

PLEINS FEUX SUR

Infection à virus Nipah



Date de publication : Mars 2026

Introduction

Le présent document se penche sur l'émergence, l'épidémiologie et le tableau clinique de l'infection à virus Nipah.

Santé publique Ontario (SPO) a élaboré ce document « Pleins feux sur » afin de sensibiliser les partenaires de santé publique et les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario à l'infection à virus Nipah. Cette ressource a été conçue dans la foulée des cas signalés en Inde en janvier 2026.

Messages clés

- L'infection à virus Nipah est une maladie virale zoonotique associée à la consommation d'aliments contaminés par des animaux infectés (dont les chauves-souris frugivores qui en sont les hôtes naturels) ou au contact direct avec des animaux infectés dans les régions endémiques de l'Asie du Sud et du Sud-Est. Lors des écloisons précédentes, la transmission de personne à personne a été documentée, y compris aux membres de la famille et aux prestataires de soins d'une personne infectée, et, plus rarement, dans des établissements de soins de santé, à la suite de contacts étroits avec une personne infectée ou ses liquides corporels.

- Il n'existe aucun traitement ou vaccin approuvé pour l'infection à virus Nipah, et le virus a un taux de létalité élevé qui se situe entre 40 et 75 %.
- Quoique le virus Nipah ne se transmette pas facilement d'une personne à l'autre, il s'agit d'un agent pathogène prioritaire qui exige une identification et une gestion rapides des cas soupçonnés et des contacts étroits.
- Les personnes qui vivent ou se déplacent dans les régions endémiques ainsi que les travailleurs de la santé qui prodiguent des soins aux cas soupçonnés devraient adopter des mesures de prévention pour éviter d'être infectés.
- Si l'infection à virus Nipah chez les humains n'est pas à l'heure actuelle une maladie à déclaration obligatoire importante sur le plan de la santé publique en Ontario, son tableau clinique (p. ex., l'encéphalite) peut l'être. Les cas soupçonnés ou confirmés chez les animaux doivent immédiatement être déclarés à l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA). Aucun cas d'infection à virus Nipah n'a été signalé chez un humain ou un animal au Canada.

Contexte

Le virus Nipah (*Henipavirus nipahense*), un paramyxovirus zoonotique, est la cause de l'infection à virus Nipah chez les humains et les animaux. On croit que c'est en 1996 qu'un premier être humain a été infecté par ce virus, mais la plupart des cas initiaux ont été identifiés en 1998-1999 durant une éclosion qui a touché les éleveurs de porcs et d'autres villageois en Malaisie, où 256 cas ont été recensés, desquels 105 sont décédés, alors qu'en 1999, 11 personnes travaillant dans un abattoir à Singapour ont contracté une infection à virus Nipah après avoir été en contact avec des porcs en provenance de la Malaisie^{1,2}. Dans ces deux situations, il semblerait que la transmission soit survenue à la suite d'une exposition sans protection aux sécrétions ou aux tissus de porcs infectés par le virus³. Le virus Nipah est par la suite apparu au Bangladesh, où huit éclosions ont été recensées entre 2001 et 2008, pour un total de 120 cas et un taux de létalité de 75 %¹. En Inde, pendant la même période, il y a eu deux éclosions auxquelles ont été associés 70 cas et un taux de létalité de 70 %¹. Contrairement à la première éclosion en Malaisie, on pense que les porcs n'étaient pas l'hôte intermédiaire du virus pendant les éclosions au Bangladesh ou en Inde, pour lesquelles des données probantes portent à croire que le virus a principalement été transmis de personne à personne, ou par voie alimentaire lors de la consommation de jus de fruits ou de sève de palmier dattier contaminés par l'urine ou la salive de chauves-souris frugivores infectées^{1,3}.

Le 26 janvier 2026, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été avisée que deux cas d'infection à virus Nipah confirmés en laboratoire avaient été identifiés dans le Bengale-Occidental, en Inde⁴, et qu'il s'agissait de professionnels de la santé travaillant dans le même hôpital⁴. En date du 30 janvier 2026, plus de 190 contacts avaient été identifiés et fait l'objet de tests, dont aucun n'a permis de détecter une infection à virus Nipah. La source de l'exposition n'a pas encore été identifiée⁴. Bien que la maladie causée par le virus Nipah puisse toucher les humains et les animaux, elle n'est pas à l'heure actuelle une maladie à déclaration obligatoire en Ontario, mais son tableau clinique (p. ex., l'encéphalite) peut l'être⁵. Toutefois, au Canada, les cas d'infection à virus Nipah chez les animaux doivent être déclarés, et les laboratoires sont tenus d'aviser l'Agence canadienne d'inspection des aliments s'ils soupçonnent ou confirment qu'un animal est infecté par le virus⁶. À ce jour, le virus Nipah n'a jamais été détecté chez un animal ou un humain au Canada^{6,7}.

Méthodologie

Le 28 janvier 2026, une recherche documentaire a été effectuée dans PubMed en utilisant l'expression clé « Nipah virus ». Les dossiers pertinents en anglais, évalués par les pairs ou non, qui décrivaient le virus Nipah et son épidémiologie ont été inclus. La recherche s'est concentrée sur les renseignements épidémiologiques pertinents pour l'Ontario.

Une recherche de l'information disponible provenant d'organismes de santé nationaux et internationaux dans la littérature grise, dont les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, l'OMS et la Health Security Agency du Royaume-Uni (UKHSA), a également été réalisée pour repérer les orientations et les ressources pertinentes en matière de santé publique et de contrôle des infections.

Résultats

Virologie

Le virus Nipah est un virus zoonotique à ARN simple brin à sens négatif, de la famille *Paramyxoviridae*, appartenant au genre *Henipavirus*^{8,9}. Parmi les autres virus pathogènes de la même famille, mentionnons le virus Hendra (HeV), le virus de la rougeole, le virus des oreillons et le virus parainfluenza humain. Ce virus, qui a été nommé *Henipavirus nipahense* en référence à la région de la Malaisie où les premiers cas humains ont été identifiés, est la cause de l'infection à virus Nipah chez les humains¹.

L'OMS a classé le virus Nipah comme pathogène prioritaire nécessitant urgemment de la recherche et des mesures de développement en raison de son potentiel épidémique, la transmission des animaux aux humains et de personne à personne ayant été documentée lors d'éclotions précédentes^{10,11}. Les CDC des États-Unis et le gouvernement du Canada ont tous deux déterminé que le virus Nipah est un agent biologique susceptible de poser une grave menace pour la santé humaine et animale^{6,12,13}.

Deux lignées génétiques majeures du virus Nipah ont été identifiées par séquençage du génome entier : NiV Bangladesh (NiV-B, qu'on retrouve au Bangladesh et en Inde) et NiV Malaisie (NiV-M; qu'on retrouve en Malaisie)¹⁴. Bien que l'homologie de séquences entre ces deux souches s'établisse à 91,8 %¹⁵, des études antérieures ont fait état de différences épidémiologiques entre elles; chez les personnes infectées par NiV-B, la période d'incubation était plus courte, l'infection plus grave (symptômes neurologiques graves et détresse respiratoire grave) et le taux de létalité plus élevé (70 à 90 % par rapport à 40 % pour NiV-M) comparativement aux personnes infectées par NiV-M¹⁵⁻¹⁷.

Épidémiologie

Les chauves-souris frugivores (genus *Pteropus*), aussi appelées roussettes, sont les hôtes naturels du virus Nipah, et les chauves-souris porteuses du virus ne présentent aucun signe d'infection^{1,6,18,19}. On trouve des chauves-souris frugivores en Asie, dans la région du Pacifique Sud et en Australie²⁰. Les cas d'infection humaine par le virus Nipah sont rares, mais les humains et d'autres animaux (y compris les porcs, les chiens, les chats, les chèvres et les chevaux) peuvent contracter le virus s'ils ont des contacts étroits avec un animal infecté ou ses liquides corporels⁶. Des éclotions de virus Nipah ont déjà été signalées au Bangladesh, en Inde, en Malaisie, aux Philippines et à Singapour²⁰. Bien qu'aucune éclotion n'ait été déclarée en Malaisie depuis 1999, de nouveaux cas sont régulièrement signalés en Inde et au Bangladesh, et des éclotions sont déclarées presque chaque année au Bangladesh depuis que la maladie a initialement été détectée dans le pays en 2001³. On estime qu'à l'échelle mondiale, il y a eu 754 cas

d'infection à virus Nipah, dont plus de 435 décès, depuis que la maladie a été détectée pour la première fois, la plupart en Asie du Sud-Est¹⁸.

Les porcs ont joué un rôle lors des éclosions précédentes en agissant comme hôtes de transmission intermédiaires et primaires du virus, l'infection étant transmise des chauves-souris aux porcs à la suite de la consommation de fruits contaminés, puis des porcs aux êtres humains^{1,18,21}. Les éclosions les plus récentes mettaient en cause la transmission directe ou indirecte du virus des chauves-souris aux humains, notamment à la suite de la consommation de fruits ou de produits de fruits contaminés par l'urine ou la salive de chauves-souris frugivores infectées, ou la transmission de personne à personne^{3,21,22}. Celle-ci survient habituellement à la suite de contacts étroits directs ou indirects avec le sang et les liquides corporels d'une personne infectée (y compris avec un cas après son décès, ou avec ses vêtements ou sa literie contaminés). Lors d'éclosions antérieures, on a observé des cas de transmission dans des établissements de soins de santé et, plus couramment, à des membres de la famille ou à des prestataires de soins de personnes infectées^{3,18,20}.

Au Bangladesh et en Inde, les cas individuels et les éclosions d'infection à virus Nipah coïncident avec la saison de la récolte de la sève de palmier dattier, la plupart des cas survenant entre novembre et mars^{17,18}. Les sites de récolte peuvent être contaminés par la salive ou l'urine de chauves-souris frugivores et, si la sève est consommée par des humains sans être traitée, ceux-ci risquent de contracter une infection à virus Nipah¹⁸. Bien qu'on ne retrouve aucune espèce de chauve-souris frugivore en Ontario ni ailleurs au Canada, les résidents de l'Ontario peuvent être exposés au virus lorsqu'ils se rendent en Asie du Sud-Est, en particulier s'ils sont en contact avec des porcs dans le cadre de leur travail ou consomment des fruits ou des produits à base de fruits crus (non traités) comme la sève de palmier dattier crue ou partiellement fermentée⁶.

À l'heure actuelle, on ne sait pas combien de temps le virus peut survivre dans les liquides corporels d'un humain ou d'un animal infecté, ou encore dans l'environnement, y compris sur les fruits contaminés^{2,6}. Dans le cadre d'une étude précédente, l'ARN du virus Nipah pouvait être détecté pendant un maximum de 12 jours dans le liquide cébrospinal (LCS) et de 20 jours dans les écouillons de gorge; il a été détecté le plus souvent dans le sérum entre les 4^e et 10^e jours suivant l'apparition de la maladie, et on a observé une variabilité de la positivité des tests PCR parmi d'autres types d'échantillons²³. En règle générale, la présence de l'ARN du virus Nipah était la plus manifeste durant les 10 premiers jours de la maladie, après quoi elle s'atténuait graduellement jusqu'à devenir indétectable²³. On ignore si le virus peut être transmis lors de rapports sexuels; l'ARN du NiV a été détecté dans le sperme d'un cas, mais la viabilité du virus dans le sperme n'est pas connue et aucun exemple de transmission du virus par voie sexuelle n'a été observé à ce jour²⁴. Dans des conditions de laboratoire, on estime que le virus Nipah peut survivre jusqu'à 7 jours dans des jus de fruits ou la sève de palmier dattier synthétique à une température de 22 °C, et il peut être inactivé s'il est chauffé à une température de 100 °C pendant plus de 15 minutes¹⁸.

Facteurs de risque d'infection

Les contacts avec des chauves-souris frugivores ou leur environnement, des porcs ou d'autres hôtes intermédiaires éventuels du virus constituent un risque d'exposition pour les personnes qui voyagent, vivent ou travaillent dans des régions où le virus est endémique^{19,24}. Les personnes qui se déplacent dans des régions endémiques devraient être encouragées à éviter tout contact avec les chauves-souris frugivores et leur environnement, ainsi qu'avec les animaux qui semblent malades, y compris les porcs et les autres animaux d'élevage²⁴. Ces voyageurs devraient aussi s'abstenir de consommer des fruits crus non lavés ou des produits à base de fruits qui peuvent avoir été contaminés par des animaux, dont la sève de palmier dattier crue ou partiellement fermentée²⁴.

On dispose de données limitées concernant la durée de la transmissibilité du virus Nipah. On suppose généralement que les personnes infectées par le virus Nipah sont contagieuses jusqu'à 21 jours après l'apparition des symptômes (compte tenu de la durée de la détectabilité de l'ARN viral dans les écouvillons de bouche et de gorge et d'autres types d'échantillons)^{17,23}, la transmission à d'autres personnes étant associée à des contacts étroits, ainsi qu'à des contacts avec le sang et d'autres liquides corporels infectieux, dont les sécrétions respiratoires¹⁷. Le virus pénètre dans l'organisme par voie oronasale, et les fortes concentrations d'antigènes viraux observées dans les tissus respiratoires et lymphoïdes des patients infectés indiquent que la réplication virale initiale se produit probablement dans ces tissus, tandis que la réplication secondaire a lieu dans l'épithélium²⁵. Le non-respect des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), y compris sur le plan du choix et de l'utilisation de l'équipement de protection individuelle approprié (ÉPI [masque médical, respirateur N95 bien ajusté et étanche, gants, blouse et protections oculaires]), des pratiques de nettoyage et de désinfection ainsi que d'hygiène des mains peut accroître le risque de transmission dans les établissements de soins de santé, y compris par l'intermédiaire de matières contaminées^{3,7,24,26}.

Manifestations cliniques et gravité de la maladie

Chez les êtres humains, la gravité des symptômes va d'« asymptomatique » (jusqu'à 11 % des cas), puis de « légers » puis « graves »^{3,17,18,20}. Comme les symptômes initiaux sont non spécifiques, il est difficile de distinguer le virus Nipah des autres causes d'encéphalite ou de pneumonie sans test de confirmation³. Les signes et symptômes de l'infection apparaissent généralement de 3 à 21 jours après l'exposition initiale au virus, mais, dans de rares cas, des périodes d'incubation pouvant durer jusqu'à 45 jours ont été signalées³. Aux premiers stades de l'infection, la plupart des personnes ayant contracté le virus présentent de la fièvre et d'autres symptômes avant-coureurs associés au cerveau et/ou aux poumons, comme des maux de tête, de la confusion, des maux de gorge, de la toux et des difficultés respiratoires^{3,17}. Les autres symptômes peuvent comprendre des frissons, des douleurs musculaires, de la fatigue, de la somnolence et des étourdissements, ou des symptômes entériques comme des vomissements et la diarrhée^{3,17}. Aux stades avancés de l'infection, plusieurs organes peuvent être touchés; les symptômes d'une infection grave peuvent inclure une détresse respiratoire aiguë, une encéphalite et des symptômes neurologiques^{15,27}. La présentation clinique peut aussi varier en fonction de la souche responsable de l'infection^{17,25}. Bien que les signes neurologiques associés aux souches NiV-B et NiV-M soient semblables, les symptômes respiratoires, dont l'essoufflement et la détresse respiratoire aiguë, touchent plus souvent les cas infectés par la souche NiV-B du virus²⁷. Durant les éclosions antérieures, les cas présentant une atteinte respiratoire étaient jusqu'à 20 fois plus susceptibles de transmettre l'infection à d'autres personnes par rapport aux cas n'affichant aucune atteinte respiratoire²⁶⁻²⁸.

L'intervalle entre l'apparition de la fièvre et le rétablissement ou la mort est d'environ 14 jours²⁷. Chez les personnes qui survivent à l'infection, une réapparition des symptômes neurologiques, notamment des crises d'épilepsie persistentes et des changements de personnalité, a été observée chez 1 cas sur 5 (20 %), de quelques semaines à plusieurs mois après le rétablissement, et on a fait état d'encéphalites causées par une rechute ou une réactivation du virus jusqu'à plusieurs années après l'exposition initiale^{3,18,24,27}. Les facteurs de risque d'un mauvais pronostic comprennent l'âge avancé, les comorbidités, une atteinte du tronc cérébral ou des convulsions, ainsi qu'une thrombocytopénie et des taux d'aminotransférases élevés à l'admission dans un établissement de soins de santé²⁵. Les facteurs menant à une rechute sont actuellement inconnus²⁷.

Traitement et prévention

Le traitement de l'infection à virus Nipah, qui repose principalement sur la prestation de soins de soutien et cible les symptômes, comprend l'hydratation, l'administration d'oxygène d'appoint ou la

ventilation, la dialyse ainsi que la prise d'analgésiques et d'anti-inflammatoires^{3,27}. Un diagnostic précoce peut favoriser la prestation rapide des soins de soutien et éviter le décès³. À l'heure actuelle, il n'existe aucun médicament antiviral, traitement ou vaccin pour les personnes infectées par le virus^{9,15,29}. La ribavirine, un médicament antiviral à large spectre ciblant les virus à ARN actuellement utilisé aux États-Unis pour le traitement de l'hépatite C chronique et du VRS, a été administré durant les éclosions initiales de l'infection en Malaisie et on a estimé, dans le cadre d'une étude ouverte, qu'il a permis de réduire la mortalité de 36 % parmi 140 cas qui avaient reçu de la ribavirine par voie orale ou intraveineuse, par rapport à 54 cas témoins (cas antérieurs et cas ayant refusé le traitement)³⁰. Cependant, une analyse ultérieure d'un sous-ensemble de ces cas qui ont reçu de la ribavirine n'a dégagé aucun avantage clair sur le plan de la survie, ce qui met en lumière les limites méthodologiques de l'étude originale²⁷. En outre, les études utilisant des modèles animaux n'ont pas prouvé leur efficacité^{15,27,31}. Une consultation sur les maladies infectieuses est recommandée pour la prise de décisions relatives au traitement afin d'évaluer les avantages et les risques du traitement à la ribavirine, compte tenu de ses importants effets secondaires et de sa tératogénicité connue. Si l'utilisation de la ribavirine est envisagée pour le traitement de l'infection à virus Nipah, les patients devraient être étroitement surveillés en raison de la probabilité élevée d'effets secondaires, en particulier l'anémie et l'hyperbilirubinémie²⁷.

Prévention et contrôle de l'infection

L'évaluation des patients présentant des signes et symptômes d'infection compatibles devrait comporter un volet d'évaluation des sources d'exposition potentielle, y compris les déplacements dans les régions endémiques, en particulier celles où il y a des éclosions actives du virus Nipah, durant les trois semaines précédant l'apparition des symptômes, les contacts avec un cas humain confirmé ou des chauves-souris, ou la consommation de fruits ou produits à base de fruits crus non lavés possiblement contaminés, dont la sève de palmier dattier crue ou partiellement fermentée durant les déplacements²⁷.

L'Agence de santé publique du Canada et l'OMS recommandent l'application des précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes, dont porter un masque médical ajusté ou un respirateur N95 étanche (un respirateur N95 étanche devrait être porté lors des interventions médicales générant des aérosols), des gants, une blouse et des protections oculaires, et placer le patient dans une chambre individuelle dotée d'une salle de bains privée^{3,27,32}. Une attention particulière doit être portée à la pratique d'une hygiène des mains adéquate de même qu'à l'enfilage et au retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) afin de prévenir l'auto-contamination^{1,3}. Dans certains territoires de compétence, il est également conseillé, dans la mesure du possible, de placer les patients soupçonnés d'avoir une infection à virus Nipah avec atteinte respiratoire dans une chambre d'isolement des infections aéroportées dotée d'une salle de bain privée^{3,27,33,34}. Le patient devrait porter un masque médical durant le transport et lorsqu'il quitte l'isolement²⁷.

Tous les liquides et sécrétions corporels d'un cas soupçonné, et tout déchet produit durant la prestation de soins à ce patient, devraient être considérés comme possiblement contaminés par le virus Nipah jusqu'à ce que la présence de l'infection soit écartée par un test de confirmation.²⁷ L'utilisation d'aiguilles ou d'autres objets tranchants devrait être réduite au minimum pour prévenir le risque d'exposition professionnelle accidentelle²⁷. Lors des éclosions antérieures où une transmission de personne à personne a été constatée, on a estimé que l'exposition à des particules respiratoires durant les contacts étroits avec des personnes infectées ainsi que l'exposition à leurs liquides corporels représentaient les principaux modes de transmission^{27,28}.

Bien que la transmission de l'infection à virus Nipah aux travailleurs de la santé survienne rarement et qu'elle soit associée à une utilisation inadéquate ou à la non-utilisation de l'ÉPI, le respect strict des mesures appropriées de sélection et d'utilisation de l'ÉPI, de nettoyage environnemental et d'hygiène

des mains peut réduire le risque de transmission dans les établissements de soins de santé^{19,27,28}. Il est indiqué d'utiliser un désinfectant pour les hôpitaux efficace contre les virus enveloppés pour désinfecter les surfaces dans l'environnement des patients, car lors des éclosions antérieures, on a constaté la présence de l'ARN du virus Nipah sur diverses surfaces, notamment la literie et les ridelles²⁷.

Diagnosics en laboratoire

Au Canada, le virus Nipah est classé comme un agent pathogène du groupe de risque 4 (GR4), ce qui signifie qu'il pose un risque élevé pour la santé des particuliers et la santé publique. Par conséquent, des exigences précises en matière de biosécurité, d'expédition et de transport s'appliquent aux échantillons pour les tests diagnostiques des cas humains^{2,35}. Les tests moléculaires (PCR) et sérologiques de dépistage du virus Nipah sont réalisés au Laboratoire national de microbiologie (LNM). Toutes les demandes d'analyse requièrent une étroite coordination entre les partenaires locaux, provinciaux et fédéraux en raison de la nature de cet agent pathogène et des risques pour la sécurité qui y sont associés.

Le dépistage du virus Nipah est indiqué pour les personnes présentant des signes et symptômes d'infection compatibles et au moins un facteur de risque pertinent (p. ex., déplacements dans une région où il y a une éclosion active du virus Nipah, ou d'autres types d'expositions à risque élevé)^{36,37,19}. L'amplification en chaîne par polymérase en temps réel (RT-PCR) est la méthode privilégiée pour détecter l'ARN du virus Nipah dans les échantillons cliniques de personnes gravement malades (notamment le sang total, le sérum, des tissus frais congelés, des tissus fixés au formol et/ou inclus en paraffine, le liquide céphalorachidien ou d'autres liquides corporels)³⁷. Les tests sérologiques et la culture du virus Nipah sont des analyses ponctuelles qui peuvent être effectuées par le LNM uniquement à des fins d'enquête^{37,38}. Les tests sérologiques peuvent contribuer au diagnostic en détectant des anticorps aux stades ultérieurs de la maladie. Pour qu'une infection à virus Nipah soit confirmée, au moins un des critères suivants doit être respecté : i) détection de l'ARN du virus Nipah par PCR, ii) détection des anticorps qui combattent le virus Nipah, et/ou iii) isolement du virus Nipah en culture.³⁷

Conséquences pour la santé publique

Le virus Nipah est transmissible de personne à personne et, selon les analyses effectuées lors des éclosions antérieures, on estime que son taux de reproduction de base est inférieur à 1 ($R_0 < 1$). Cela signifie que chaque personne infectée entraînerait moins d'un autre cas d'infection additionnel, ce qui se traduit par une faible probabilité d'épidémie^{19,28,39}. Il n'existe pas de données probantes indiquant que les personnes atteintes d'une infection à virus Nipah asymptomatique peuvent transmettre le virus à d'autres personnes, mais il a précédemment été démontré que les personnes présentant une atteinte respiratoire sont beaucoup plus susceptibles de transmettre le virus que celles n'affichant aucun symptôme respiratoire, et qu'une exposition prolongée de même qu'une exposition aux liquides corporels d'une personne infectée sont associées à une augmentation des risques de transmission^{26,28}. Compte tenu du taux de létalité élevé du virus, et de la possibilité qu'il cause des éclosions, en particulier dans l'éventualité de l'émergence d'une souche adaptée aux humains plus aisément transmissible de personne à personne, il est essentiel de rapidement identifier rapidement les cas et de faire un suivi des contacts étroits⁴⁰.

Compte tenu de la possibilité d'une transmission interhumaine, les personnes qui ont eu des contacts étroits dans les 21 jours suivant l'apparition des symptômes avec un cas confirmé ou probable devraient être identifiées et surveillées pendant 21 jours à compter de la date de la plus récente exposition^{18,32}. Les contacts étroits comprennent les membres du ménage et les personnes ayant eu des contacts physiques étroits avec un cas, y compris des contacts avec ses vêtements, sa literie, son sang ou d'autres liquides corporels durant la maladie, ou les prestataires de soins qui n'utilisent pas l'ÉPI de façon

appropriée^{26,18}. Les contacts étroits identifiés devraient prendre leur température et surveiller les symptômes chaque jour; si leur température dépasse 38 °C ou s'ils commencent à présenter des symptômes compatibles avec l'infection à virus Nipah, ils devraient aviser la santé publique et demander un examen médical plus approfondi³².

Références

1. Heymann D, éditeur. Control of communicable diseases manual. 20th ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2015.
2. Agence de la santé publique du Canada. Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes – Nipah virus. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2018 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-nipah.html>
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Virus Nipah [En ligne]. Genève: OMS; 2026 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus>
4. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Nipah virus infection – India [En ligne]. Genève: OMS; 2026 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON593>
5. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, R.R.O. 1990, Règl. de l'Ont. 135/18. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/reglement/180135>
6. Agence canadienne d'inspection des aliments. Virus Nipah [En ligne]. Ottawa, ON: Agence canadienne d'inspection des aliments; 2025 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://inspection.canada.ca/fr/sante-animaux/animaux-terrestres/maladies/notification-immEDIATE/virus-nipah-0>
7. Agence de la santé publique du Canada. Virus Nipah : Prévention et risques [En ligne]. Ottawa (ON) : gouvernement du Canada; 2018 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/nipah/prevention-risques.html>
8. Yadav PD, Baid K, Patil DY, Shirin T, Rahman MZ, Peel AJ, et al. A One Health approach to understanding and managing Nipah virus outbreaks. *Nat Microbiol.* 2025;10(6):1272-81. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41564-025-02020-9>
9. Madhukalya R, Yadav U, Parray HA, Raj N, Lupitha S, Kumar V, et al. Nipah virus: pathogenesis, genome, diagnosis, and treatment. *Appl Microbiol Biotechnol.* 2025;109(1):158. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s00253-025-13474-6>
10. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Nipah & Henipaviruses. Genève: OMS [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.who.int/teams/blueprint/nipah-henipaviruses>
11. Mohapatra P, Nazli Khatib M, Shabil M, Rajput P, Sharma N, Satapathy P, et al. Addressing the Nipah virus threat: a call for global vigilance and coordinated action. *Clin Infect Pract.* 2024;24:100390. <https://doi.org/10.1016/j.clinpr.2024.100390>
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Select agents and toxins list [En ligne]. Atlanta, GA: CDC; 2025 [cité le 10 mars 2026]. Disponible à : <https://www.selectagents.gov/sat/list.htm>
13. *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*, L.C. 2009, ch. 24. Disponible à : <https://laws.justice.gc.ca/fra/lois/h-5.67/>

14. Harcourt BH, Lowe L, Tamin A, Yu Z, Bankamp B, Bowden N, et al. Genetic characterization of Nipah virus, Bangladesh, 2004. *Emerg Infect Dis.* 2005;11(10):1594-7. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid1110.050513>
15. Soman Pillai V, Krishna G, Valiya Veettil M. Nipah virus: past outbreaks and future containment. *Viruses.* 2020;12(4):465. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/v12040465>
16. Dsouza NN, Chellasamy SK. A comparative genomic approach to decipher the mutations associated with Nipah viral human isolates from southeast Asia. *Iran J Microbiol.* 2024;16(1):104-13. Disponible à : <https://doi.org/10.18502/ijm.v16i1.14879>
17. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Disease information on Nipah virus disease [En ligne]. Solna: ECDC; 2023 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/nipah-virus-disease/disease-information-nipah-virus-disease>
18. National Centre for Disease Control (NCDC), Directorate General of Health Services, Government of India. CD alert: Nipah virus disease [En ligne]. Delhi: NCDC; 2026 [Cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://ncdc.mohfw.gov.in/wp-content/uploads/2026/01/CD-Alert-NIPAH-Virus.pdf>
19. Johnson C, Dee M. Nipah virus: awareness for anesthesia providers and perioperative management strategies. *JCA Adv.* 2025;2(3):100140. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jcadva.2025.100140>
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About Nipah virus [En ligne]. Atlanta, GA: CDC; 2024 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/nipah-virus/about/index.html>
21. Sharma V, Kaushik S, Kumar R, Yadav JP, Kaushik S. Emerging trends of Nipah virus: a review. *Rev Med Virol.* 2019;29(1): e2010. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/rmv.2010>
22. Agence de la santé publique du Canada. Virus Nipah : Causes [En ligne]. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2018 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/nipah/causes.html>
23. Hassan MZ, Ibrahim SK, Harriss E, Horby P, Olliaro P, Rojek A. Interpreting the natural history and pathogenesis of Nipah virus disease through clinical data, to inform clinical trial design: a systematic review. *Lancet Microbe.* 2026:101295. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.lanmic.2025.101295>
24. UK. Health Security Agency. Nipah virus: epidemiology, outbreaks and guidance [En ligne]. London: Crown copyright; 2026 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.gov.uk/guidance/nipah-virus-epidemiology-outbreaks-and-guidance#diagnosis>
25. Aditi, Shariff M. Nipah virus infection: a review. *Epidemiol Infect.* 2019;147:e95. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/S0950268819000086>
26. Asokan S, Luke MS, Atiyah HM, Noori SS, Atiyah MM, Makesh Kumar V, et al. Nipah virus as a pandemic threat: current knowledge, diagnostic gaps, and future research priorities. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2026;114(2):117141. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2025.117141>

27. Levine CB, Sauer LM, McLellan SLF, Evans JD. Nipah virus: a summary for clinicians. *Int J Emerg Med*. 2025;18(1):126. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12245-025-00916-1>
28. Nikolay B, Salje H, Hossain MJ, Khan D, Sazzad HMS, Mahmudur BS, et al. Transmission of Nipah virus — 14 years of investigations in Bangladesh. *N Engl J Med*. 2019;380(19):1804-14. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1805376>
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Nipah virus: facts for clinicians [En ligne]. Atlanta, GA: CDC; 2024 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/nipah-virus/hcp/clinical-overview/index.html>
30. Chong HT, Kamarulzaman A, Tan CT, Goh KJ, Thayaparan T, Kunjapan SR, et al. Treatment of acute Nipah encephalitis with ribavirin. *Ann Neurol*. 2001;49(6):810-3. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/ana.1062>
31. Freiberg AN, Worthy MN, Lee B, Holbrook MR. Combined chloroquine and ribavirin treatment does not prevent death in a hamster model of Nipah and Hendra virus infection. *J Gen Virol*. 2010;91(3):765-72. Disponible à : <https://doi.org/10.1099/vir.0.017269-0>
32. Agence de la santé publique du Canada. Virus Nipah : À l'intention des professionnels de la santé [En ligne]. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2018 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/nipah/professionnels-sante.html>
33. UK. Health Security Agency. Nipah virus: epidemiology, outbreaks and guidance [En ligne]. London: Crown copyright; 2026 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.gov.uk/guidance/nipah-virus-epidemiology-outbreaks-and-guidance#prevention-and-control>
34. Singapore National Centre for Infectious Diseases (NCID). Guidance on Nipah virus [En ligne]. Singapore: NCID; 2026 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.ncid.sg/Health-Professionals/Joint-MOH-NCID-Guidances/Pages/Guidance%20on%20Nipah%20Virus%20-%20National%20Centre%20for%20Infectious%20Diseases.aspx>
35. Réseau canadien de renseignements sur la santé publique. Agents pathogènes spéciaux [En ligne]. Winnipeg, MB: gouvernement du Canada; [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://public.cnphi-rcrsp.ca/gts/laboratory/1021>
36. Réseau canadien de renseignements sur la santé publique. Détection des anticorps contre le virus Nipah par ELISA [En ligne]. Winnipeg, MB: gouvernement du Canada; [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://public.cnphi-rcrsp.ca/gts/reference-diagnostic-test/5147?labId=1021>
37. Réseau canadien de renseignements sur la santé publique. Détection moléculaire du virus Nipah par PCR [En ligne]. Winnipeg MB: gouvernement du Canada; [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://public.cnphi-rcrsp.ca/gts/reference-diagnostic-test/5145?labId=1021>
38. Réseau canadien de renseignements sur la santé publique. Isolement du virus Nipah [En ligne]. Winnipeg, MB: gouvernement du Canada; [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://public.cnphi-rcrsp.ca/gts/reference-diagnostic-test/5143?labId=1021>

39. Hurtado C. Nipah virus facts [En ligne]. Baltimore, MD: Johns Hopkins Centre for Health Security; 2018 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://centerforhealthsecurity.org/sites/default/files/2022-12/clade-x-nipah-virus-epi.pdf>
40. Center for Infectious Diseases Research and Policy (CIDRAP). A research and development roadmap for Nipah virus: 2024 update [En ligne]. Minneapolis, MN: CIDRP; 2024 [cité le 6 mars 2026]. Disponible à : <https://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/Nipah%20Roadmap%20Final%20-%207-1-24.pdf>

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Infection à virus Nipah. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2026.

ISBN : 978-1-4868-9745-2

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.