport immédiat vers leur lieu de traitement. • Si le diagnostic est infirmé, gérer les items selon les procédures habituelles de l'établissement.
	Pour les cas confirmés • Traiter ces déchets selon la procédure pour la gestion des déchets biomédicaux tel que le prévoit la section 2 du règlement sur les déchets biomédicaux (L.R.Q. c Q-2, r.12). • Effectuer le transport des déchets hors de l'établissement tel que le prévoit le règlement sur le transport des marchandises dangereuses (RTMD) (DORS/2014-152).

9 CRITÈRES D'ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE D'EXPOSITION ET PRISE EN CHARGE DES CONTACTS EN MILIEUX DE SOINS D'UN CAS CONFIRMÉ DE FHV

Critères ¹⁸ d'évaluation du niveau de risque ¹⁹ d'exposition		
Type de protection	Nature du contact	Niveau de risque
Sans les précautions recommandées ou avec bris d'ÉPI	Tous les contacts vivant sous le même toit et les contacts sexuels d'un cas pendant sa période de contagiosité	Risque élevé
	Enfant exposé au lait maternel du cas pendant sa période de contagiosité	
	Nouveau-né d'un cas pendant sa période de contagiosité	
	Contact non protégé avec du sperme provenant d'un cas convalescent ²⁰	
	Contact physique avec un cas ou avec les objets ou surfaces susceptibles d'être contaminés par les liquides biologiques du cas ²¹	
	Présence à proximité du cas, sans contact physique et sans évidence de contact avec un liquide biologique du cas ²¹ (incluant l'environnement)	Risque faible à élevé²⁰
Avec les précautions recommandées	Contact physique avec un cas ou avec les objets ou surfaces susceptibles d'être contaminés par les liquides biologiques du cas ²¹ (incluant l'environnement)	Risque faible
	Sans contact physique et sans évidence de contact avec les objets ou surfaces susceptibles d'être contaminés par les liquides biologiques du cas ²¹	Aucun risque

¹⁸ Tableau provenant des orientations ministérielles pour l'évaluation de l'exposition et la gestion des cas et contacts de FHV du MSSS

¹⁹ Le jugement clinique demeure essentiel pour l'évaluation des risques et peut conduire à des décisions qui diffèrent des recommandations fournies dans ce document.

²⁰ Pour la gestion des cas particuliers, consulter la page du gouvernement du Canada à la section : [Jugement clinique requis pour déterminer le risque.](#)

²¹ Incluant ce qui suit sans s'y limiter : sang, selles, salive, transpiration, urine, vomissures, lait maternel et sperme.

Prise en charge des contacts (usager ou TdeS)	
Usager ou TdeS asymptomatique	- Faire une évaluation médicale du risque d'exposition. - Aviser les autorités de santé publique qui, dans le contexte d'une maladie à surveillance extrême, sont responsables du suivi des personnes exposées à un cas confirmé de FHV, afin de convenir du suivi à effectuer. - Selon la situation (niveau de risque d'exposition), la direction régionale de santé publique émettra certaines directives concernant la surveillance des signes et symptômes, l'isolement volontaire, des restrictions concernant l'utilisation de transports en commun, les voyages, etc. - Après entente avec la direction régionale de santé publique, effectuer le suivi auprès du travailleur exposé (par le service de santé et sécurité au travail) ou de l'usager exposé (par le personnel soignant et l'équipe de PCI) quel que soit le risque d'exposition. - Effectuer un suivi à la direction régionale de santé publique, selon les modalités établies. - Les contacts de cas doivent éviter, autant que possible, les médicaments qui font baisser la fièvre (ex.: l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens), car ils pourraient masquer les premiers signes et symptômes de la maladie.

Gestion des contacts (usager ou TdeS)		
	Exposition à risque élevé	Exposition à risque faible
TdeS asymptomatique	- Le TdeS doit être retiré du travail. - Surveillance des symptômes de la maladie ; y compris la vérification de la température orale 2 fois par jour (matin et soir) ou dès qu'une fièvre ou des frissons sont ressentis, pendant 21 jours suivant l'exposition à risque.	- Le TdeS peut continuer à travailler tant qu'il ne présente pas de symptômes compatibles avec une FHV. - Autosurveillance des symptômes de la maladie ; y compris vérification de la température orale 2 fois par jour (matin et soir) ou dès qu'une fièvre ou des frissons sont ressentis, pendant 21 jours suivant l'exposition à risque.

Gestion des contacts (usager ou TdeS)		
	Exposition à risque élevé	Exposition à risque faible
Usager asymptomatique	- Héberger l'usager dans une chambre à pression négative si disponible ou dans une chambre individuelle avec porte fermée en tout temps et toilette réservée à l'usage exclusif de l'usager. - Appliquer les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et porter l'ÉPI recommandé pour le niveau 1 (voir la section Équipement de protection individuelle, niveau 1). - Surveillance par le personnel soignant, sous la supervision de l'équipe de PCI, de l'apparition de fièvre (prise de température 2 fois par jour ou dès qu'une fièvre ou des frissons sont ressentis) ou de signes et symptômes compatibles avec une FHV, auprès de l'usager pendant toute la durée de l'hospitalisation ou pendant 21 jours suivant l'exposition à risque. - Contacteur la direction régionale de santé publique qui effectuera le suivi auprès de l'usager qui aura obtenu son congé avant la fin de la période de 21 jours suivant l'exposition.	- Héberger l'usager dans une chambre individuelle avec toilette réservée à l'usage exclusif de l'usager. - Surveillance par le personnel soignant sous la supervision de l'équipe de PCI, de l'apparition de fièvre (prise de température 2 fois par jour ou dès qu'une fièvre ou des frissons sont ressentis) ou de signes et symptômes compatibles avec une FHV, auprès de l'usager pendant toute la durée de l'hospitalisation ou pendant 21 jours suivant l'exposition à risque. - Contacteur la direction régionale de santé publique qui effectuera le suivi auprès de l'usager qui aura obtenu son congé avant la fin de la période de 21 jours suivant l'exposition.
Usager ou TdeS symptomatique	- Retirer immédiatement le TdeS de son travail, s'il n'est pas déjà retiré. - Obtenir une consultation médicale urgente. - Isoler le TdeS ou l'usager symptomatique et le prendre en charge comme un cas suspect de FHV jusqu'à confirmation ou exclusion de ce diagnostic.	
Nouveau-né	Il est à noter que les FHV sont associées à un taux élevé de complications obstétricales, maternelles et périnatales, avec des conséquences défavorables pour les fœtus dans la majorité des cas. La transmission verticale a également été documentée (Bebell et al., 2017; Bebell & Riley, 2015; Ergonul et al., 2010; OMS, 2018b; Price et al., 1988). - Un nouveau-né dont la mère est un cas probable ou confirmé de FHV est considéré comme un cas probable, même en l'absence de symptôme et même si le premier test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) est négatif. - Procéder à l'isolement et aux précautions recommandées pour les cas confirmés ou probables. - La décision de laisser le nouveau-né avec sa mère doit être évaluée par l'équipe traitante étant donné le risque de transmission post-natale. - Si le premier TAAN est négatif, répéter le test deux jours après. - Surveillance active de l'apparition de fièvre (prise de température 2 fois par jour) ou de signes et symptômes compatibles avec une FHV, pendant 21 jours suivant la naissance ou le dernier contact avec la mère durant sa période de contagiosité. - En l'absence de signes et symptômes, répéter le TAAN les 22^e et 24^e jours après la naissance.	

10 RÉFÉRENCES

ASPC. (2011a). Fiche Technique Santé-Sécurité : Agents Pathogènes – Virus Junin [Éducation et sensibilisation;lignes directrices].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-junin.html>

ASPC. (2011b). Fiche Technique Santé-Sécurité : Agents Pathogènes – Virus Machupo [Éducation et sensibilisation;lignes directrices].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-machupo.html>

ASPC. (2011c). Marburg Marburgvirus : Fiche technique santé-sécurité sur les agents pathogènes.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-marburg.html>

ASPC. (2017a). Fiche Technique Santé-Sécurité : Agents Pathogènes – Hantavirus spp.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/hantavirus.html>

ASPC. (2017b). Fiche Technique Santé-Sécurité : Agents Pathogènes – Nipah virus.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-nipah.html>

ASPC. (2023a). Mammarenavirus guaranito : Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes [Ensembles de données].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/mammarenavirus-guaranito.html>

ASPC. (2023b). Mesures de prévention et de contrôle des infections pour la maladie Ebola dans les établissements de soins actifs [Lignes directrices].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-virus-ebola/pour-professionnels-sante-maladie-virus-ebola/mesures-prevention-contrôle-milieus-soins.html>

ASPC. (2023c). Virus Ebola : Fiche technique : Agents pathogènes infectieux [Éducation et sensibilisation;lignes directrices].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-ebola.html>

ASPC. (2024a). Sabiá mammarenavirus : Fiche technique santé-sécurité sur les agents pathogènes [Ensembles de données].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/sabia-mammarenavirus.html>

ASPC. (2024b). Virus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo : Fiche technique santé-sécurité : agents pathogènes [Éducation et sensibilisation;lignes directrices].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-fievre-hemorragique-crimee-congo.html>

ASPC. (2024c). Virus Lassa : Fiche technique santé-sécurité : agents pathogènes [Éducation et sensibilisation;lignes directrices].
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-lassa.html>

ASPC. (2025a, janvier 27). Maladie Ebola : Pour les professionnels de la santé, les travailleurs humanitaires [Éducation et sensibilisation].

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-virus-ebola/pour-professionnels-sante-maladie-virus-ebola.html>

ASPC. (2025b, janvier 27). Maladie Ebola : Symptômes et traitement [Éducation et sensibilisation].

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-virus-ebola.html>

AU. (2019). Ebola virus disease – CDNA National Guidelines for Public Health Units.

<https://www.health.gov.au/resources/publications/ebola-virus-disease-cdna-national-guidelines-for-public-health-units?language=en>

BC. (2016a). British Columbia Ebola Virus Disease Personal Protective Equipment Guideline.

<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/british-columbia-ebola-virus-disease-personal-protective-equipment-guidelines.pdf>

BC. (2016b). Recommendations for Donning (putting on) and Doffing (taking off) Personal Protective Equipment for Health Care Workers during the Management of Confirmed Cases of Ebola Virus Disease—Higher Transmission Risk Scenario.

<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/donning-and-doffing-recommendations-higher-transmission-risk.pdf>

Bebell, L. M., Oduyebo, T., & Riley, L. E. (2017). Ebola virus disease and pregnancy: A review of the current knowledge of Ebola virus pathogenesis, maternal, and neonatal outcomes. *Birth Defects Research*, 109(5), 353-362. <https://doi.org/10.1002/bdra.23558>

Bebell, L. M., & Riley, L. E. (2015). Ebola Virus Disease and Marburg Disease in Pregnancy: A Review and Management Considerations for Filovirus Infection. *Obstetrics & Gynecology*, 125(6), 1293.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000853>

CDC. (2023). About Chapare Hemorrhagic Fever.

<https://www.cdc.gov/chapare/about/index.html>

CDC. (2024a). About Viral Hemorrhagic Fevers.

<https://www.cdc.gov/viral-hemorrhagic-fevers/about/index.html>

CDC. (2024b). Nipah virus: Facts for Clinicians.

<https://www.cdc.gov/nipah-virus/hcp/clinical-overview/index.html>

CDC. (2024c). PPE: Clinically Stable Patients Suspected to have VHF.

<https://www.cdc.gov/viral-hemorrhagic-fevers/hcp/guidance/ppe-clinically-stable-puis.html>

CDC. (2024d). PPE: Confirmed Patients and Clinically Unstable Patients Suspected to have VHF.

<https://www.cdc.gov/viral-hemorrhagic-fevers/hcp/guidance/ppe-clinically-unstable.html>

CDC. (2024e). Viral Hemorrhagic Fevers (VHFs)—Interim Guidance for Environmental Infection Control in Hospitals. <https://www.cdc.gov/viral-hemorrhagic-fevers/hcp/infection-control/environmental-infection-control-hospitals.html>

CDC. (2024f, août 13). Outbreak History. Ebola.

<https://www.cdc.gov/ebola/outbreaks/index.html>

CDC. (2025a, janvier 15). Marburg Outbreak in Rwanda 2024.

<https://www.cdc.gov/marburg/outbreaks/rwanda-2024.html>

CDC. (2025b, janvier 31). History of Marburg Outbreaks.

<https://www.cdc.gov/marburg/outbreaks/index.html>

Chevalier, M. S., Chung, W., Smith, J., Weil, L. M., Hughes, S. M., Joyner, S. N., Hall, E., Srinath, D., Ritch, J., Thathiah, P., Threadgill, H., Cervantes, D., Lakey, D. L., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Ebola virus disease cluster in the United States—Dallas County, Texas, 2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(46), 1087-1088.

Cutts, T. A., Nims, R. W., Rubino, J. R., McKinney, J., Kuhn, J. H., & Ijaz, M. K. (2023). Efficacy of microbicidal actives and formulations for inactivation of Lassa virus in suspension. *Scientific Reports*, 13, 12983. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-38954-5>

Dan-Nwafor, C. C., Ipadeola, O., Smout, E., Illori, E., Adeyemo, A., Umeokonkwo, C., Nwidi, D., Nwachukwu, W., Ukponu, W., Omabe, E., Anaebonam, U., Igwenyi, N., Igbodo, G., Eteng, W., Uzoma, I., Saleh, M., Agboeze, J., Mutbam, S., De Gooyer, T., ... Ihekweazu, C. (2019). A cluster of nosocomial Lassa fever cases in a tertiary health facility in Nigeria: Description and lessons learned, 2018. *International Journal of Infectious Diseases*, 83, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.03.030>

ECDC. (2014a). Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious diseases of high consequence. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/safe-use-personal-protective-equipment-treatment-infectious-diseases-high>

ECDC. (2014b). Use of PPE for safe first assessment of PUI of EVD in EU-EEA. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/use-ppe-safe-first-assessment-pui-evd-eu-eea>

EPA. (2025). Disinfectants for Emerging Viral Pathogens (EVPs): List Q [Overviews and Factsheets]. <https://www.epa.gov/pesticide-registration/disinfectants-emerging-viral-pathogens-evps-list-q>

Ergonul, O., Celikbas, A., Yildirim, U., Zenciroglu, A., Erdogan, D., Ziraman, I., Saracoglu, F., Demirel, N., Cakmak, O., & Dokuzoguz, B. (2010). Pregnancy and Crimean-Congo haemorrhagic fever. *Clinical Microbiology and Infection*, 16(6), 647-650. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02905.x>

Frank, M. G., Weaver, G., & Raabe, V. (2024). Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Virus for Clinicians—Epidemiology, Clinical Manifestations, and Prevention. *Emerging Infectious Diseases Journal*, 30(5). <https://doi.org/10.3201/eid3005.231647>

Ftika, L., & Maltezou, H. C. (2013). Viral haemorrhagic fevers in healthcare settings. *Journal of Hospital Infection*, 83(3), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2012.10.013>

Gaina, A., Tahoun, M., Mashal, O., Safi, H., Alizai, F., Jalil, H., & Abouzeid, A. (2023). The largest reported outbreak of CCHF in hospital settings: Lessons from Kandahar, Afghanistan. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(9), e330-e331. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00478-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00478-4)

Graham, A., Ettles, S., McGrath, M., Ogunremi, T., Selkirk, J., & Bruce, N. (2024). Existe-t-il suffisamment de données probantes pour éclairer les décisions en matière de choix d'équipements de protection individuelle pour les travailleurs de la santé soignant les patients atteints de fièvre hémorragique virale? *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 51(1), 8-17. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v51i01a02f>

HCSP. (2014). Maladie à virus Ebola : Équipements de protection individuels. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=472>

HCSP. (2021). Conduite à tenir face à des patients suspects de fièvre hémorragique virale, dont la maladie à virus Ebola. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1129>

INSPQ. (s. d.). Paludisme / Malaria : Situation et définition | INSPQ. Consulté 31 mars 2025, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide/risques/paludisme/situation>

INSPQ. (2016). La gestion des risques en santé publique au Québec : Cadre de référence. <https://www.inspq.qc.ca/evaluation-et-gestion-des-risques/la-gestion-des-risques-en-sante-publique-au-quebec-cadre-de-reference>

Lópaz, M. A., Amela, C., Ordobas, M., Domínguez-Berjón, M. F., Álvarez, C., Martínez, M., Sierra, M. J., Simon, F., Jansá, J. M., Plachouras, D., Astray, J., & Working Group Of Ebola Outbreak Investigation Team Of Madrid, C. (2015). First secondary case of Ebola outside Africa: Epidemiological characteristics and contact monitoring, Spain, September to November 2014. *Eurosurveillance*, 20(1). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2015.20.1.21003>

Manuel Merck, V. pour le grand public. (2023a). Fièvre de Lassa et fièvres hémorragiques d'Amérique du Sud—Infections.

<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/infections/arbovirus-arénavirus-filovirus/fièvre-de-lassa-et-fièvres-hémorragiques-d'amérique-du-sud>

Manuel Merck, V. pour professionnels de la santé. (s. d.). Tableau—Certains virus responsables de fièvre hémorragique. Consulté 30 août 2024, à l'adresse

<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/multimedia/table/certains-virus-responsables-de-fièvre-hémorragique>

Manuel Merck, V. pour professionnels de la santé. (2023b). Infection à hantavirus—Maladies infectieuses.

<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/maladies-infectieuses/arbovirus-arenaviridae-et-filoviridae/infection-à-hantavirus>

MSSS. (2019). Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000620/>

MSSS. (2024). Outil d'aide à la décision pour les maladies infectieuses lors de l'arrivée des usagers aux services d'urgence.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003476/>

MSSS. (2025, mars 13). Maladies à déclaration obligatoire (MADO) et signalements en santé publique.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladie-s-a-declaration-obligatoire/mado/demarche-pour-les-medecins/>

MSSS. (2026). Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec—Définitions nosologiques—Maladies d'origine infectieuse—13e édition—Mise à jour 2026—Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

NCDC. (2024, décembre 29). An update of Lassa fever outbreak in Nigeria.

<https://ncdc.gov.ng/diseases/sitreps/?cat=5&name=An%20update%20of%20Lassa%20fever%20outbreak%20in%20Nigeria>

NHS England. (2025). Addendum on high consequence infectious disease (HCID) personal protective equipment (PPE).

<https://www.england.nhs.uk/national-infection-prevention-and-control-manual-nipcm-for-england/addendum-on-hcid-ppe/>

OMS. (2018a). Principaux repères sur le virus Nipah.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus>

OMS. (2018b). Prise en charge clinique des cas de fièvre hémorragique virale: Guide de poche pour l'agent de santé de première ligne 2016: guide d'urgence provisoire à adapter aux conditions d'exercice dans les différents pays. Organisation mondiale de la Santé.

<https://iris.who.int/handle/10665/272720>

OMS. (2023a). Ebola (maladie à virus).

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>

OMS. (2023b). Infection prevention and control guideline for Ebola and Marburg disease.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WPE-CRS-HCR-2023.1>

OMS. (2024). Fièvre de Lassa.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/lassa-fever>

OMS. (2025a). Fièvre hémorragique de Crimée-Congo.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/crimean-congo-haemorrhagic-fever>

OMS. (2025b). Maladie à virus Marburg.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>

OMS. (2025c, mars 13). Tanzania declares end of Marburg virus disease outbreak.

<https://www.afro.who.int/countries/united-republic-of-tanzania/news/tanzania-declares-end-marburg-virus-disease-outbreak>

OMS. (2026a). Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON605>

OMS. (2026b). Ethiopia declares end of first-ever Marburg virus disease outbreak (Regional Office for Africa). <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia/news/ethiopia-declares-end-first-ever-marburg-virus-disease-outbreak>

OMSA. (s. d.). Maladie à virus Ebola. Consulté 31 mars 2025, à l'adresse <https://www.woah.org/fr/maladie/maladie-a-virus-ebola/>

Parra, J. M., Salmerón, O. J., & Velasco, M. (2014). The First Case of Ebola Virus Disease Acquired outside Africa. *New England Journal of Medicine*, 371(25), 2439-2440. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1412662>

PHE. (2021). Andes hantavirus: Epidemiology, outbreaks and guidance. <https://www.gov.uk/guidance/andes-hantavirus-epidemiology-outbreaks-and-guidance>

Price, M. E., Fisher-Hoch, S. P., Craven, R. B., & McCormick, J. B. (1988). A prospective study of maternal and fetal outcome in acute Lassa fever infection during pregnancy. *British Medical Journal*, 297(6648), 584-587. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6648.584>

Qi, R., Yu, H., & Yu, X.-J. (2024). Chapter 121— Hemorrhagic fever viruses. In Y.-W. Tang, M. Y. Hindiyeh, D. Liu, A. Sails, P. Spearman, & J.-R. Zhang (Éds.), *Molecular Medical Microbiology* (Third Edition) (p. 2479-2493). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818619-0.00065-4>

Selvaraj, S. A., Lee, K. E., Harrell, M., Ivanov, I., & Allegranzi, B. (2018). Infection Rates and Risk Factors for Infection Among Health Workers During Ebola and Marburg Virus Outbreaks: A Systematic Review. *The Journal of Infectious Diseases*, 218(suppl_5), S679-S689. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy435>

Shears, P., & O'Dempsey, T. J. D. (2015). Ebola virus disease in Africa: Epidemiology and nosocomial transmission. *Journal of Hospital Infection*, 90(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.01.002>

SPO. (2019). Guide de prévention, de contrôle et de gestion des cas confirmés ou soupçonnés de fièvre hémorragique virale (FHV) dans les milieux de soins actifs. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/g/2019/guidance-vhf-ontario.pdf?la=fr>

SPO. (2022). Recommandations provisoires en PCI concernant la prise en charge des personnes en établissement de soins actifs dont l'infection à la maladie à virus Ebola (MVE) est suspectée ou confirmée. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/E/2022/interim-ipac-recommendations-ebola-evd-acute-care.pdf?rev=bc91c1ac98464541877513b3e094440a&sc_lang=fr#

Swissnoso. (2002). Prise en charge des patients suspects de fièvre hémorragique virale. Recommandations pour la Suisse. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumentation/6_Publikationen/Bulletin_Artikel_F/v9_3_2002-09_Swissnoso_Bulletin_fr.pdf

Tsergouli, K., Karampatakis, T., Haidich, A.-B., Metallidis, S., & Papa, A. (2020). Nosocomial infections caused by Crimean–Congo haemorrhagic fever virus. *Journal of Hospital Infection*, 105(1), 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.12.001>

Verbeek, J. H., Rajamaki, B., Ijaz, S., Sauni, R., Toomey, E., Blackwood, B., Tikka, C., Ruotsalainen, J. H., & Balci, F. S. K. (2020). Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011621.pub4>

Wallis, L. (2015). First U.S. Nurse to Contract Ebola Sues Texas Health Resources. *AJN, American Journal of Nursing*, 115(6), 16. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000466302.77895.c5>

Wolf, T., Ellwanger, R., Goetsch, U., Wetzstein, N., & Gottschalk, R. (2020). Fifty years of imported Lassa fever: A systematic review of primary and secondary cases. *Journal of Travel Medicine*, 27(4), taaa035. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa035>

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MEMBRES ACTIFS

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

Marie-Claude Roy, présidente jusqu'au 31 mars 2026
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec – UniversitéLaval

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

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
Président à partir du 1er avril 2026
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Direction des risques biologiques,
Institut national de santé publique du Québec

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

INVITÉS PERMANENTS

Maude Bigras
Annick Boulais
Fanny Desjardins
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Fièvres hémorragiques virales : mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins

AUTRICES ET AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil

Maude Bigras, conseillère scientifique

Marielle Bolduc, conseillère en soins infirmiers

Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, chef d'unité scientifique

Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Hugues Charest, spécialiste clinique en biologie médicale
Laboratoire de santé publique du Québec

Véronic Fortin, bibliothécaire

Soutien aux affaires scientifiques, évaluation et recherche

Karl Forest-Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Isabelle Meunier, spécialiste clinique en biologie médicale
Laboratoire de santé publique du Québec

Noémie Savard, médecin spécialiste
Direction des risques biologiques

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

Les autrices et auteurs, ainsi que 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 ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-04126-4 (PDF)

DOI : <https://doi.org/10.64490/DMZT3167>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3842