



Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)

Édition décembre 2015

Rédaction du document

Lyne Judd, Direction de santé publique, CISSS de Laval

Paul LeGuerrier, Direction de santé publique, CIUSSS du Centre-Est-de-l'île-de-Montréal

Christine Martineau, Laboratoire de santé publique du Québec

Marie St-Amour, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Nadine Sicard, responsable des travaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Jasmin Villeneuve, Institut national de santé publique du Québec

Consultation

Danielle Auger, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marlène Mercier, ministère de la Santé et des Services sociaux

Isabelle Rouleau, ministère de la Santé et des Services sociaux

Georgiana Titeca, ministère de la Santé et des Services sociaux

Louise Valiquette, ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Révision linguistique

Yvette Gagnon

Secrétariat

Mélanie Léger, ministère de la Santé et des Services sociaux

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse:

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-74756-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Table des matières

Contexte	1
Définitions.....	2
PERSONNE FAISANT L'OBJET D'UNE ENQUÊTE.....	2
CRITÈRES D'EXPOSITION	2
CRITÈRES DE LA MALADIE	2
CAS PROBABLE.....	3
Tableau clinique.....	4
Caractéristiques du virus	6
Période d'incubation, transmission et période de contagiosité du virus.....	6
PÉRIODE D'INCUBATION.....	6
Période d'incubation, transmission et période de contagiosité du virus (suite)	7
TRANSMISSION ET CONTAGIOSITÉ	7
Période d'incubation, transmission et période de contagiosité du virus (suite)	8
Surveillance	8
Tests diagnostiques	9
Mesures de prévention et de contrôle des infections.....	10
MILIEUX DE SOINS.....	10
DÉSINFECTION.....	11
LEVÉE DES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES.....	11
CONSULTATION EN MILIEU AMBULATOIRE.....	11
Conseils de santé aux voyageurs.....	13
Prise en charge des personnes faisant l'objet d'une enquête et des cas probables ou confirmés	14
VALIDATION ET ENQUÊTE PAR LA DSP.....	14
PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	14
TRAITEMENT	14
Isolement des cas à domicile.....	15
RESTRICTION DES ACTIVITÉS	16
SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES.....	16
PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	16
CONSIGNES POUR LA CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	18
Prise en charge des contacts étroits.....	18
GÉNÉRALITÉS	18
VALIDATION ET ENQUÊTE	18
RESTRICTION DES ACTIVITÉS	19

PROPHYLAXIE ANTIVIRALE.....	19
VACCINATION	19
SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES.....	20
Éclosion en milieu de soins	22
Prise en charge des contacts à bord d'un avion ou d'un autre moyen de transport public	22
Références.....	23
Annexe 1a. Grille d'autosurveillance des symptômes d'un cas	29
Annexe 1b. Grille d'autosurveillance des symptômes des contacts étroits	30
ÉVALUATION ET SUIVI D'UN CONTACT DE MERS-COV	31
Annexe 2.....	31
GRILLE DE SUIVI D'UN CONTACT DE MERS-CoV	32

Liste des sigles

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
DSP	Direction de santé publique
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MERS-CoV	Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (<i>Middle East respiratory syndrome coronavirus</i>)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques

FICHE TECHNIQUE SUR LE CORONAVIRUS DU MOYEN-ORIENT

Contexte	<p>Le virus causant le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, dont l'acronyme est MERS-CoV (pour <i>Middle East respiratory syndrome coronavirus</i>), est un bêtacoronavirus qui provoque une infection respiratoire sévère et qui semble avoir un haut taux de létalité. Il fut isolé la toute première fois en septembre 2012 à partir d'un prélèvement fait sur le crachat d'un homme de 60 ans, qui décédera d'une pneumonie, en Arabie saoudite. Une étude rétrospective a par la suite montré que les premiers cas de MERS-CoV étaient reliés à une grappe de cas d'infections respiratoires sévères dans un hôpital de la Jordanie en avril 2012. La très grande majorité des cas (plus de 80 %) ont été dénombrés dans la péninsule arabique, et tout particulièrement en Arabie saoudite.</p> <p>De nombreuses éclosions nosocomiales ont été répertoriées. On observe que plusieurs d'entre elles surviennent entre mars et juin, soit dans les mois qui suivent la naissance des jeunes dromadaires, ou entre les mois d'août et de novembre. Une transmission intrafamiliale a été rapportée à plusieurs reprises, mais ces cas secondaires sont rarement graves. De plus en plus de cas asymptomatiques ou peu symptomatiques sont recensés, particulièrement dans le contexte de la surveillance des contacts de cas. Il n'y a pas, pour l'instant, d'évidence de transmission interhumaine soutenue dans la communauté.</p> <p>Plusieurs cas de MERS-CoV, ayant tous un lien épidémiologique avec la péninsule arabique, ont été identifiés dans de nombreux pays du monde. Il est donc possible que des voyageurs infectés par ce virus se présentent dans des établissements de santé du Québec, particulièrement en salle d'urgence; toutefois, cette possibilité demeure faible.</p> <p>La mise à jour de la situation épidémiologique du MERS-CoV est effectuée par l'Organisation mondiale de la santé lorsque la situation le requiert. Les informations sont consultables au www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/fr/index.html.</p> <p>La présente fiche technique remplace celle qui date de 2013. Elle s'adresse principalement aux intervenants de santé publique et vise à les soutenir dans leurs interventions destinées aux cas de MERS-CoV et à leurs contacts. Les recommandations qu'elle contient concernent surtout les interventions de santé publique menées à l'échelle de la communauté.</p>
-----------------	--

<p>Définitions</p>	<p>Les définitions qui suivent ont été établies dans un double objectif de surveillance épidémiologique et d'enquête de santé publique. Les critères utilisés pour guider les interventions en milieu de soins ou poser un diagnostic peuvent différer des définitions qui suivent. Ces définitions s'appuient sur celles de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).</p> <p>Personne faisant l'objet d'une enquête</p> <p>La personne doit satisfaire aux critères d'exposition ET à ceux de la maladie.</p> <p>Critères d'exposition</p> <p>Dans les quatorze jours précédant l'apparition des symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Résidence ou voyage dans une région affectée (voir la note 1). <p>OU</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Contact étroit soit avec un cas confirmé ou probable de MERS-CoV, soit avec un voyageur ou un résident présentant tout type de maladie respiratoire et qui revient d'une région affectée (voir la note 1). 3. Il faut aussi prendre en considération des facteurs qui font s'élever l'indice de suspicion, soit : <ul style="list-style-type: none"> • un contact avec des dromadaires ou divers produits de ceux-ci, comme du lait et de la viande crue, des sécrétions, des excréments et de l'urine; • hors Québec, le fait d'avoir séjourné, comme patient, visiteur ou travailleur de la santé, dans un établissement de santé situé dans une région affectée; • au Québec, le fait d'avoir séjourné dans un établissement de soins où il y avait un cas confirmé ou probable, qu'il s'agisse d'un patient, d'un visiteur ou d'un travailleur de la santé. <p>Critères de la maladie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maladie respiratoire sévère, c'est-à-dire que la personne présente de la fièvre ET de la toux ou des difficultés respiratoires, ET des signes cliniques, radiologiques ou histopathologiques d'une maladie du parenchyme pulmonaire telle qu'une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë. 2. Lorsqu'une exposition pertinente fait augmenter de manière importante l'indice de suspicion clinique (voir, ci-dessus, les critères d'exposition), considérer que les présentations cliniques de syndrome respiratoire infectieux qui sont soit moins sévères, notamment le SAG ou la bronchite, soit atypiques, par exemple des symptômes digestifs d'allure infectieuse (voir la section « Symptômes »), peuvent entrer dans la définition de <i>personne faisant l'objet d'une enquête</i>. Étant donné la variabilité des présentations cliniques du MERS-CoV, une consultation auprès d'un microbiologiste-infectiologue, de la Direction de santé publique (DSP) et du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) sera faite, au besoin, pour évaluer le risque.
---------------------------	---

Définitions (suite)	Cas probable Deux catégories de personnes correspondent à la définition de <i>cas probable</i> : 1. Personne qui satisfait aux critères de la maladie, qui présente un lien épidémiologique par contact étroit avec un cas confirmé en laboratoire et pour qui le résultat à l'épreuve diagnostique de laboratoire du MERS-CoV n'est pas disponible ou est négatif. Remarque : Confirmation en laboratoire non disponible pour les raisons suivantes : a) impossibilité d'obtenir des échantillons aux fins d'analyse en laboratoire puisque le patient ou les échantillons ne sont pas disponibles; OU b) diagnostic négatif du laboratoire (par exemple, résultat négatif de l'analyse du MERS-CoV, mais des doutes planent sur la qualité ou sur le moment du prélèvement de l'échantillon). 2. Personne qui satisfait aux critères d'exposition et à ceux de la maladie, mais pour qui le résultat positif d'un test de dépistage du MERS-CoV fait en laboratoire n'a pas été confirmé par le Laboratoire national de microbiologie. Remarque : Un test de dépistage du MERS-CoV positif doit remplir l'une des conditions suivantes : a) résultat positif de réaction en chaîne de la polymérase pour au moins deux cibles précises différentes sur le génome MERS-CoV; OU b) résultat positif de réaction en chaîne de la polymérase pour une cible précise sur le génome du MERS-CoV et confirmation de séquence du MERS-CoV à partir d'une cible de génome viral. Il peut s'écouler jusqu'à sept jours (à partir de l'envoi de l'échantillon au laboratoire) avant l'obtention des résultats des tests.
--------------------------------	---

<p>Définitions (suite)</p>	<p>Cas confirmé</p> <p>Personne dont l'infection par le MERS-CoV a été confirmée en laboratoire.</p> <p>Contact étroit</p> <p>Personne qui a été en contact, sans protection appropriée, avec un cas confirmé ou un cas probable de catégorie 2 (voir plus haut) présentant des symptômes et qui :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) a donné des soins à ce cas, en tant que travailleur de la santé ou proche, ou s'est trouvée dans une situation similaire de contact physique étroit; <p>OU</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) a été en contact direct avec les liquides biologiques (voir la note 2) de ce cas; <p>OU</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) a séjourné au même endroit que ce cas, soit en vivant sous le même toit, soit en ayant reçu des soins dans la même pièce ou en ayant eu un contact étroit prolongé à moins de deux mètres.
	<p>Notes associés aux définitions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) On entend par <i>région affectée</i> les pays listés dans le tableau 1 du document intitulé <i>Surveillance des maladies respiratoires sévères infectieuses : veille épidémiologique</i>, consultable au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/. 2) Les sécrétions infectieuses seraient principalement de type respiratoire. On peut aussi détecter le virus dans le sang, par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN). Le virus a été trouvé dans les selles et l'urine, mais en quantité moindre et la contribution de ces excréta à la transmission de l'infection n'est pas connue.
<p>Tableau clinique</p>	<p>L'infection par le MERS-CoV peut avoir plusieurs présentations chez l'humain, allant de l'absence de symptômes à des symptômes graves; les cas de syndrome respiratoire sévère sont ceux pour lesquels on a généralement plus de données. Les symptômes initiaux observés chez la majorité des cas de MERS-CoV hospitalisés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fièvre; • difficulté respiratoire ou détresse respiratoire; • toux.

<p>Tableau clinique (suite)</p>	<p>Les symptômes non respiratoires les plus fréquents sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • frissons; • fatigue; • céphalées; • étourdissements; • vomissement; • diarrhée; • douleur abdominale; • confusion; • myalgie; • arthralgie. <p>La majorité des patients hospitalisés sur qui des données ont été consignées et dont l'histoire a été publiée ont présenté une maladie respiratoire aiguë sévère (pneumonie, infiltrats pulmonaires) ayant nécessité des soins intensifs, de deux à cinq jours après le début des symptômes. Plusieurs d'entre eux ont connu des complications telles qu'une détresse respiratoire sévère aiguë ayant dû être traitée par ventilation mécanique, une défaillance hépatique, une défaillance rénale traitée par dialyse, une coagulopathie intravasculaire disséminée ou des arythmies cardiaques. Plus de 40 % des cas graves développent également des infections respiratoires concomitantes. Chez ces cas hospitalisés, on a aussi observé des anomalies hématologiques et biochimiques.</p> <p>Quoique la majorité des cas hospitalisés présentent des symptômes typiques d'une infection des voies respiratoires sévère, plusieurs ont aussi présenté des symptômes atypiques, notamment des symptômes gastro-intestinaux ou une fièvre intermittente accompagnée de nausée et de douleurs musculaires intenses pendant une semaine, d'où la nécessité pour les intervenants de demeurer vigilant lorsque le tableau clinique, en présence d'expositions reconnues associées au virus, est atypique.</p> <p>Le risque d'avoir une infection ou une maladie grave, ou les deux est accru pour les personnes immunosupprimées et celles qui sont affectées par des conditions médicales sous-jacentes telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les maladies pulmonaires, rénales ou cardiaques; • le diabète; • l'obésité; • le tabagisme. <p>Selon les études, la létalité se situe entre 30 et 65 %. Le seul facteur indépendant associé à la létalité était le fait d'avoir 65 ans ou plus. Une infection concomitante et une albumine basse étaient associées à une infection sévère.</p>
--	---

<p>Caractéristiques du virus</p>	<p>Les coronavirus sont des virus enveloppés, reconnus pour causer des maladies généralement bénignes chez les humains et les animaux. Leurs particules virales, d'un diamètre de 70 à 120 nanomètres, sont recouvertes de glycoprotéines qui jouent un rôle tant dans l'attachement du virus à la cellule hôte que dans l'entrée du virus dans cette cellule. Le site de liaison au récepteur des glycoprotéines est peu conservé et les récepteurs peuvent varier d'un genre ou d'une espèce virale à l'autre. La dipeptidyl peptidase-4 (DPP4) a été identifiée comme le récepteur cellulaire du MERS-CoV. Ce récepteur est exprimé à la surface de plusieurs types de cellules, incluant celles des voies respiratoires humaines.</p> <p>Le MERS-CoV a été isolé pour la première fois en 2012 chez l'humain, mais des analyses phylogénétiques indiquent qu'un ancêtre commun aux souches de MERS-CoV isolées à partir de prélèvements faits sur des humains a été identifié au milieu de l'année 2011. Les données sur les séquences génétiques montrent que ce nouveau virus est un bêtacoronavirus semblable au coronavirus des chauves-souris, mais différent du coronavirus associé au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV). Des études récentes ont démontré que le MERS-CoV infecte également les dromadaires et que des isolats homologues à ceux qui ont été trouvés chez les humains sont présents chez ces animaux. Le dromadaire est donc considéré comme un réservoir zoonotique potentiel du MERS-CoV.</p> <p>Une étude portant sur la stabilité du MERS-CoV à différentes conditions environnementales a montré que ce virus peut survivre sur des surfaces jusqu'à 48 heures à une température de 20 °C et à une humidité relative de 40 %, alors que le virus de l'influenza A n'a pas pu être détecté après seulement 4 heures d'exposition aux mêmes conditions. À une température de 30 °C, une survie réduite, mais toujours supérieure à celle du virus de l'influenza A a également été observée pour le MERS-CoV (24 heures à une humidité relative de 30 %; 8 heures à une humidité relative de 80 %). L'étude n'a toutefois pas permis d'établir de lien entre la capacité de survie du virus dans l'environnement et les voies de transmission du virus, toujours à élucider.</p>
<p>Période d'incubation, transmission et période de contagiosité du virus</p>	<p>Période d'incubation</p> <p>La seule étude, à ce jour, à avoir présenté un calcul de la période d'incubation du MERS-CoV avec un intervalle de confiance porte sur l'éclosion nosocomiale ayant touché 23 personnes de la région d'Al-Hasa, située dans l'est de l'Arabie saoudite (Assiri et autres, 2013b). La période d'incubation médiane était de 5,2 jours (l'intervalle de confiance à 95 % est de 1,9 à 14,7 jours) et l'intervalle médian entre deux cas était de 7,6 jours (l'intervalle de confiance à 95 % est de 2,5 à 23,1 jours).</p> <p>Puisque très peu de données existent sur la période d'incubation du virus, le temps suggéré, selon une approche prudente, est de 14 jours et ce, aux fins de la recherche des expositions et de la surveillance des contacts (WHO MERS-CoV Research Group, 2013; ASPC, 2013; CDC, 2014).</p>

<p>Période d'incubation, transmission et période de contagiosité du virus (suite)</p>	<p>Transmission et contagiosité</p> <p>Transmission zoonotique sporadique</p> <p>Les plus récentes études donnent à penser que le MERS-CoV est une zoonose et que le dromadaire serait l'hôte réservoir pouvant infecter l'humain à l'occasion de contacts étroits. Les études tendent à démontrer de multiples transmissions de dromadaires aux humains – dans les pays de la péninsule arabique, et tout particulièrement en Arabie saoudite – ainsi que des transmissions secondaires d'une personne infectée à une autre en milieu familial et en milieu hospitalier.</p> <p>Le mode de transmission des dromadaires infectés aux humains n'est pas encore connu, mais on soupçonne que le virus se transmet par contact direct ou indirect avec les liquides organiques (sang, selles et urine), par des gouttelettes ou par des particules aérosolisées de sécrétions nasopharyngées (transmission aérienne). Il faut aussi envisager d'autres véhicules de transmission tels que le lait non pasteurisé, la crème glacée à base de lait non pasteurisé et la viande de dromadaire.</p> <p>Transmission communautaire</p> <p>Le suivi d'un grand nombre de contacts de cas n'a pas mis en évidence une transmission soutenue dans la communauté. De 30 à 60 % environ des infections qui ont été identifiées sont acquises dans la communauté. Pour la majorité d'entre elles, nous n'avons pas de détails sur l'exposition; seulement un petit nombre de cas ont rapporté avoir eu des contacts avec des dromadaires.</p> <p>Transmission intrafamiliale</p> <p>La transmission du MERS-CoV d'un cas infecté aux membres de sa famille est bien établie dans la littérature scientifique. Ainsi, des agrégats ont été rapportés en France, en Italie, en Angleterre, en Jordanie, en Tunisie, au Qatar et en Arabie saoudite. Leur existence laisse supposer un mode de transmission de personne à personne, mais cette transmission est peu fréquente. Les taux d'attaque varient entre 3 et 19,4 % selon les études. Les membres de la famille exposés qui sont immunocompétents n'ont généralement que très peu de symptômes.</p> <p>Transmission nosocomiale</p> <p>Plusieurs études font état de cas de transmission nosocomiale dans la péninsule arabique et en France (1 cas en juin 2013). En 2015, une importante éclosion nosocomiale est survenue en République de Corée. Ce type d'éclosion joue un rôle primordial dans la persistance du MERS-CoV. Les travailleurs de la santé des régions affectées sont à risque de développer l'infection et ils représentent un pourcentage élevé des cas nosocomiaux, fort probablement parce qu'ils sont régulièrement exposés à des personnes sévèrement atteintes par le MERS-CoV.</p>
--	---

<p>Période d'incubation, transmission et période de contagiosité du virus (suite)</p>	<p>Quelques études observationnelles ont démontré que le virus peut être décelé dans les sécrétions nasales de travailleurs de la santé exposés à des cas confirmés, même si ces travailleurs sont considérés comme asymptomatiques. Cependant, leur charge virale est plus basse que les cas ayant des symptômes et, en moyenne, ils excrètent le virus pendant une période plus courte. Ces études ont été faites principalement en Arabie saoudite, où les précautions aériennes ne sont pas recommandées pour les soins aux cas de MERS-CoV, contrairement à ce que préconise le Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Par exemple, la littérature décrit la situation d'une infirmière qui portait un masque chirurgical et des gants et qui a procédé à l'admission d'un cas de MERS-CoV. Bien qu'elle soit demeurée asymptomatique, des prélèvements nasopharyngés ont détecté du virus pendant plus de 5 semaines. De plus, outre des bris dans les précautions de type gouttelettes, on a rapporté des retards à appliquer ces précautions dans plusieurs des situations de transmission nosocomiale. Ceci démontre l'importance de l'application rigoureuse des mesures de PCI en milieu de soins auprès des cas de MERS-CoV.</p> <p>Plusieurs études ont montré que la mise en place de mesures relatives à la prévention et au contrôle des infections (PCI) dans les milieux hospitaliers permet d'interrompre la transmission du virus. Les hypothèses avancées pour expliquer la survenue des éclosions nosocomiales malgré la mise en place de telles mesures sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la non-application, le bris ou le non-respect des mesures de PCI; • la non-reconnaissance, à l'urgence ou pendant l'hospitalisation, d'un cas peu symptomatique, mais contagieux; • un état de contagiosité prolongé chez les cas sévères de MERS-CoV qui requiert l'application des mesures de PCI sur une période plus longue; • des travailleurs de la santé asymptomatiques ou peu symptomatiques et dont l'infection par le MERS-CoV n'est pas reconnue, mais qui sont contagieux pendant une période allant de quelques jours à plusieurs semaines, pendant laquelle ils peuvent infecter des patients – incluant ceux pour qui le risque de développer des complications du MERS-CoV est élevé, notamment les personnes immunosupprimées. <p>Période de contagiosité</p> <p>La période de contagiosité du MERS-CoV n'est pas encore bien caractérisée, tant avant l'apparition des symptômes qu'après leur résolution.</p>
<p>Surveillance</p>	<p>Les établissements de soins doivent signaler tous les cas répondant aux définitions de <i>personne faisant l'objet d'une enquête</i>, de <i>cas probable</i> et de <i>cas confirmé</i> à la Direction de santé publique de leur région. Ils doivent aussi aviser le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) avant de lui envoyer les échantillons¹.</p> <p>Les directions de santé publique doivent à leur tour signaler dans les plus brefs délais la situation de toute personne faisant l'objet d'une enquête ainsi que les cas probables et les cas confirmés au Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du ministère de la Santé et des Services sociaux².</p>

¹ Aviser immédiatement le LSPQ de l'envoi d'un échantillon en composant le numéro suivant : 514 457-2070, poste 2227 ou 2278. En dehors des heures de bureau, composer ce même numéro, suivi du « 0 », pour communiquer avec le Service de la sécurité.

² Pendant les heures de bureau, communiquer avec le Bureau de surveillance et de vigie, au numéro suivant : 418 266-6723; en dehors de ces heures, communiquer avec la personne de garde soit par téléphone, au numéro suivant : 1 844 778-1265, soit par courriel, à l'adresse suivante : « gardemi@msss.gouv.qc.ca ».

<p>Surveillance (suite)</p>	<p>Ce dernier doit signaler les cas probables et les cas confirmés de MERS-CoV à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans un délai de 48 heures après les avoir classés comme tels. Surtout quand il s'agit d'un cas confirmé, la situation peut être considérée comme une urgence de santé publique à portée internationale, couverte par le Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).</p>
<p>Tests diagnostiques</p>	<p>Le MERS-CoV est un agent pathogène du groupe de risque 3 et le personnel qui manipule les échantillons susceptibles de le contenir doit prendre des précautions particulières, telles qu'elles sont décrites dans le document <i>MERS-CoV : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire pour des patients chez qui le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient est suspecté</i>, consultable à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/lspq/nouvelles/mers-cov.</p> <p>Il est recommandé d'envoyer les échantillons sans délai au LSPQ. En plus du test de détection du MERS-CoV, le LSPQ effectue d'emblée des épreuves de détection d'autres agents étiologiques viraux et bactériens pouvant être associés à des syndromes respiratoires. Il offre ses services d'analyse 7 jours sur 7 et transmet les résultats entre 6 et 24 heures après avoir reçu les échantillons.</p> <p>Les échantillons sont analysés par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN). Les spécimens testés positifs pour le MERS-CoV seront envoyés au Laboratoire national de microbiologie pour confirmation. L'information au sujet de l'investigation en laboratoire se trouve dans le <i>Guide des services : Détection rapide d'agents étiologiques viraux et bactériens dans les cas suspectés d'infection par le coronavirus associé au syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)</i>, consultable sur le site Web du LSPQ, au https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/guide_services_MERS.pdf.</p> <p>Plusieurs études ont démontré qu'il faut privilégier les spécimens obtenus des voies respiratoires inférieures par lavage bronchoalvéolaire, aspiration endotrachéale ou expectoration pour la détection du MERS-CoV, quand cela est cliniquement indiqué. Des spécimens doivent être prélevés également dans les voies respiratoires supérieures. On recommande de prélever à la fois un spécimen nasopharyngé et un spécimen oropharyngé, lesquels peuvent être placés dans le même tube et testés ensemble. Le TAAN peut aussi être effectué sur un sérum, mais ce dernier ne doit pas se substituer aux spécimens respiratoires. Si le test initial est négatif pour un patient chez qui une infection par le MERS-CoV est fortement suspectée sur la base des données cliniques et épidémiologiques, de nouveaux spécimens devraient être prélevés sur plusieurs sites des voies respiratoires. Le prélèvement d'autres types de spécimens pourrait également être envisagé, au cas par cas.</p> <p>Le prélèvement de spécimens sur des patients que l'on soupçonne infectés par le MERS-CoV doit être effectué dans le respect des mesures de prévention présentées à la section suivante.</p>

<p>Mesures de prévention et de contrôle des infections</p>	<p>Milieux de soins</p> <p>L'application des pratiques de base est importante pour la prévention de la transmission des infections par le MERS-CoV en milieu de soins. Il faut prêter une attention particulière au respect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'hygiène des mains par tous les intervenants de santé; • de l'hygiène et de l'étiquette respiratoires par toute personne dès son arrivée dans un milieu de soins; • de la mise en place des mesures de triage. <p>En présence soit d'une personne répondant aux critères relatifs à la <i>personne faisant l'objet d'une enquête</i>, soit d'un <i>cas probable</i> ou d'un <i>cas confirmé</i> d'infection par le MERS-CoV, il est indiqué d'appliquer systématiquement et rigoureusement les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne, incluant le port d'une protection oculaire.</p> <p>La description de ces précautions est faite dans la publication de l'ASPC intitulée <i>Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins</i>, consultable en ligne à l'adresse suivante : http://publications.gc.ca/site/fra/9.641538/publication.html.</p> <p>(voir la partie B, chapitres III et IV).</p> <p>Parmi toutes les recommandations se trouvant dans ce guide de référence, il convient, pour la prévention de la transmission du MERS-CoV en particulier, de respecter celles qui suivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'hébergement du patient dans une chambre d'isolement respiratoire (chambre à pression négative). Si une telle chambre n'est pas disponible, le patient peut être hébergé dans une chambre individuelle (en maintenant la porte fermée) avec une toilette individuelle; • le port de l'équipement de protection individuelle par le travailleur de la santé, lequel équipement comprend: <ul style="list-style-type: none"> ○ un appareil de protection respiratoire de type N95, dès l'entrée dans la chambre, ○ une blouse à manches longues, ○ des gants, ○ une protection oculaire (des lunettes de protection ou une visière); • le port d'un masque de procédure ou d'un masque chirurgical par le patient lorsqu'il doit sortir de sa chambre. <p>Les activités générant des aérosols doivent se dérouler dans une chambre à pression négative. Le travailleur de la santé peut envisager de porter une blouse imperméable à manches longues s'il devait être exposé à une grande quantité de liquides biologiques (ex. : vomissure).</p>
---	---

<p>Mesures de prévention et de contrôle des infections (suite)</p>	<p>Désinfection</p> <p>Effectuer la désinfection quotidienne en utilisant un détergent germicide habituel.</p> <p>Effectuer la désinfection terminale au départ du patient ou à la levée des mesures de précaution additionnelles.</p> <p>Avant qu'une personne puisse entrer sans équipement de protection dans la pièce, il faut que le nombre de changements d'air à l'heure dans ladite pièce respecte celui qui a été établi pour atteindre le niveau d'élimination maximal de l'agent infectieux. À ce sujet, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec recommande de viser un niveau d'élimination de 99,9 %. Le lecteur peut se référer aux normes de changement d'air concernant la tuberculose, dans le document de l'ASPC précité (voir l'annexe VIII des <i>Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins</i>, consultable en ligne à l'adresse suivante : http://publications.gc.ca/site/fra/9.641538/publication.html).</p> <p>Levée des précautions additionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'heure actuelle, il nous manque des données scientifiques pour déterminer avec précision la durée de la contagiosité chez les patients atteints de MERS-CoV. • Les facteurs suivants doivent être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : la présence de symptômes, la date de la résolution des symptômes, les résultats de laboratoire et la présence de conditions concomitantes nécessitant de telles précautions. • Il est recommandé d'attendre que le patient soit afébrile et qu'il ait obtenu des résultats négatifs à deux tests faits sur des sécrétions respiratoires prélevées à des journées différentes avant de prendre la décision. • Il faut aviser la Direction de santé publique de la levée des précautions additionnelles. <p>Consultation en milieu ambulatoire</p> <p>Il est possible qu'un patient consulte dans un milieu ambulatoire pour une forme moins sévère ou atypique du MERS-CoV. Au minimum, on devrait y faciliter l'application systématique des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoires par ce patient ; ainsi, ce patient devrait pouvoir porter un masque, pratiquer l'hygiène des mains et s'asseoir à deux mètres ou plus des autres patients. Il est important que les personnes qui présentent de la fièvre et de la toux soient questionnées sur les voyages qu'elles ont faits dans les deux semaines précédant le début de leurs symptômes. Si une personne revient de voyage, une vérification devrait être faite pour connaître le risque au regard du MERS-CoV dans le pays qu'elle a visité (www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/).</p>
---	--

<p>Mesures de prévention et de contrôle des infections (suite)</p>	<p>Dans les milieux qui sont en mesure de faire du triage, la question concernant les voyages devrait être posée à cette étape; autrement, elle sera posée au cours de l'évaluation médicale.</p> <p>La personne soupçonnée d'être infectée par le MERS-CoV ou chez qui cette infection est confirmée³ doit être transférée rapidement dans un milieu apte à le prendre en charge de façon sécuritaire. Il faut aviser la Direction de santé publique de la région avant ce transfert, qui se fera par le moyen de transport approprié à la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en premier lieu, le véhicule personnel de la personne, si celle-ci en a un et qu'elle est apte à conduire; • en second lieu, un véhicule des services préhospitaliers. <p>En attendant le transfert de la personne, les mesures suivantes devraient être mises en application :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le respect des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoires; • l'isolement, le plus rapidement possible, de la personne dans une pièce dont la porte est fermée (idéalement, choisir une pièce bien ventilée dont l'air est évacué vers l'extérieur de l'édifice); • la limitation du nombre de professionnels entrant en contact avec la personne; • le port d'un appareil de protection respiratoire N95. Si ce type d'appareil n'est pas disponible et que le temps passé dans la même pièce que ce patient est court, le masque chirurgical ou de procédure peut être utilisé; • la limitation de l'examen physique de ce patient aux aspects essentiels pour sa santé et sa sécurité; • le respect de l'hygiène des mains avant et après le contact avec ce patient est important; • l'application des autres mesures de protection (port d'une blouse, de gants et d'une protection oculaire) doit être évaluée selon le risque d'être exposé aux liquides biologiques de ce patient. <p>Pendant les transferts, le patient doit porter un masque chirurgical ou un masque de procédure.</p> <p>Effectuer une désinfection terminale au départ du patient ou à la levée des précautions additionnelles. La pièce et les objets touchés par le patient doivent être nettoyés et désinfectés selon les procédures habituelles, en utilisant le détergent germicide usuel ou une solution chlorée (une partie d'eau de Javel pour neuf parties d'eau) fraîchement préparée.</p>
---	---

³ Une personne pour qui le diagnostic a été confirmé pourrait avoir reçu son congé de l'hôpital ou ne pas avoir été hospitalisée, selon son état clinique.

<p>Mesures de prévention et de contrôle des infections (suite)</p>	<p>Avant qu'une personne puisse entrer sans équipement de protection dans la pièce, il faut que le nombre de changements d'air à l'heure dans ladite pièce respecte celui qui a été établi pour atteindre le niveau d'élimination maximal de l'agent infectieux. À ce sujet, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec recommande de viser un niveau d'élimination de 99,9 %. Le lecteur peut se référer aux normes de changement d'air concernant la tuberculose, dans le document de l'ASPC précité (voir l'annexe VIII des <i>Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins</i>, consultable en ligne à l'adresse suivante : http://publications.gc.ca/site/fra/9.641538/publication.html. Selon cette norme, lorsque le nombre de changements d'air est inconnu, il est recommandé d'attendre six heures avant d'entrer⁴.</p> <p>Jeter les déchets et l'équipement de soins utilisé (s'il y a lieu) avec les autres déchets de la clinique.</p>
<p>Conseils de santé aux voyageurs</p>	<p>Les conseils de santé aux voyageurs sont mis à jour par l'ASPC et sont consultables à l'adresse Web suivante : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/notices-avis-fra.php?id=108.</p> <p>Des pèlerinages religieux de grande envergure ont lieu à La Mecque, en Arabie saoudite, à différents moments de l'année. Le plus connu se nomme le Hajj et il est considéré comme le plus grand rassemblement de personnes au monde. Des pèlerins de tous les pays y participent, ce qui soulève la possibilité de la transmission du MERS-CoV à des voyageurs internationaux.</p> <p>L'Arabie saoudite émet chaque année des exigences sanitaires pour le contrôle des maladies infectieuses à l'occasion du Hajj. Les pèlerins doivent souscrire à ces exigences, qui comprenaient ces dernières années des mesures visant la prévention du MERS-CoV. Ni la surveillance active des pèlerins (par détection thermique à l'aéroport et prélèvement d'un échantillon nasopharyngé, au besoin) ni certaines études où des prélèvements nasopharyngés ont été effectués soit avant le Hajj, soit après, ou à ces deux périodes, sur des pèlerins n'ont mis en évidence la présence du MERS-CoV chez ces voyageurs.</p> <p>Le Hajj ayant lieu pendant le dernier mois du calendrier lunaire, les dates du début et de la fin de cet événement changent donc chaque année. La Oumra, un autre pèlerinage à La Mecque, peut s'effectuer tout au long de l'année. Toutefois, une augmentation du nombre de pèlerins est à prévoir pendant le mois du ramadan, dont les dates varient aussi chaque année. Des recommandations visant la réduction du risque d'acquérir le MERS-CoV sont également formulées à l'intention des voyageurs effectuant ce pèlerinage.</p>

⁴ Dans les cliniques médicales (hors établissements du réseau de la santé), il se peut que le nombre de changements d'air à l'heure ne soit pas connu. Le Collège des médecins du Québec recommande six changements d'air à l'heure, mais il n'est pas possible de savoir si cette norme est observée dans une clinique donnée. En l'absence d'information précise à ce sujet, il est suggéré de présumer que le nombre de changements d'air est minimal (une fois l'heure) et de fermer la pièce pendant six heures. Toutefois, les éléments suivants pourraient être pris en considération pour analyser le risque de contamination de l'air de la pièce : application de l'hygiène et de l'étiquette respiratoires pendant la présence du patient dans la pièce, importance des symptômes de ce patient et durée de sa présence dans la pièce, notamment.

<p>Prise en charge des personnes faisant l'objet d'une enquête et des cas probables ou confirmés</p>	<p>Validation et enquête par la DSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valider si le patient répond aux définitions de <i>personne faisant l'objet d'une enquête, cas probable</i> ou <i>cas confirmé</i> (voir la section « Définitions »). • S'assurer que les échantillons ont été envoyés au LSPQ⁵. • Signaler les patients qui répondent à l'une des trois définitions au BSV⁶. • Pour chaque cas probable ou confirmé : <ul style="list-style-type: none"> ○ procéder à l'enquête du cas à l'aide du questionnaire épidémiologique fédéral, accessible au http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/assets/pdf/SRI_form-MRS-formulaire-fra.pdf; ○ transmettre, par télécopieur, le questionnaire rempli au BSV⁷; ○ rechercher les contacts étroits en milieu de soins (selon les modalités régionales) et à l'extérieur du milieu de soins (recherche effectuée ici par la DSP du lieu de résidence du cas). Suivre les recommandations décrites à la section « Prise en charge des contacts étroits ». <p>Prévention des infections</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les mesures décrites à la section « Mesures de prévention et de contrôle des infections » sont appliquées. • Les personnes faisant l'objet d'une enquête, dont l'état clinique ne nécessite pas d'hospitalisation et pour qui on attend les résultats des tests doivent être isolées à domicile jusqu'à l'obtention de ces résultats. <p>Traitement</p> <p>Il n'existe pas de traitement spécifique pour les personnes infectées par le MERS-CoV. Un traitement de soutien doit leur être fourni lorsque la situation l'exige. Le clinicien peut se référer aux recommandations de traitement émises par la Canadian Critical Care Society (www.canadiancriticalcare.org/guidelines#.U5cKcctOWUk), l'OMS (http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/, sous <i>Technical guidance – clinical</i>) et <i>Public Health England</i>.</p>
---	--

⁵ Consulter le document de l'INSPQ intitulé *Guide des services : Détection rapide d'agents étiologiques viraux et bactériens dans le cas d'une maladie respiratoire sévère (MRSI)*, à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/guide_services_investigation_MRS.pdf

⁶ Pendant les heures de bureau, téléphoner au BSV, au numéro suivant : 418 266-6723 ; en dehors de ces heures, communiquer avec la personne de garde soit par téléphone, au 1 844 778-1265, ou par courriel, à gardemi@msss.gouv.qc.ca.

⁷ Le numéro de télécopieur confidentiel à utiliser est le 418 266-8489.

<p>Isolement des cas à domicile</p>	<p>En général, les cas d'infection par le MERS-CoV devraient être pris en charge dans les hôpitaux afin d'assurer un isolement efficace de ces cas et une surveillance appropriée de la maladie.</p> <p>Il est prudent d'hospitaliser les cas confirmés et les cas probables. Cela permet de réagir promptement si des complications surviennent et d'éviter la transmission du virus dans la communauté.</p> <p>Exceptionnellement, l'isolement à domicile peut être envisagé, à la suite d'une entente entre le médecin traitant et la DSP.</p> <p>Pour un isolement à domicile sécuritaire, les conditions suivantes doivent être respectées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne malade ne présente pas de condition qui augmente le risque de complications liées au MERS-CoV, telles qu'un âge avancé, un système immunitaire affaibli, le diabète, les maladies chroniques pulmonaires, cardiaques ou rénales; • seules les personnes essentielles aux soins à donner à la personne malade demeurent au domicile. Les autres vont habiter ailleurs tant que la personne malade présente des symptômes, surtout si ce sont des personnes pour qui le risque de développer des complications liées au MERS-CoV est élevé; • les membres de la maison ne n'ayant pas été exposés à la personne malade depuis le début de ses symptômes ne reviennent pas à domicile tant qu'elle présente des symptômes; • la personne malade est capable de dormir seule dans un lit; • une salle de bain lui est réservée; • la personne malade exige peu de soins et est en mesure de s'occuper d'elle-même. <p>Lorsque toutes les conditions énumérées ci-dessus peuvent être respectées, il faut en outre s'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • que les mesures préventives présentées ci-dessous soient appliquées jusqu'à ce que deux tests TAAN consécutifs, faits à au moins 24 heures d'intervalle, soient négatifs pour le MERS-CoV. Des prélèvements nasopharyngés ou oropharyngés, ou les deux, peuvent être effectués, comme l'indiquent les recommandations de l'OMS dans le document <i>Prise en charge des sujets asymptomatiques avec un résultat positif au test RT-PCR de dépistage du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) : Lignes directrices provisoires</i>. Pour effectuer les prélèvements, il faut appliquer les mesures de PCI décrites dans la section « Milieux de soins »⁸;
--	---

⁸ En s'inspirant, par exemple, des façons de procéder utilisées pour effectuer un prélèvement sur les cas de tuberculose considérés comme contagieux. En effet, la tuberculose est une autre maladie pour laquelle les précautions aériennes sont recommandées.

Isolement des cas à domicile (suite)

- que la personne malade ait en sa possession un thermomètre, des gants jetables, des masques chirurgicaux ou des masques de procédure ainsi que les consignes d'information s'adressant à elle;
- que la personne malade soit transférée à l'hôpital si sa condition se détériore

Restriction des activités

La personne malade doit demeurer à la maison, et ce, jusqu'à la fin de ses symptômes ayant un lien avec le MERS-CoV, sauf si elle doit aller consulter un professionnel de la santé. Durant cette période, elle ne doit pas aller au travail, à l'école ou à un autre endroit public, ni utiliser les transports en commun ou un taxi.

Surveillance des symptômes

La personne malade qui n'est pas hospitalisée doit prendre sa température une fois par jour, la noter et surveiller les symptômes de la maladie, et ce, pendant toute la durée de la période de surveillance (voir l'annexe 1a). Cela permet de constater la fin de la période de contagiosité (fin des symptômes) et de déterminer à quel moment lever l'isolement.

Une surveillance active quotidienne doit être assurée par la DSP du lieu de résidence de la personne malade non hospitalisée. La DSP doit s'assurer qu'il n'y a pas eu de nouveaux contacts. Si de nouveaux contacts sont identifiés, voir la section « Prise en charge des contacts étroits ».

La personne malade doit communiquer rapidement avec la DSP lorsque son état de santé se détériore (voir, à la fin de la présente section, la partie intitulée « Consignes pour la consultation d'un professionnel de la santé »).

Prévention des infections

La personne malade doit appliquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) et l'hygiène respiratoire. Les membres de la maisonnée devraient également pratiquer l'hygiène des mains après tout contact avec la personne malade ou son environnement. Il existe des outils à ce sujet, consultables à sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/prevenir-la-transmission-des-virus-et-des-bacteries/.

- La personne doit limiter ses contacts avec les autres membres de la maisonnée.
- La personne malade ne devrait rester dans la même pièce que les autres membres de la maisonnée. Si cela n'est pas possible, elle devrait :
 - porter un masque chirurgical ou un masque de procédure (ou, si ce n'est pas possible, couvrir son nez et sa bouche avec un linge propre ou un papier mouchoir) lorsqu'elle se trouve dans la même pièce qu'une autre personne. Si la personne malade n'est pas en mesure de porter un masque (par exemple, un enfant), les personnes se trouvant dans la même pièce qu'elle doivent en porter un;
 - rester à une distance minimale de deux mètres des autres personnes.

<p>Isolement des cas à domicile (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut limiter la présence de visiteurs à ceux qui sont vraiment essentiels au bien-être de la personne malade. <p>Le port du masque n'est pas recommandé pour les contacts domiciliaires (asymptomatiques), sauf s'ils se trouvent dans la même pièce qu'une personne malade qui n'est pas en mesure d'en porter un ou s'ils doivent donner des soins à la personne malade.</p> <p>Lorsqu'un membre de la famille (ou autre) doit prêter assistance à la personne malade et qu'il n'est pas un professionnel de la santé, il doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • porter un masque chirurgical ou un masque de procédure pendant les soins; • utiliser des gants jetables s'il doit avoir des contacts avec les liquides biologiques de la personne malade (sang, sécrétions nasales, crachats, salive, vomissure, urine, selles); • se laver les mains après tout contact avec la personne malade. <p>Éviter le contact direct avec les liquides corporels de la personne malade, en particulier les sécrétions buccales ou respiratoires et les selles.</p> <p>Éviter les contacts avec les objets contaminés par la personne malade, par exemple le partage des brosses à dents, des cigarettes, des ustensiles, de la vaisselle, des verres, des tasses, des serviettes, des débarbouillettes ou de la literie. Ces objets devraient être lavés après que la personne malade les ait utilisés.</p> <p>Lorsque la personne malade doit se sécher les mains, elle devrait utiliser un essuie-tout. Si ce n'est pas possible, une serviette devrait être réservée à son usage exclusif, laquelle sera gardée à l'écart des serviettes des autres.</p> <p>Placer le linge contaminé (draps, serviettes, vêtements) de la personne malade dans un sac de lavage et éviter de le secouer. Les autres personnes de la maisonnée doivent éviter le contact de leur peau ou de leurs vêtements avec le linge contaminé. Ceux-ci peuvent toutefois être lavés avec les vêtements des autres membres de la maisonnée, à l'eau chaude, en utilisant le savon à lessive habituel.</p> <p>La vaisselle et les ustensiles de la personne malade devraient être lavés avec du savon et de l'eau après usage. L'utilisation d'un lave-vaisselle convient également.</p> <p>Les mouchoirs de papier et le matériel jetable utilisés par la personne malade doivent être préférablement jetés dans une poubelle avec couvercle, doublée d'un sac qui sera fermé hermétiquement une fois plein et jeté au moment de la collecte des ordures. Il faut se laver les mains après avoir manipulé ces objets.</p>
--	---

<p>Isolement des cas à domicile (suite)</p>	<p>Les surfaces et les articles touchés par la personne malade, de même que la salle de bain qui lui est réservée, devraient être nettoyés quotidiennement avec des détergents ménagers ordinaires. Ils devraient être lavés plus souvent s'ils ont été contaminés par des liquides biologiques. Porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées, telles que les tables de chevet, les comptoirs et les dessus de tables, les poignées de porte, la robinetterie, les toilettes, les téléphones, les claviers et les accessoires informatiques. Utiliser des gants et envisager le port de vêtements protecteurs, un tablier de plastique par exemple, pour manipuler des articles contaminés par les liquides biologiques de la personne malade. Se laver les mains après avoir enlevé les gants et les vêtements protecteurs.</p> <p>Lorsque cela est possible, les espaces communs – comme la cuisine ou la salle de bain – devraient être bien ventilés, notamment en ouvrant les fenêtres.</p> <p>Consignes pour la consultation d'un professionnel de la santé</p> <p>Si la personne malade se trouve dans l'obligation d'aller consulter un professionnel de la santé, parce que son état de santé se détériore ou pour toute autre raison, elle doit communiquer avec la DSP. Des consignes visant à réduire le plus possible les expositions potentielles (ex. : porter un masque chirurgical, éviter d'utiliser les transports en commun ou un taxi) lui seront alors transmises. La DSP devra aviser le professionnel de la visite de cette personne et des mesures qu'il devra prendre pour éviter les expositions.</p>
<p>Prise en charge des contacts étroits</p>	<p>Généralités</p> <p>Les mesures pour les contacts étroits des cas probables ou des cas confirmés s'appliquent pendant la période de surveillance, qui correspond aux quatorze jours suivant le dernier contact étroit avec le cas pendant qu'il était malade.</p> <p>Trois catégories de contacts étroits sont définies :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) travailleurs de la santé; 2) patients hospitalisés; 3) contacts domiciliaires et autres contacts étroits. <p>Les recommandations suivantes s'appliquent à ces trois catégories de contacts étroits. Des particularités propres à chacune des catégories sont présentées ensuite.</p> <p>Validation et enquête</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que la personne répond à la définition de <i>contact étroit</i> (voir la section « Définitions »). • Effectuer une enquête au sujet du contact à l'aide du questionnaire d'évaluation et de suivi (voir l'annexe 2). L'enquête peut être faite soit par la DSP, soit par l'équipe de PCI ou le Service de santé et de sécurité au travail de l'établissement, selon la catégorie de contact et les modalités régionales existantes. <p>Dans tous les cas, une étroite collaboration et des mécanismes de communication doivent être établis entre la DSP, l'équipe de PCI et le Service de santé et de sécurité au travail des établissements.</p>

<p>Prise en charge des contacts étroits (suite)</p>	<p>Restriction des activités</p> <p>L'isolement strict à domicile (ou dans un autre milieu) n'est pas exigé pour les contacts asymptomatiques des cas de MERS-CoV. Toutefois, dans la mesure du possible, ils devraient envisager de rester à un endroit où les soins de santé sont facilement accessibles durant la période de surveillance.</p> <p>Les contacts asymptomatiques doivent informer la DSP de leurs projets de déplacements de plus de 24 heures à l'extérieur de la région couverte par la DSP en question. En cas de déplacement hors Québec, la DSP doit aviser le BSV, qui fera les liens pertinents avec les autorités fédérales responsables des points de sortie.</p> <p>Les contacts asymptomatiques doivent se rendre disponibles pour répondre aux appels ou messages de la DSP. La DSP doit fournir aux contacts des coordonnées téléphoniques fonctionnelles 24 heures sur sept.</p> <p>Prophylaxie antivirale</p> <p>Il n'existe aucune prophylaxie antivirale reconnue contre le MERS-CoV.</p> <p>Vaccination</p> <p>Il n'existe aucun vaccin à ce jour pour prévenir le MERS-CoV.</p> <p>1) CONTACTS ÉTROITS : TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ</p> <p>Prévention des infections</p> <p>La transmission nosocomiale est un aspect clé de l'épidémiologie du MERS-CoV et de nombreux travailleurs de la santé ont été infectés. Par exemple, en date du 15 juin 2015, les travailleurs de la santé représentaient 15 % des cas de l'éclosion qui sévissait en République de Corée. Le fait qu'un travailleur de la santé asymptomatique peut excréter du virus a été rapporté (voir la sous-section « Transmission nosocomiale » de la section « Période d'incubation, transmission et période de contagiosité du virus »). De plus, les personnes pour qui les risques de complications et de mortalité dus au MERS-CoV sont les plus élevés ont plus de 65 ans et ont diverses maladies chroniques, ce qui correspond au profil type des patients recevant des soins aigus ou de longues durées. Étant donné de ces facteurs, le travailleur de la santé qui répond à la définition de <i>contact étroit</i> (voir la section « Définitions ») doit être exclu du travail pendant la période de surveillance.</p> <p>En période de pénurie de personnel, le travailleur de la santé asymptomatique pourra travailler s'il porte un masque chirurgical ou un masque de procédure en tout temps lorsqu'il se trouve en milieu de soins pendant la période de surveillance. Les mesures d'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire doivent être respectées rigoureusement pendant cette période. Il devrait cependant porter un masque N-95 pour sa protection personnelle s'il doit se rendre au chevet d'un patient qui est en isolement avec des précautions aériennes (ex. : cas de tuberculose, cas de MERS-CoV).</p>
--	---

<p>Prise en charge des contacts étroits (suite)</p>	<p>Surveillance des symptômes</p> <p>Le travailleur de la santé qui répond à la définition de <i>contact étroit</i> doit surveiller l'apparition chez lui des symptômes de la maladie (voir la section « Tableau clinique ») pendant la période de surveillance. La surveillance active quotidienne sera effectuée par le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement ou selon les modalités régionales existantes.</p> <p>Si le travailleur développe un ou plusieurs symptômes compatibles avec le MERS-CoV, il doit communiquer avec le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement pour qu'une évaluation médicale soit planifiée en collaboration avec la DSP. Un corridor de service doit être organisé et le travailleur doit être avisé des mesures à prendre pour éviter les expositions. Il doit être pris en charge tel que cela est indiqué à la section « Prise en charge des personnes faisant l'objet d'une enquête et des cas probables ou confirmés », jusqu'à l'obtention du résultat des analyses.</p> <p>2) CONTACTS ÉTROITS : PATIENTS HOSPITALISÉS</p> <p>Prévention des infections</p> <p>En toute circonstance, l'équipe de PCI doit être avisée lorsqu'un patient répond à la définition de <i>contact étroit</i> d'un cas. Des précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes doivent être mises en place auprès de ces personnes. Les déplacements du patient hors de sa chambre devraient être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. Lors de ces déplacements, le patient devrait porter un masque chirurgical ou un masque de procédure doit être porté et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre.</p> <p>Le contact étroit hospitalisé et ses visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.</p> <p>Surveillance des symptômes</p> <p>L'apparition des symptômes de la maladie (voir la section « Tableau clinique ») doit faire l'objet d'une surveillance active quotidienne, tout au cours de la période de surveillance, par l'équipe de l'établissement.</p> <p>Si un patient hospitalisé ayant eu un contact étroit avec un cas présente des symptômes compatibles avec le MERS-CoV, la personne responsable de la prévention des infections et la DSP doivent en être informées. Ce patient doit être pris en charge de la façon indiquée à la section « Prise en charge des personnes faisant l'objet d'une enquête et des cas probables ou confirmés », jusqu'à ce que le résultat des analyses soit connu.</p> <p>Si un contact étroit hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSP doit en être informée. Elle pourra ainsi s'assurer que la surveillance des symptômes se poursuivra (surveillance active quotidienne) et que les mesures de prévention de l'infection seront appliquées à domicile ou dans le milieu de vie où ira le patient (voir la partie suivante, « Contacts domiciliaires et autres contacts étroits »).</p>
--	---

<p>Prise en charge des contacts étroits (suite)</p>	<p>3) CONTACTS DOMICILIAIRES ET AUTRES CONTACTS ÉTROITS</p> <p>Prévention des infections</p> <p>Les contacts étroits d'un cas doivent être encouragés à appliquer l'hygiène des mains (lavages fréquents des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) et l'hygiène respiratoire. Il existe des outils à ce sujet, consultables à http://www.sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/prevenir-la-transmission-des-virus-et-des-bacteries/.</p> <p>Le port du masque n'est pas recommandé pour les contacts domiciliaires (asymptomatiques), sauf si ces derniers doivent donner des soins à une personne malade (voir la section « Isolement des cas à domicile »). Si la personne malade n'est pas en mesure de porter un masque (par exemple, un enfant), les personnes se trouvant dans la même pièce qu'elle doivent en porter un.</p> <p>Surveillance des symptômes</p> <p>L'apparition des symptômes de la maladie (voir la section « Tableau clinique ») doit faire l'objet d'une surveillance active quotidienne, pendant la période de surveillance (voir l'annexe 1b), par la DSP du lieu de résidence du contact étroit.</p> <p>Contact domiciliaire qui développe des symptômes</p> <p>Si un contact étroit développe des symptômes compatibles avec le MERS-CoV, il doit limiter le plus possible ses contacts avec les autres et communiquer avec la DSP. Il doit être évalué sur le plan médical et être pris en charge tel que cela est indiqué à la section « Prise en charge des personnes faisant l'objet d'une enquête et des cas probables ou confirmés », jusqu'à ce que le résultat des analyses soit connu.</p> <p>Des consignes visant à réduire le plus possible les expositions potentielles (ex. : porter un masque chirurgical, éviter d'utiliser les transports en commun ou un taxi) lui seront alors transmises. La DSP devra aviser le professionnel de la visite du patient et lui faire part des mesures à prendre pour éviter les expositions.</p> <p>Si ce patient n'a pas besoin d'être hospitalisé, il faut s'assurer que les prélèvements sont effectués dans un milieu de soins où le personnel soignant est en mesure d'appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne, ainsi que le port de la protection oculaire.</p>
--	--

<p>Écllosion en milieu de soins</p>	<p>À l'occasion d'une écllosion de MERS-CoV dans un milieu de soins, l'OMS recommande, lorsque c'est faisable, que tous les contacts étroits des cas confirmés subissent un test TAAN servant à détecter le MERS-CoV, et ce, même s'ils sont asymptomatiques. La recommandation s'applique particulièrement aux travailleurs de la santé et aux autres contacts étroits en milieu hospitalier, ce qui inclut les patients, les visiteurs, les bénévoles, etc. Pour des détails, consulter les lignes directrices provisoires de l'OMS sur la prise en charge des sujets asymptomatiques, au www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/management_of_asymptomatic_patients/fr/.</p>
<p>Prise en charge des contacts à bord d'un avion ou d'un autre moyen de transport public</p>	<p>Étant donné l'incertitude qui existe quand il s'agit de déterminer l'efficacité de la transmission du MERS-CoV, la recherche des contacts des cas confirmés devrait porter sur les passagers d'un avion, quelle qu'ait été la durée du vol, si le cas a utilisé ce moyen de transport alors qu'il présentait des symptômes.</p> <p>Comme mesure prioritaire, les passagers assis dans la même rangée que le cas, dans les trois rangées devant lui et dans les trois rangées derrière lui, de même que tous les membres de l'équipage ou les passagers ayant pu être assignés aux soins du cas à bord de l'avion, devraient faire l'objet d'un suivi. Quand cela est possible, les autorités en matière de santé publique peuvent envisager la recherche des contacts parmi tous les passagers d'un même avion.</p> <p>En ce qui concerne les autres moyens de transport (ex. : autobus, train), il faudra évaluer la possibilité de retracer les contacts et limiter la recherche aux personnes s'étant trouvées à une distance de moins de deux mètres du cas.</p> <p>La DSP doit aviser le BSV, qui communiquera avec l'ASPC pour obtenir la liste des passagers lorsqu'il s'agit d'un vol extraprovincial.</p>

Références

NOTE : La présente bibliographie est à jour en date du 20 octobre 2015.

(ASPC) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2013). *Définition de cas nationale et provisoire : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)* [En ligne], mis à jour le 23 septembre 2013. [http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/case-definition-cas-fra.php].

(ASPC) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2012). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, II, 225 p. **Disponible en ligne** : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.641538/publication.html>.

AL-ABDALLAT, Mohammad Mousa, et autres (2014). « Hospital-associated outbreak of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus: a serologic, epidemiologic, and clinical description », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 59, n° 9, 1^{er} novembre, p. 1225-1233. doi : 10.1093/cid/ciu359.

ALAGAILI, Abdulaziz N., et autres (2014). « Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in dromedary camels in Saudi Arabia », *mBio*, vol. 5, n° 2, mars-avril, e00884-14, 6 p. doi : 10.1128/mBio.00884-14.

AL-GETHAMY, Manal, et autres (2015). « A case of long-term excretion and subclinical infection with Middle East respiratory syndrome coronavirus in a healthcare worker », *Clinical Infectious Diseases*, [En ligne], Advanced acces, 1^{er} janvier. [<http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2015/01/01/cid.ciu1135>].

ARABI, Yaseen M., et autres (2014). « Clinical course and outcomes of critically ill patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus infection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 160, n° 6, 18 mars, p. 389-397. doi : 10.7326/M13-2486.

ASSIRI, Abdullah, et autres (2013a). « Epidemiological, demographic, and clinical characteristics of 47 cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus disease from Saudi Arabia: a descriptive study », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, n° 9, septembre, p. 752-761. doi : 10.1016/S1473-3099(13)70204-4.

ASSIRI, Abdullah, et autres (2013b). « Hospital outbreak of Middle East respiratory syndrome coronavirus », *The New England Journal of Medicine*, vol. 369, n° 5, 1^{er} août, p. 407-416. doi : 10.1056/NEJMoa1306742.

BERMINGHAM, A., et autres (2012). « Severe respiratory illness caused by a novel coronavirus, in a patient transferred to the United Kingdom from the Middle East, September 2012 », *Euro Surveillance*, vol. 17, n° 40, 4 octobre, pii = 20290, 5 p. **Disponible en ligne** : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20290>.

BIALEK, Stephanie R., et autres (2014). « First confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection in the United States, updated information on the epidemiology of MERS-CoV infection, and guidance for the public, clinicians, and public health authorities – May 2014 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 63, n° 19, 16 mai, p. 431-436.

BREBAN, Romulus, Julien RIOU et Arnaud FONTANET (2013). « Interhuman transmissibility of Middle East respiratory syndrome coronavirus: estimation of pandemic risk », *The Lancet*, vol. 382, n° 9893, 24 août, p. 694-699. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61492-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61492-0).

BRIESE, Thomas, et autres (2014). « Middle East respiratory syndrome coronavirus quasispecies that include homologues of human isolates revealed through whole-genome analysis and virus cultured from dromedary camels in Saudi Arabia », *MBio*, vol. 5, n° 3, mai-juin, e01146-14, 5 p. doi : 10.1128/mBio.01146-14.

BUCHHOLZ, U., et autres (2013). « Contact investigation of a case of human novel coronavirus infection treated in a German hospital, October-November 2012 », *Euro Surveillance*, vol. 18, n° 8, 21 février, pii = 20406, 7 p. **Disponible en ligne** : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20406>.

CAUCHEMEZ, Simon, et autres (2014). « Middle East respiratory syndrome coronavirus: quantification of the extent of the epidemic, surveillance biases, and transmissibility », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 14, n° 6, janvier, p. 50-56. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70304-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70304-9).

(CDC) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2015). « Interim infection prevention and control recommendations for hospitalized patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) », section *Middle East respiratory syndrome (MERS)*. [En ligne], mis à jour le 11 juin. [<http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/infection-prevention-control.html>] (Consulté le 15 juin 2015).

(CDC) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2014). « Case Definitions », section *Middle East respiratory syndrome (MERS)* [En ligne], mis à jour le 8 juin. [<http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/case-def.html>].

CHAN, Jasper F.W., et autres (2015). « Middle East respiratory syndrome coronavirus: another zoonotic betacoronavirus causing SARS-like disease », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 28, n° 2, avril, p. 465-522. doi : 10.1128/CMR.00102-14.

CHAN, Jasper F.W., et autres (2013). « Broad-spectrum antivirals for the emerging Middle East respiratory syndrome coronavirus », *Journal of Infection*, vol. 67, n° 6, décembre, p. 606-616. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2013.09.029>.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2011). *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier : Guide d'exercice*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 42 p.

[COTTEN, Matthiew, et autres \(2014\). « Spread, circulation, and evolution of the Middle East respiratory syndrome coronavirus », *mBio*, vol. 5, n° 1, janvier-février, e01062-13, 11 p. doi : 10.1128/mBio.01062-13.](#)

COTTEN, Matthiew, et autres (2013). « Transmission and evolution of the Middle East respiratory syndrome coronavirus in Saudi Arabia: a descriptive genomic study », *The Lancet*, vol. 382, n° 9909, 14 décembre, p. 1993-2002. doi : [10.1016/S0140-6736\(13\)61887-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61887-5).

DE GROOT, Raoul J., et autres (2013). « Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): announcement of the Coronavirus Study Group », *Journal of Virology*, vol. 87, n° 14, juillet, p. 7790-7792. doi : 10.1128/JVI.01244-13.

DROSTEN, Christian, et autres (2014). « Transmission of MERS-coronavirus in household contacts », *The New England Journal of Medicine*, vol. 371, n° 9, 28 août 2014, p. 828-835. doi : 10.1056/NEJMoa1405858.

DROSTEN, Christian, et autres (2013). « Clinical features and virological analysis of a case of Middle East respiratory syndrome coronavirus infection », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, n° 9, septembre, p. 745-751. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70154-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70154-3).

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2014a). *Epidemiological update: Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)*, [En ligne]. [http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispatchForm.aspx?List%48db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID%41016] (Consulté le 5 juin 2014).

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2014b). *Updated Rapid Risk Assessment: Severe respiratory disease associated with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) – Ninth update, 24 April 2014*, Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 16 p. Également disponible en ligne : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Middle-East-respiratory-syndrome-coronavirus-risk-assessment-25-April-2014.pdf>.

GAUTRET, Philippe, et autres (2013). « Lack of nasal carriage of novel corona virus (HCoV-EMC) in French Hajj pilgrims returning from the Hajj 2012, despite a high rate of respiratory symptoms », *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 19, n° 7, juillet, p. E315-317. doi : 10.1111/1469-0691.12174.

GOH, Gerard Kian-Meng, A. Keith DUNKER et Vladimir UVERSKY (2013). « Prediction of intrinsic disorder in MERS-CoV/HCoV-EMC supports a high oral-fecal transmission », *PLoS Currents*, vol. 5, 13 novembre. doi : 10.1371/currents.outbreaks.22254b58675cdebc256dbe3c5aa6498b.

GUERY, Benoit, et autres (2013). « Clinical features and viral diagnosis of two cases of infection with Middle East Respiratory Syndrome coronavirus: a report of nosocomial transmission », *The Lancet*, vol. 381, n° 9885, 29 juin, p. 2265-2272. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60982-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60982-4).

HAAGMANS, Bart L., et autres (2014). « Middle East respiratory syndrome coronavirus in dromedary camels: an outbreak investigation », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 14, n° 2, février, p. 140-145. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70690-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70690-X).

HEALTH PROTECTION AGENCY (HPA) UK NOVEL CORONAVIRUS INVESTIGATION TEAM (THE) (2013). « Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013 », *Euro Surveill*, vol. 18, n° 11, 14 mars, pii = 20427, 7 p. **Disponible en ligne** : <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V18N11/art20427.pdf>.

HEMIDA, M.G., et autres (2013). « Middle East respiratory syndrome (MERS) coronavirus seroprevalence in domestic livestock in Saudi Arabia, 2010 to 2013 », *Euro Surveill*, vol. 18, n° 50, 12 décembre, pii = 20659. **Disponible en ligne** : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20659>.

HIJAWI, B., et autres (2013). « Novel coronavirus infections in Jordan, April 2012: epidemiological findings from a retrospective investigation », *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 19, Supplément 1, p. S12-S18. Disponible en ligne : <http://www.zeit.de/wissen/2014-05/mers-fall-2012-paper.pdf>.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2015). *MERS-CoV : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire pour des patients chez qui le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient est suspecté*, s. l., Institut national de santé publique du Québec, 6 p. Disponible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/annonce_guide_pratique_laboratoire_MERS-CoV.pdf.

KAPOOR, Minal, et autres (2014). « Clinical and laboratory findings of the first imported case of Middle East respiratory syndrome coronavirus to the United States », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 59, n° 11, 1^{er} décembre, p. 1511-1518. doi : 10.1093/cid/ciu635.

KHAN, Kamran, et autres (2013). « Potential for the international spread of Middle East respiratory syndrome in association with mass gatherings in Saudi Arabia », *PLoS Currents*, vol. 5, 17 juillet. doi : [10.1371/currents.outbreaks.a7b70897ac2fa4f79b59f90d24c860b8](https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.a7b70897ac2fa4f79b59f90d24c860b8).

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2015). *Guide des services : Détection rapide d'agents étiologiques viraux et bactériens dans le cas d'une maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI)*, s. l., Institut national de santé publique du Québec, révisé le 13 août 2015, 1 p. Disponible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/guide_services_MERS.pdf.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2015). *Guide des services : Détection rapide d'agents étiologiques viraux et bactériens dans les cas suspectés d'infection par le coronavirus associé au syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*, s. l., Institut national de santé publique du Québec, révisé le 17 juin 2015, 3 p. Disponible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/guide_services_MERS.pdf.

MALTEZOU, Helena C., et Sotirios TSIODRAS (2014). « Middle East respiratory syndrome coronavirus: implications for health care facilities », *American Journal of Infection Control*, vol. 42, n° 12, décembre, p. 1261-1265. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.06.019>.

MEMISH, Ziad A., et Jaffar A. AL-TAWFIQ (2014). « Middle East respiratory syndrome coronavirus infection control: the missing piece? », *American Journal of Infection Control*, vol. 42, n° 12, décembre, p. 1258-1260. doi : 10.1016/j.ajic.2014.08.003.

MEMISH, Ziad A., Abdullah M. ASSIRI et Jaffar A. AL-TAWFIQ (2014). « Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) viral shedding in the respiratory tract: an observational analysis with infection control implications », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 29, décembre, p. 307-308. doi : 10.1016/j.ijid.2014.10.002.

MEMISH, Ziad A., Alimuddin I. ZUMLA et Abdullah ASSIRI (2013). « Middle East respiratory syndrome coronavirus infections in health care workers », *The New England Journal of Medicine*, vol. 369, n° 9, 29 août 2013, p. 884-886. doi : 10.1056/NEJMc1308698.

MEMISH, Ziad A., et autres (2014a). « Community case clusters of Middle East respiratory syndrome coronavirus in Harf Al-Batin, Kingdom of Saudi Arabia: a descriptive genomic study », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 23, juin, p. 63-68. doi : 10.1016/j.ijid.2014.03.1372.

MEMISH, Ziad A., et autres (2014b). « Human infection with MERS coronavirus after exposure to infected camels, Saudi Arabia, 2013 », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 20, n° 6, juin, p. 1012-1015. doi : 10.3201/eid2006.140402.

MEMISH, Ziad A., et autres (2014c). « Middle East respiratory syndrome corona virus, MERS-CoV. Conclusions from the 2nd Scientific Advisory Board Meeting of the WHO Collaborating Center for Mass Gathering Medicine, Riyadh », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 24, juillet, p. 51-53. doi : 10.1016/j.ijid.2014.05.001.

MEMISH, Ziad A., et autres (2014d). « Prevalence of MERS-CoV nasal carriage and compliance with the Saudi health recommendations among pilgrims attending the 2013 Hajj », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 210, n° 7, octobre, p. 1067-1072. doi : 10.1093/infdis/jiu150.

MEMISH, Ziad A., et autres (2014e). « Screening for Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in hospital patients and their healthcare worker and family contacts: a prospective descriptive study », *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 20, n° 5, mai, p. 469-474. doi : 10.1111/1469-0691.

MEMISH, Ziad A., et autres (2013a). « Family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections », *The New England Journal of Medicine*, vol 368, no 26, 27 juin 2013, p. 2487-2494. doi : 10.1056/NEJMoa1303729.

MEMISH, Ziad A., et autres (2013b). « Middle East respiratory syndrome coronavirus in bats, Saudi Arabia », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 19, n° 11, novembre, p. 1819-1823. doi : 10.3201/eid1911.131172.

NOWOTNY, N., et J. Kolodziejek (2014). « Middle Easter respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) in dromadary camels, Oman, 2013 », *Euro Surveillace*, vol. 19, n° 16, 24 avril, pii = 20781, 5 p. **Disponible en ligne** : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20781>.

OBOHO, Ikwo K., et autres (2015). « 2014 MERS-CoV outbreak in Jeddah – a link to health care facilities », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 9, 26 février, p. 846-854. doi : 10.1056/NEJMoa1408636.

OMRANI, Ali S., et autres (2013). « A family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections related to a likely unrecognized asymptomatic or mild case », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 17, n° 9, septembre, p. e668-e672. doi : [10.1016/j.ijid.2013.07.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2013.07.001).

(OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2015). *Prise en charge des sujets asymptomatiques avec un résultat positif au test RT-PCR de dépistage du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) : Lignes directrices provisoires*, 27 juillet 2015, [Genève], Organisation mondiale de la santé, 2015, publication n° WHO/MERS/IPC/15.2. Également disponible en ligne :

http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/management_of_asymptomatic_patients/fr/.

(OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014a). *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) summary and literature update – as of 11 June 2014* [En ligne], 8 p.

http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS-CoV_summary_update_20140611.pdf].

(OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014b). *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) summary and literature update – as of 28 May 2014* [En ligne], 8 p.

[http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS CoV Update 09 May 2014.pdf](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS_CoV_Update_09_May_2014.pdf)].

(OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014c). *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) summary and literature update – as of 9 May 2014* [En ligne], 8 p.

[http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS CoV Update 09 May 2014.pdf](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS_CoV_Update_09_May_2014.pdf)].

(OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013a). *Définitions de cas provisoires révisées pour la notification des cas d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) : Définitions de cas provisoires au 3 juillet 2013* [En ligne]. [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case_definition/fr/].

(OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013b). *Interim surveillance recommendations for human infection with Middle East respiratory syndrome coronavirus* [En ligne], mise à jour du 27 juin 2013, [5] p.

http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/InterimRevisedSurveillanceRecommendations_nCoVinfection_27Jun13.pdf].

PEBODY, Richard G., et autres (2012). « The United Kingdom public health response to an imported laboratory confirmed case of a novel coronavirus in September 2012 ». *Euro Surveillace*, vol. 17, n° 40, 4 octobre, pii = 20292, 4 p. Disponible en ligne : <http://eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N40/art20292.pdf>.

PETERSEN, Eskild, Marjorie M. POLLACK et Lawrence C. MADOFF (2014). « Health-care associate transmission of Middle East Respiratory Syndrome Corona virus, MERS-CoV, in the Kingdom of Saudi Arabia », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 29, décembre, p. 299-300. doi : 10.1016/j.ijid.2014.10.001.

PUZELLI, Simona, et autres (2013). « Investigation of an imported case of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection in Florence, Italy, May to June 2013 », *Euro Surveillace*, vol. 18, n° 34, 22 août, pii = 20564, 4 p. Disponible en ligne : <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES2013.18.34.20564>.

RAJ, V. Stalin, et autres (2013). « Dipeptidyl peptidase 4 is a functional receptor for the emerging human coronavirus-EMC », *Nature*, vol. 495, n° 7440, 14 mars, p. 251-254. doi :10.1038/nature12005.

SPRENGER, M., et D. COULOMBIER (2014). « Middle East Respiratory Syndrome coronavirus – two years into the epidemic », *Euro Surveillace*, vol. 19, n° 16, 24 avril, pii = 20783, 3 p. Disponible en ligne : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20783>.

TSIODRAS, Sotirios, et autres (2014). « A case of imported Middle East Respiratory Syndrome coronavirus infection and public health response, Greece, April 2014 », *Euro Surveillace*, vol. 19, n° 16, 24 avril, pii = 20782, 6 p. Disponible en ligne : <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES2014.19.16.20782>.

VAN DOREMALEN, Neeltje, et autres (2014). « Stability of Middle East respiratory syndrome coronavirus in milk », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 20, n° 7, juillet, p. 1263-1264. doi : 10.3201/eid2007.140500.

VAN DOREMALEN, N., T. BUSHMAKER et V.J. MUNSTER (2013). « Stability of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) under different environmental conditions », *Euro Surveillance*, vol. 18, n° 38, 19 septembre, pii = 20590. Disponible en ligne : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20590>.

WERNERY, Ulrich, et autres (2015). « Acute Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in livestock dromedaries, Dubai, 2014 », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, n° 6, juin, p. 1019-1022. doi : 10.3201/eid2106.150038.

WHO MERS-CoV RESEARCH GROUP (2013). « State of knowledge and data gaps of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) in humans », *PLoS Currents*, vol. 5, mis en ligne le 12 novembre. doi : 10.1371/currents.outbreaks.0bf719e352e7478f8ad85fa30127ddb8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013). *Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of novel coronavirus (nCoV) infection: Interim guidance – 6 may 2013*, Geneva, World Health Organization, 9 p. Disponible en ligne : http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/IPCnCoVguidance_06May13.pdf?ua1.

ZAKI, Ali M., et autres (2012). « Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia », *The New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 19, 8 novembre, p. 1814-1820. doi : 10.1056/NEJMoa1211721.

ZHANG, Naru, Shibo JIANG et Lanying DU (2014). « Current advancements and potential strategies in the development of MERS-CoV vaccines », *Expert Review of Vaccines*, vol. 13, n° 6, juin, p. 761-774. doi : 10.1586/14760584.2014.912134.

ANNEXE 1a. Grille d'auto-surveillance des symptômes d'un cas

La Direction de santé publique vous recommande de surveiller votre état de santé pendant toute la durée de la maladie.

Au cours de cette période :

1. Surveillez la présence de fièvre, de toux, de difficultés respiratoires, de vomissement, de diarrhée et de douleurs aux muscles ou aux articulations.
2. Prenez votre température une fois par jour, idéalement à la même heure, en fin de journée. Si vous prenez un médicament qui peut faire baisser la température – notamment de l'acétaminophène (par exemple, Tempra^{MD}, Tylenol^{MD} ou Atasol^{MD}), de l'ibuprofène (par exemple, Advil^{MD} ou Motrin^{MD}) ou de l'aspirine –, vous devez attendre au moins quatre heures avant de prendre votre température.

Un thermomètre approprié doit être utilisé en fonction du site choisi (voir le tableau ci-dessous). La prise de température dans l'oreille nécessite un thermomètre spécialement conçu à cet effet.

Âge de la personne	Type de thermomètre	Fièvre à partir de
Moins de 2 ans	Rectal ou axillaire (sous le bras)	38,5 °C ou 101,3 °F (temp. rectale) 37,5 °C ou 99,5 °F (temp. axillaire)
De 2 à 5 ans	Rectal ou tympanique (oreille)	38,5 °C ou 101,3 °F
Plus de 5 ans	Buccal	38,0 °C ou 100,4 °F

3. Notez votre température et les autres symptômes, s'il y a lieu, dans la grille ci-dessous.

Surveillance de votre état de santé					
Date	Heure	Fièvre (degrés)	Toux (oui / non)	Difficultés respiratoires (oui / non)	Autres symptômes (description)

Note : Si vous devez consulter un médecin ou tout autre professionnel de la santé, communiquez avec la Direction de santé publique (DSP) au numéro suivant : _____. Si vous n'êtes pas en mesure de joindre la DSP, avisez le milieu de soins de votre situation dès votre arrivée.

ANNEXE 1b. Grille d'autosurveillance des symptômes des contacts étroits

La Direction de santé publique vous recommande de surveiller votre état de santé pendant une période de quatorze jours suivant votre dernier contact avec la personne malade, c'est-à-dire jusqu'au _____.

Au cours de cette période :

1. Surveillez particulièrement la présence de fièvre, de toux et de difficultés respiratoires.
2. Prenez votre température une fois par jour, idéalement à la même heure, en fin de journée. Si vous prenez un médicament qui peut faire baisser la température – notamment de l'acétaminophène (par exemple, Tempra^{MD}, Tylenol^{MD} ou Atasol^{MD}), de l'ibuprofène (par exemple, Advil^{MD} ou Motrin^{MD}) ou de l'aspirine –, vous devez attendre au moins quatre heures avant de prendre votre température.

Un thermomètre approprié doit être utilisé en fonction du site choisi (voir le tableau ci-dessous). La prise de température dans l'oreille nécessite un thermomètre spécialement conçu à cet effet.

Âge de la personne	Type de thermomètre	Fièvre à partir de
Moins de 2 ans	Rectal ou axillaire (sous le bras)	38,5 °C ou 101,3 °F (temp. rectale) 37,5 °C ou 99,5 °F (temp. axillaire)
De 2 à 5 ans	Rectal ou tympanique (oreille)	38,5 °C ou 101,3 °F
Plus de 5 ans	Buccal	38,0 °C ou 100,4 °F

3. Notez votre température et les autres symptômes, s'il y a lieu, dans la grille ci-dessous.

Surveillance de votre état de santé					
Date	Heure	Fièvre (degrés)	Toux (oui / non)	Difficultés respiratoires (oui / non)	Autres symptômes (description)

Note : Si les symptômes de fièvre, de toux ou de difficultés respiratoires se développent, communiquez avec la Direction de santé publique (DSP) au numéro suivant : _____. Si vous n'êtes pas en mesure de joindre la DSP, avisez le milieu de soins de votre situation dès votre arrivée.

ANNEXE 2.

Évaluation et suivi d'un contact de MERS-CoV

Identification du contact

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
A M J

Adresse : _____

Téléphone : _____
Domicile Travail Autre

Employeur : _____ Téléphone : _____

Identification du cas

Nom : _____ Prénom : _____

Nombre de personnes vivant sous le même toit : _____ adultes _____ enfants

Contact avec un cas : confirmé probable Date du dernier contact : _____ / _____ / _____
A M J

Type de contact : domiciliaire travailleur de la santé personne hospitalisée en même temps que le cas
 autre contact Préciser : _____

Circonstances du contact : _____

Répond à la définition de *contact étroit* : oui non ➔ contact non retenu (entrevue terminée)

Dans les quatorze jours qui ont suivi votre dernier contact avec le cas :

Avez-vous présenté des symptômes de fièvre? oui non

Avez-vous pris votre température avec un thermomètre? oui non

Sinon, avez-vous un thermomètre à la maison? oui non

Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre (Tylenol^{MD}, Advil^{MD}, AAS, etc.)? oui non

Avez-vous eu de la toux? oui non

Avez-vous eu des difficultés respiratoires? oui non

Avez-vous eu d'autres symptômes? Si oui, les décrire : _____ oui non

Évaluation : contact asymptomatique ➔ l'informer des recommandations et faire le suivi (Grille de suivi)
 contact symptomatique ➔ s'assurer que les échantillons soient prélevés et envoyés au LSPQ (voir la section « Prise en charge des personnes faisant l'objet d'une enquête et des cas probables ou confirmés »)

Évaluateur : _____ Date : _____ / _____ / _____
A M J

Grille de suivi d'un contact de MERS-CoV

Recommandations

- Résider à un endroit où les soins de santé sont facilement accessibles
- Informer la Direction de santé publique de tout déplacement et de l'apparition de symptômes
- Autosurveillance quotidienne
- Suivi assuré par la Direction de santé publique tous les jours

Période d'observation

Date de fin de la période : ___/___/___
A M J

N. B. Cette date correspond à une période de quatorze jours suivant la date du dernier contact infectieux avec le cas.

Date du suivi (A/M/J)	Heure de l'appel	Température		Toux		Difficultés respiratoires		Autres symptômes (description)	Intervenant
		Date	Heure	Oui	Non	Oui	Non		
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									

Commentaires/Notes d'évolution
