

Détection précoce des infections respiratoires sévères ou émergentes grâce à la surveillance des maladies respiratoires sévères (MRS)

Période de post-éclosion du SRAS/Période d'alerte au MRS

1.0 Historique :

Le 14 août 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré des directives relatives aux alertes, à la vérification et à la gestion de la santé publique du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à suivre au cours de la période de post-éclosion du SRAS (voir le site <http://www.OMS.int/csr/SRAS/postoutbreak/en/>). Les 10 et 11 septembre 2003, Santé Canada a animé une réunion internationale d'experts pour discuter de surveillance renforcée et de définitions de cas. Lors de la réunion, il a été convenu que les pays individuels, particulièrement les pays développés, doivent adapter les recommandations de l'OMS sur les alertes au SRAS en fonction de leur propre évaluation des risques, de leurs besoins en ressources et de leur expérience.

Depuis octobre 2003 (et voire plus tôt), des éclosions de l'influenza aviaire affectant la volaille dans plusieurs pays asiatiques, y compris chez les humains au Viêt-nam et en Thaïlande, ont souligné l'importance d'une vigilance accrue des maladies respiratoires sévères (MRS) d'importance potentielle pour la santé publique. Les recommandations et les directives pour une surveillance accrue des MRS dans ce document ont été élaborées en fonction du SRAS tout en ciblant une certaine flexibilité en vue d'inclure d'autres maladies respiratoires sévères, y compris le syndrome grippal (SG) sévère (SG sévère), voir les définitions à la section 4.1.

Bien que l'avenir du SRAS soit incertain, les leçons tirées tant du SRAS que de l'influenza de type A (H5N1) chez les humains, ont souligné l'importance de la planification préparatoire et de l'infrastructure de la surveillance pour la détection et la surveillance des infections respiratoires émergentes. En s'appuyant sur l'expérience canadienne, le cadre de référence du Groupe de travail sur la surveillance de l'influenza pandémique a été revu pour y inclure le SRAS et d'autres infections respiratoires. Le nouveau groupe de travail sur la surveillance, renommé le Comité de surveillance des infections respiratoires (CSIR) a été chargé d'assumer ce rôle. À cette fin, le CSIR recommande la surveillance des cas sporadiques de maladie respiratoire sévère (MRS), y compris le syndrome grippal sévère (SG sévère) dans les établissements de soins aigus, en plus d'une surveillance des grappes de MRS nosocomiales dans certains (sentinelles) des établissements de soins aigus. Ces recommandations sont en accord avec celles de l'OMS citées précédemment, à l'égard du SRAS, mais ont été adaptées au contexte canadien et ont été étendues afin d'inclure les autres maladies respiratoires émergentes qui sont importantes pour la santé publique.

Le document qui suit est destiné aux besoins de la santé publique et il établit en détail les buts, les objectifs, les méthodes et le signalement d'une surveillance renforcée des MRS par le biais d'un système d'alerte. Ces recommandations ont été élaborées grâce à un processus consensuel entre les provinces et les territoires par le biais du CSIR. Les hôpitaux devraient consulter leur province/territoire en ce qui concerne les protocoles de surveillance spécifiques en usage dans leur juridiction.

Bien que les juridictions puissent choisir, en fonction de leur propre évaluation des risques et de leur expérience, d'augmenter la sensibilité de la surveillance (c.-à-d. en augmentant les tranches

de temps, en augmentant l'étendue géographique d'une zone perçue comme à risque de réémergence ou en diminuant le nombre minimum d'individus définissant une grappe), pour les besoins de la notification nationale, les standards minimaux définissant une alerte déclarable à l'échelle nationale sont présentés aux sections 4.0, 4.1 et 4.2.

2.0 But :

Prévenir les épidémies et les éclosions à grande échelle d'infections respiratoires associées à une morbidité et à une mortalité accrues, par l'établissement d'une surveillance continue des infections respiratoires sévères ou émergentes et par la mise en œuvre rapide de mesures de prévention et de contrôle.

3.0 Objectifs :

- Détecter, en temps utile, une morbidité et une mortalité exceptionnellement sévères causées par des pathogènes respiratoires tant inconnus que connus (ex. influenza, coronavirus associé au SRAS [CoV-SRAS]) qui ont le potentiel de causer des épidémies à grande échelle ou des pandémies.
- Fournir un avertissement précoce ou détecter rapidement les nouveaux cas possibles de SRAS ou autres infections respiratoires émergentes émanant d'une zone potentielle d'émergence ou de réémergence du SRAS ou d'un nouveau virus de l'influenza. Pour le CoV-SRAS, cette zone de réémergence comprend la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la Zone administrative spéciale de Hong Kong.
- Fournir un mécanisme d'avertissement précoce pour que les mesures de contrôle disponibles puissent être mises en œuvre au moment voulu afin de minimiser la transmission.
- Assurer que les systèmes qui conviennent sont en place pour détecter des grappes de cas de SRAS, tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (c.-à-d. le système d'alerte du SRAS).

4.0 Méthodes :

Au cours de la période de surveillance accrue pour le SRAS et les autres infections respiratoires émergentes, y compris le SG sévère, il est proposé que chacune des juridictions mette en œuvre, au minimum, une surveillance des personnes hospitalisées présentant une MRS, y compris les maladies s'apparentant au SRAS, le SG sévère et les autres maladies respiratoires émergentes pas encore diagnostiquées (PED) qui ont une ou plusieurs expositions, tel que spécifié dans la définition. De plus, il est recommandé qu'une surveillance sentinelle, au sein des hôpitaux pour les groupes nosocomiaux de MRS liés à une unité de soins de santé, soit effectuée au minimum dans des hôpitaux choisis (sentinelles) tel que spécifié dans la section 4.2. Toutefois, la portée et la mise en œuvre de ces activités de surveillance doivent être déterminées par les provinces et les territoires (PT). Certaines juridictions peuvent choisir d'étendre la surveillance de groupes nosocomiaux à des hôpitaux additionnels en fonction de l'évaluation de risque et de la disponibilité des ressources.

Il est conseillé que les juridictions, considérées comme étant des « Régions nodales » (voir ci-dessous) en fonction d'une expérience antérieure avec le SRAS, ou qui accueillent de façon continue un grand nombre de personnes provenant des zones potentielles d'émergence/réémergence, puissent envisager de mettre en œuvre une surveillance additionnelle du syndrome de détresse respiratoire aiguë pas encore diagnostiqué (SDRA-PED) et une surveillance accrue ou des études spéciales, tel qu'identifié par l'OMS (<http://www.OMS.int/csr/SRAS/postoutbreak/en/>).

Zones potentielles d'émergence/réémergence

Actuellement, selon l'opinion d'expert, la Chine (incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la Région administrative spéciale de Hong Kong), est considérée comme la zone de réémergence potentielle du CoV-SRAS. Il est également considéré comme étant très probable que les nouveaux virus de l'influenza proviennent de cette zone.

Lors de la détection de tout pathogène émergent ou réémergent au niveau international, y compris les nouveaux virus de l'influenza (par ex., H5N1), les « zones potentielles d'émergence/réémergence » seront examinées et mises à jour au besoin. Pour obtenir la dernière liste des pays impliqués, se référez au tableau : « Zone potentielle d'émergence/réémergence » à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/h5n1/index.html>.

Régions nodales

Actuellement, selon l'opinion d'expert, une région nodale est une région qui a connu précédemment une transmission locale soutenue du SRAS ou qui a reçu de grands nombres de personnes provenant de la zone potentielle de réémergence du CoV-SRAS. Au Canada, cette région inclurait la région du Grand Toronto et Vancouver.

Dans la même veine, les juridictions peuvent choisir d'appliquer le concept des « régions nodales » à d'autres infections respiratoires émergentes en vue de prioriser les activités additionnelles de surveillance accrue (par ex., la surveillance pour le SDRA-PED) à des régions canadiennes qui reçoivent un grand nombre personnes provenant de zones potentielles d'émergence d'autres infections respiratoires émergentes au potentiel pandémique (y compris les nouveaux virus de l'influenza). Référez au tableau 1 : « Régions de la zone d'émergence/réémergence du SRAS et de l'influenza aviaire (H5N1) » à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/h5n1/index_f.html] pour une liste à jour des régions actuellement touchées.

Alertes de MRS

L'Alerte de MRS est une définition opérationnelle qui a été élaborée par l'OMS et modifiée par le CSIR pour s'assurer que les individus rencontrant des critères spécifiques soient identifiés de façon systématique afin de permettre la mise en œuvre des mesures de contrôle de l'infection et de santé publique qui conviennent jusqu'à ce que le SRAS ou un autre pathogène émergent, y compris un nouveau virus de l'influenza, soit écarté comme cause. Toutes les « Alertes de MRS » doivent être signalées à Santé Canada.

Les alertes de MRS incluent :

- I. Les personnes ayant un lien épidémiologique potentiel, qui sont hospitalisées et atteintes d'une MRS, y compris une maladie apparentée au SRAS, le SG sévère ou d'autres maladies respiratoires émergentes-PED (voir la section 4.1)
- II. Les grappes de maladie respiratoire sévère (MRS) dans une unité de soins de santé¹ dans un établissement de soins de santé pour malades aigus (voir la section 4.2)
- III. Toute personne dont les résultats de laboratoire témoignent d'une infection au CoV-SRAS (voir le document du *Réseau de laboratoires de santé publique canadien (RLSPC) : Preuve en laboratoire d'une infection par le CoV-SRAS* au cours de la période de post-éclosion du SRAS) à l'adresse : www.sars.gc.ca.

¹ La définition d'unité de soins de santé dans laquelle la grappe se manifeste dépendra de la situation locale. La taille de l'unité pourrait aller d'un établissement de soins de santé entier s'il est de petite taille, à un seul service ou à une seule salle commune d'un grand hôpital de soins tertiaires. Une instance peut décider d'augmenter la période minimale de définition d'une grappe au-delà de 10 jours, selon sa propre évaluation des risques et son expérience.

- IV. Toute personne souffrant d'une infection au virus de l'influenza de type A (H5N1) confirmée par un laboratoire ou une autre infection par un nouveau virus de l'influenza.

4.1 Surveillance des personnes ayant un lien épidémiologique potentiel qui sont hospitalisées et atteintes d'une MRS

Il est recommandé que toutes les provinces et tous les territoires mettent en œuvre, au moins, une surveillance en milieu hospitalier pour les cas sporadiques de MRS, telle une maladie apparentée au SRAS et un **SG sévère**² en employant la définition de cas suivante.

Une personne **admise à l'hôpital** et présentant des :

Symptômes respiratoires, c.-à-d. :

- Fièvre (supérieure à 38 degrés Celsius) **ET** toux ou difficulté à respirer

ET signes radiographiques correspondant à une MRS, c.-à-d. :

- Signes radiographiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au syndrome de détresse respiratoire (SDR).
- **SG sévère**² peut également comprendre des complications telles que l'encéphalite ou autre complications sévères mettant la vie en danger.

ET AUCUN autre diagnostic au cours des 72 premières heures³ **d'hospitalisation, c.-à-d. :**

- Les résultats des investigations préliminaires cliniques et/ou de laboratoire, **au cours des 72 premières heures**² d'hospitalisation, ne peuvent établir avec précision un diagnostic (c.-à-d., le SRAS ou un autre pathogène respiratoire émergent ne peut pas être exclu). Voir le [Protocole d'investigation de laboratoire sur le CoV-SRAS au cours de la période de post-éclosion du SRAS et le document du RLSPC : Essais de laboratoire pour les patients atteints de pneumonie atypique sévère à l'adresse : \[www.sars.gc.ca\]\(http://www.sars.gc.ca\)](#) (PÉRIODE DE POST-ÉCLOSION).

ET une ou plusieurs des expositions/affections suivantes, c.-à-d. :

Résidence, visite ou voyage récent dans une zone potentielle d'émergence/réémergence du SRAS et de l'influenza aviaire (H5N1) à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/h5n1/index.html> ; OU contact étroit (incluant ceux des prestataires de soins de santé) avec une personne symptomatique⁴ **qui est allée dans une zone potentielle d'émergence/réémergence au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes.**

- La personne admise est un travailleur de laboratoire qui manipule du CoV-SRAS vivant

² **La définition du syndrome grippal (SG)** pour la population en général (définition nationale de cas dans FluWatch) comprend ce qui suit : Apparition soudaine d'une maladie respiratoire avec fièvre et toux accompagnée d'un ou de plusieurs des symptômes suivants - mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration - qui pourraient être attribuables au virus de l'influenza. Chez les enfants de < 5 ans, des symptômes gastro-intestinaux peuvent également se manifester. Chez les patients de < 5 ans ou de > 65 ans, il est possible que la fièvre ne soit pas très importante.

En plus des symptômes de SG cités ci-dessus, le **SG sévère** peut comprendre des complications telles que : la pneumonie, le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), l'encéphalite et d'autres complications sévères mettant la vie en danger.

³ L'investigation en laboratoire incluant les épreuves de laboratoires pour l'influenza et d'autres pathogènes respiratoires) doit être effectuée immédiatement dès que le patient se présente (c.-à-d. ne pas attendre 72 heures pour commencer les tests). Les épreuves sur le CoV-SRAS ne doivent pas être commencées dans les 72 heures (voir le Protocole d'investigation de laboratoire sur le CoV-SRAS au cours de la période de post-éclosion du SRAS). Demande également une action immédiate de contrôle de l'infection et de santé publique, voir les directives appropriées.

⁴ Les symptômes correspondant à ceux du SRAS incluent au moins la fièvre et la toux ou la difficulté à respirer. Une instance peut décider d'inclure, en fonction de sa propre évaluation des risques et de son expérience, seulement les contacts des voyageurs de retour gravement malades (c.-à-d. personnes présentant des signes radiographiques correspondant à ceux du SRAS).

OU

Une personne décédée ayant présenté :

Une histoire de symptômes respiratoires, c.-à-d. :

- Histoire de maladie respiratoire aiguë inexpliquée (incluant fièvre et toux ou difficulté à respirer) résultant en un décès

ET une autopsie effectuée et ayant trouvé des résultats correspondant à une MRS, c.-à-d. :

- Résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDR sans cause identifiable

ET une ou plusieurs des expositions/affections suivantes, c.-à-d.:

- Résidence, visite ou voyage récent dans une **zone potentielle d'émergence/réémergence** du SRAS ou d'un nouveau virus de l'influenza [Référez au tableau 1 : « Régions de la zone d'émergence/réémergence du SRAS et de l'influenza aviaire (H5N1) » à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/h5n1/index_f.html] **OU** un contact étroit (incluant ceux des prestataires de soins de santé) avec une personne symptomatique³ qui est allée dans une zone potentielle d'émergence/réémergence au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes.
- La personne décédée est un travailleur de laboratoire qui manipule du CoV-SRAS vivant

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Une personne doit être exclue si un autre diagnostic peut expliquer **entièrement** sa maladie.

4.2 Surveillance des grappes de maladie respiratoire sévère (MRS) dans une unité de soins de santé¹ dans un établissement de soins de santé pour malades aigus

Il est recommandé que toutes les provinces et tous les territoires mettent en œuvre, avec le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), une surveillance sentinelle des grappes (décrites ci-dessous) de MRS dans une unité de soins de santé et de vérifier la présence de ces grappes de SRAS, d'influenza et d'autres pathogènes respiratoires (voir le *Protocole d'investigation de laboratoire sur le CoV-SRAS au cours de la période de post-éclosion du SRAS*) à l'adresse : www.sars.gc.ca (PÉRIODE DE POST-ÉCLOSION).

Le milieu le plus susceptible de détecter la réémergence du SRAS ou d'autres infections respiratoires émergentes sévères au Canada est celui des établissements de soins de santé pour malades aigus où se présentent habituellement les personnes atteintes d'une MRS. Il est très improbable que des cas soient tout d'abord identifiés dans un établissement de soins de longue durée (SLD) parce que les établissements de SLD sont pour la plupart des milieux fermés comportant une population assez stable qui a relativement peu de contact avec la population générale.

Pour les besoins de la surveillance, une grappe est considérée comme étant une **maladie nosocomiale** chez **2 travailleurs de la santé ou plus** ou chez **3 personnes ou plus** (travailleurs de la santé et/ou autre personnel de l'hôpital et/ou patients et/ou visiteurs) **dans une unité de soins de santé¹** dont l'apparition s'est faite au cours de la même période de 10 jours⁵ et avec :

Des symptômes respiratoires, c.-à-d. :

- Fièvre (supérieure à 38 degrés Celsius) **ET** toux ou difficulté à respirer

⁵ Une instance peut décider d'augmenter la période minimale de définition d'une grappe au-delà de 10 jours, selon sa propre évaluation des risques et son expérience.

ET admise à l'hôpital

ET présentant des signes radiographiques OU des résultats d'autopsie correspondant à une MRS, c.-à-d.:

- Signes radiographiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au syndrome de détresse respiratoire (SDR), **OU**
- Résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDR sans cause identifiable.

ET pas d'autre diagnostic au cours des premières 72 heures²

- Les résultats des investigations préliminaires cliniques et/ou de laboratoire, au cours des premières 72 heures² d'hospitalisation, ne peuvent établir avec précision un diagnostic (c.-à-d. le SRAS ou un autre pathogène respiratoire émergent ne peut pas être exclus). Voir le *Protocole d'investigation de laboratoire sur le CoV-SRAS au cours de la période de post-éclosion du SRAS*, à l'adresse : www.sars.gc.ca (PÉRIODE DE POST-ÉCLOSION).

4.3 Autre surveillance renforcée et/ou études spéciales : Vigilance continue envers le syndrome de détresse respiratoire aiguë pas encore diagnostiqué (SDRA-PED)

Les provinces et les territoires, particulièrement ceux qui reçoivent un grand nombre de personnes provenant des zones potentielles d'émergence/réémergence (c.-à-d. les régions nodales de SRAS ou les régions affectées par des nouveaux virus de l'influenza), peuvent envisager d'effectuer une surveillance du SDRA dont la cause est inconnue et d'enquêter sur ces cas pour vérifier la présence de SRAS et d'influenza, y compris avec les épreuves de laboratoires recommandés pour le CoV-SRAS ou d'autres pathogènes respiratoires potentiels émergents (voir *le Réseau de laboratoires de santé publique canadien (RLSPC) Essais en laboratoire pour les patients affectés par une maladie respiratoire sévère (MRS) pas encore diagnostiquée (PED)*, Surveillance pilote/sentinelles dans les régions nodales, à l'adresse : www.sars.gc.ca (PÉRIODE DE POST-ÉCLOSION).

5.0 Déclaration nationale proposée⁶ des résultats de la surveillance des infections respiratoires sévères ou émergentes

Il est proposé que toutes les provinces et tous les territoires fassent rapport au CPCMI de Santé Canada, des choses suivantes :

- **Systemes de surveillance** : le type et la portée des systèmes de surveillance qui ont été mis en œuvre pour les infections respiratoires sévères ou émergentes dans les provinces/territoires (déclarer tout changement au besoin).
- **Hospitalisations pour cause de MRS** : Toutes les personnes admises à l'hôpital et répondant à la définition de MRS (y compris les maladies apparentées au SRAS, le SG sévère ou d'autres maladies respiratoires émergentes-PED ayant un facteur de lien ou de risque épidémiologique).
- **Grappes de MRS** : toutes les grappes de MRS dans des établissements de soins de santé pour malades aigus.
- **Infections du CoV-SRAS** : toutes les personnes qui présentent des résultats de laboratoire témoignant d'une infection au CoV-SRAS (voir le document du RLSPC : *Preuve en laboratoire d'une infection par le CoV-SRAS* au cours de la période de post-éclosion du SRAS, à l'adresse : www.sars.gc.ca).

⁶ La déclaration en temps réel sera introduite comme un pilote et elle sera réévaluée lorsque l'on connaîtra les implications en terme de ressource et de fréquence optimale de rapport.

- **Cas confirmés et probables de SRAS** : toute personne qui rencontre la définition nationale de cas confirmé ou probable de SRAS (voir les Définitions nationales de cas de SRAS, à l'adresse : www.sars.gc.ca, dans la section sur le SRAS, par ex., la période de post-éclosion, si et lorsque le SRAS ré-émerge.
- **Infection de l'influenza A (H5N1) ou une infection par un nouveau virus de l'influenza confirmée par les laboratoires.**

6.0 Limitations

6.1 Surveillance et intervention au cours de la période d'alerte de MRS

Le but du présent document est de souligner les définitions minimales de la surveillance et d'établir des normes servant à la déclaration nationale des MRS au cours de la *période d'alerte de MRS*.

6.2 Utilisation des définitions de la surveillance

Les définitions de la surveillance sont des outils de santé publique conçus à des fins de surveillance. Ils établissent certains critères qui, lorsqu'ils sont rencontrés, peuvent mener au signalement d'un phénomène de santé à la santé publique ou à son inclusion dans une analyse des éclosions, *de façon cohérente*. De façon typique, il existe plusieurs catégories de définitions pour un phénomène de santé. Elles peuvent être fondées sur des critères cliniques, diagnostiques, de laboratoire et/ou épidémiologiques.

Les définitions sont choisies de façon à représenter un équilibre convenable entre la sensibilité (identification correcte des vrais phénomènes) et la spécificité (exclusion correcte des faux phénomènes). L'équilibre adéquat entre ces deux caractéristiques peut varier lors des différentes phases d'une période d'éclosion ou entre les instances, selon qu'elles sont affectées ou non par une éclosion.

Les définitions de la surveillance ne sont pas conçues pour être utilisées pour le diagnostic clinique ou la gestion des individus/phénomènes. Pour répondre à ces besoins, il faudra des descriptions cliniques, des outils de diagnostic ou des algorithmes, ainsi que des directives servant à la prise de décisions. Des individus peuvent rencontrer une définition de la surveillance, mais il est possible qu'ils ne soient pas jugés, en fonction des bases cliniques, d'être atteints de la maladie ou vice versa. Cela est particulièrement vrai si les symptômes de la maladie sont légers ou atypiques. En raison de l'équilibre entre la sensibilité et la spécificité et de la nature arbitraire des définitions de la surveillance, il n'est pas possible d'inclure toutes les manifestations possibles d'une maladie dans une définition de cas. Les définitions de la surveillance assurent que toutes les instances comptent les phénomènes morbides de manière systématique afin de permettre de faire des comparaisons et des analyses de tendances

7.0 Limiter les tests pour le SRAS trop approfondis, tout en assurant une administration appropriée de tests lorsque cela est justifié

- L'administration appropriée de tests sur des pathogènes respiratoires courants doit être renforcée
- Les tests sur le CoV-SRAS doivent être limités aux indications spécifiques figurant dans le *Protocole d'investigation de laboratoire sur le CoV-SRAS au cours de la période de post-éclosion du SRAS*, à l'adresse : www.sars.gc.ca (PÉRIODE DE POST-ÉCLOSION).
- Les alertes de SRAS/MRS 4.1/4.2 devraient inciter les cliniciens à se dire « Penser, dire et tester », SEULEMENT LORSQUE CELA CONVIENT.
 - **Penser** à la possibilité de SRAS
 - **Dire** au bureau local de santé
 - **Tester** la présence de CoV-SRAS seulement après une consultation appropriée

- L'élaboration et la mise en œuvre d'un système de suivi des cas sont recommandées afin d'assurer la liaison rapide des données de laboratoire et épidémiologiques tout en fournissant un mécanisme pratique pour contrôler/limiter les tests effectués sur le SRAS. (Voir le *Protocole d'investigation de laboratoire sur le CoV-SRAS : Au cours de la période de post-éclosion du SRAS*, à l'Annexe A : Formulaire de suivi des cas pour les essais de CoV-SRAS au cours de la période de post-éclosion du SRAS, à l'adresse : www.sars.gc.ca (PÉRIODE DE POST-ÉCLOSION)).

8.0 Priorisation des essais de CoV-SRAS

- Les essais pertinents pour les pathogènes respiratoires habituels devraient être renforcés.
- Toute difficulté à identifier des virus devrait être transmise immédiatement au Laboratoire national de microbiologie (LNM) de Winnipeg.
- Les laboratoires devraient s'assurer que les spécimens sont acheminés de la manière la plus rapide possible et que tous les échantillons ayant **une histoire positive de voyage, une présentation sévère et imprévue ou** une note indiquant **une épidémiologie inhabituelle** sont expédiés immédiatement au LNM (ne pas regrouper ces spécimens pour un envoi en lots) pour un sous-typage ou une identification, le cas échéant.