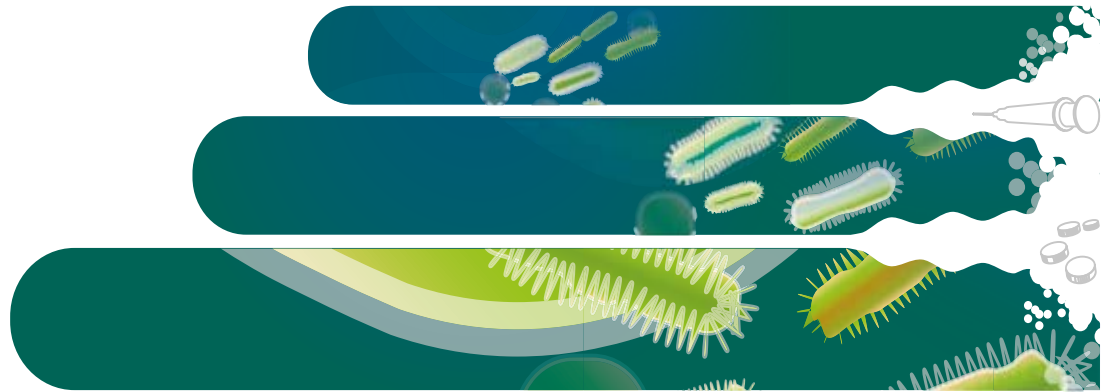


Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts



La rougeole

Mise à jour octobre 2017

RÉVISION DE LA VERSION DE L'ANNÉE 2017

Danielle Auger,

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Monique Landry,

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

France Markowski,

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Donald Murphy,

Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Nadine Sicard,

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Eveline Toth,

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bruno Turmel, coordonnateur des travaux,

Direction de la protection de la santé publique, 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 Publications

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-79814-9 (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.

© Gouvernement du Québec, 2017

Contexte

La présente fiche technique portant sur la rougeole donne les orientations sur les interventions recommandées pour gérer les cas de rougeole ainsi que leurs contacts. Il est important de mentionner que ce document s'inscrit dans un contexte d'élimination de la rougeole, le but étant une diminution du nombre de personnes réceptives à la rougeole allant jusqu'à moins de 5 p. 100 de la population. D'ailleurs, l'organisme Pan American Health Organization (PAHO) déclarait de nouveau, récemment, que les Amériques ont atteint le statut d'élimination de cette maladie. Le Québec et le Canada adhèrent à cet objectif d'élimination de la rougeole, ce qui module l'ensemble des activités recommandées.

De décembre 2011 à juin 2012, une campagne de vaccination massive a été menée auprès des élèves des écoles primaires et secondaires du Québec. Malgré les améliorations observées, la proportion des élèves adéquatement protégés contre la rougeole au Québec serait toujours inférieure à 95 p. 100. En conséquence, la transmission de la rougeole dans la population québécoise reste toujours possible.

En octobre 2012, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) publiait une version provisoire de ses *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosons de rougeole au Canada* (dont la version finale a été diffusée en octobre 2013 [Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC, 2013)]. À la suite de cette publication et dans le but d'assurer la cohérence des interventions à l'échelle provinciale comme à l'échelle fédérale, les membres de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) ont demandé une révision des recommandations contenues dans les deux documents. De ces travaux résultait le document intitulé *La Rougeole 2013-2014 : Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts*. Cette fiche constituait une mise à jour de la fiche technique 2011-2012 et remplaçait le Protocole d'intervention rougeole daté de 2003.

Récemment, des éclosons de rougeole dans diverses régions et communautés de la province ont soulevé de nouveaux besoins qui ont entraîné la nécessité de réviser la fiche technique, particulièrement en ce qui concerne le volet des interventions auprès des contacts réceptifs de cas de rougeole. Ces modifications ayant pour but de resserrer les modalités d'intervention à la suite de la survenue d'un cas de rougeole se sont révélées essentielles dans un contexte d'élimination de cette maladie. Cette révision a été demandée par le Directeur national de santé publique et intègre ses orientations.

Le présent document constitue donc une mise à jour de la précédente fiche technique et a pour but d'harmoniser les recommandations.

Principes d'intervention portant sur la rougeole

- Maintenir le statut d'élimination de la rougeole au Québec;
- Utiliser les pratiques considérées comme les meilleures, de même que celles dont l'efficacité a été prouvée;
- Adapter le degré d'intervention préconisé aux caractéristiques de la maladie, c'est-à-dire :
 - la transmission aérienne,
 - la contagion extrême résultant de la maladie,
 - une morbidité élevée occasionnée par la rougeole.

Moyens découlant de ces principes

- Retracer et isoler les cas;
- Identifier et surveiller étroitement les contacts;
- Isoler les contacts réceptifs à la rougeole, et ce, pendant la période d'incubation dans les contextes d'augmentation du risque de transmission;
- Maintenir ou rehausser, à 95 p. 100 ou plus, l'immunité populationnelle contre la rougeole.

Objectifs des interventions

Dans un contexte d'élimination de la rougeole, les objectifs visés par les interventions contenues dans la présente fiche technique sont les suivants :

- 1) prévenir les conséquences de la rougeole chez les individus considérés comme vulnérables;
- 2) minimiser la transmission secondaire et le nombre de contacts exposés.

Pour atteindre les objectifs fixés, il est nécessaire de resserrer les modalités d'intervention auprès des personnes réceptives à la rougeole, peu importe que ce soit par la vaccination ou par la mise en isolement des contacts réceptifs.

Une intervention de santé publique doit être déclenchée lorsque survient tout cas, même s'il s'agit d'un seul cas.

Efficacité des interventions

Une récente revue systématique des interventions de santé publique ayant pour but de réduire la propagation secondaire de la rougeole a produit, notamment, les constatations suivantes :

- Mise en isolement des contacts réceptifs

La mise en isolement des contacts réceptifs semble efficace (réduction de 74 p. 100 du taux d'attaque secondaire).

- Vaccination des contacts réceptifs

La vaccination, contre la rougeole, des contacts réceptifs semble efficace bien que, dans leur ensemble, les preuves ne soient pas concluantes.

- Administration de l'immunoglobuline (Ig) aux contacts réceptifs

L'administration des immunoglobulines peut réduire le risque, chez les contacts réceptifs, de contracter la rougeole; toutefois, des preuves cliniques additionnelles sont nécessaires.

- Isolement des cas de rougeole

Dans cette revue, aucune étude répondant aux critères méthodologiques qui ont trait à l'efficacité de cette intervention n'a été repérée. Même s'il n'existe pas de preuves documentées démontrant que l'isolement des personnes qui ont la rougeole et qui sont contagieuses exerce un rôle dans la prévention de la transmission de la maladie, l'application de cette intervention demeure justifiée étant donné le mode de transmission et le taux d'attaque élevé de ce virus.

Saisie des données dans les divers systèmes d'information

Pour que l'intervention soit rapide et efficace et pour permettre un suivi de la situation épidémiologique, il est important de pouvoir maintenir des banques de données centralisées contenant des renseignements utiles, à jour et accessibles en tout temps.

- Information portant sur le ou sur les cas de rougeole

Suspicion de cas de rougeole : s'il suspecte la présence d'un cas de rougeole, le clinicien doit le rapporter à la santé publique régionale, et ce, pour permettre la mise sur pied de la préparation nécessaire à l'intervention. Par la suite, la santé publique régionale avisera les responsables à l'échelle provinciale.

Lorsqu'il y a confirmation d'un cas de rougeole, la santé publique régionale doit, avec rapidité, saisir, dans le fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), les renseignements au sujet du cas en question.

- Information portant sur les contacts d'un cas de rougeole

Dès qu'il y a confirmation d'un cas qui appartient à une deuxième génération de transmission, la santé publique régionale doit saisir les renseignements portant sur le ou les cas, de même que sur les contacts, dans le fichier contre la rougeole (V11). À partir des données consolidées de ces fichiers (MADO et V11), des rapports statutaires permettant le suivi d'indicateurs et la production d'une vue d'ensemble de la situation (courbe épidémiologique, vue d'ensemble des cas, liens épidémiologiques entre les cas, etc.) sont disponibles dans le site de l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

- Information au sujet de la vaccination ou du statut de protection contre la rougeole (V09 et registre de vaccination) pour les cas et les contacts

La santé publique régionale doit s'assurer que les preuves de vaccination manquantes ont été recueillies. Elle doit également s'assurer que l'information relative au statut de protection ou au refus de la vaccination a été saisie dans le V09 et dans le registre de vaccination SI-PMI (date de vaccination, nom du vaccin, numéro de lot du vaccin, sérologie ou attestation médicale, contre-indication, refus).

REMARQUE

Dans le présent document, les appels de notes en lettres majuscules renvoient aux notes placées au bas de l'encadré dans lequel ces appels apparaissent.

<p>Agent pathogène</p>	<p>Virus du genre <i>Morbillivirus</i>, de la famille des Paramyxoviridae (PAHO, 2005)</p>
<p>Définition de cas à des fins d'intervention</p>	<p>Cette définition doit être modulée en fonction de la situation épidémiologique propre à la situation. Elle sert à identifier un cas pour lequel l'enquête doit être débutée, et ce, sans attendre la confirmation par les tests de laboratoire ou l'établissement d'un lien épidémiologique.</p> <p>Cas en suspens : Cas suspect en attente de renseignements additionnels.</p> <p>Cas clinique : Présence des trois symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fièvre $\geq 38,3$ °C (101 °F); et • toux ou coryza ou conjonctivite; et • éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours. <p>Cas probable : Présence des trois symptômes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fièvre $\geq 38,3$ °C (101 °F); et 2. toux ou coryza ou conjonctivite; et 3. éruption maculopapulaire généralisée; <ul style="list-style-type: none"> • en l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées; <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • en l'absence d'un lien épidémiologique avec un vac confirmé; <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • chez une personne qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole.
<p>Définitions nosologiques (novembre 2016)</p>	<p>Cas confirmé : Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'une immunisation récente^A contre la rougeole :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. isolement ou détection d'acides nucléiques du virus de la rougeole à partir d'un échantillon clinique approprié; <p>ou</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. détection d'une augmentation significative^B du taux d'anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; <p>ou</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2, ou qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole^{C et D}. <p>OU</p>

	<p>Présence des deux conditions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manifestations cliniques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • fièvre $\geq 38,3$ °C (101 °F); et • toux ou coryza ou conjonctivite; et • éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours; et 2. lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés aux points 1 et 2. <p>Le lien épidémiologique est défini par un contact avec un cas confirmé de rougeole, mais pourrait être défini par un ou l'autre des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • voyage, au cours des 21 jours précédant l'apparition de l'éruption cutanée, dans une région géographique où la rougeole est endémique ou qui connaît une éclosion de la rougeole; • appartenance à un groupe à risque défini pendant une éclosion. <p>Cette définition du lien épidémiologique doit être modulée en fonction de la situation épidémiologique propre à la situation.</p> <p>^A En présence d'une immunisation récente (voir l'annexe 2), la confirmation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié. Les IgM induits par la vaccination peuvent être détectés pendant une durée d'environ un mois.</p> <p>^B L'augmentation significative du taux d'anticorps pourra être différente en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément, dans le même laboratoire, les deux sérums prélevés dans un intervalle allant d'une à trois semaines.</p> <p>^C La détection d'IgM chez un cas sporadique qui n'a pas d'antécédents de voyage récent dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole ne suffit pas à confirmer un cas et elle doit être complétée par l'isolement du virus ou par la démonstration d'une élévation du titre des IgG entre les échantillons de la phase aiguë et ceux de la phase de convalescence.</p> <p>^D Lorsqu'un cas répond au troisième critère de la définition de cas confirmé, il devient, par le fait même, un cas confirmé par un test de laboratoire.</p> <p>NOTE : Bien que le cas confirmé en laboratoire ne doive pas satisfaire parfaitement à la définition d'un cas clinique, il devrait néanmoins présenter un tableau clinique qui évoque la rougeole.</p>
<p>Définition d'une éclosion</p>	<p>Un seul cas confirmé de rougeole survenant dans un milieu en particulier (par exemple, une école, un service de garde, un établissement de soins) suffit pour que la situation soit considérée comme une éclosion.</p> <p>Pour des fins de surveillance et de vigie, la fin de l'éclosion sera fixée au 32^e jour^E suivant la dernière présence du dernier cas contagieux dans le milieu.</p> <p>^E La durée de 32 jours a été déterminée sur la base de deux périodes d'incubation moyenne (soit 14 jours x 2) plus la période maximale de transmissibilité de 4 jours après l'apparition de l'éruption cutanée.</p>

<p>Tableau clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fièvre ≥ 38,3 °C (101 °F). ➤ Toux. ➤ Coryza : obstruction nasale avec rhinorrhée importante. ➤ Conjonctivite, avec larmoiement excessif; avec ou sans photophobie. ➤ Éruption (rash) maculopapulaire généralisée débutant sur le front, puis s'étendant au visage, au cou, au tronc et aux membres; elle commence dans une période allant de deux à quatre jours après le début des symptômes (14 jours après l'exposition) et elle dure de trois à sept jours. ➤ Signe de Koplik : petites lésions irrégulières et rouges avec un centre blanc bleuâtre sur les muqueuses de la bouche, qui apparaissent un ou deux jours avant le début du rash (pathognomonique). Le signe est rapporté dans une proportion de 50 à 80 % des cas (PAHO, 2005; Kliegman et autres, 2011). <p>NOTE : La symptomatologie peut être moins marquée ou atypique chez une personne qui a déjà été immunisée ou qui a reçu des immunoglobulines anti-rougeole dans les semaines précédentes (Mandell et autres, 2010). Les personnes immunosupprimées pourraient ne pas présenter le rash typique (AAP, 2006).</p>
<p>Complications (Plotkin et autres, 2008; Kliegman, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospitalisation (19 %). ➤ Otite moyenne (de 7 à 9 %). ➤ Pneumonie (de 1 à 6 %). ➤ Diarrhée (8 %). ➤ Encéphalite postinfectieuse (1 par 1 000 à 2 000 cas). ➤ Décès (1 par 3 000 cas)^F. <p>^F Dans des pays développés, comme le Canada, le taux de mortalité est estimé à un cas pour 3 000 (CCNI, 2006). Certains pays, parmi lesquels les États-Unis, rapportent un taux de mortalité pouvant aller jusqu'à une proportion de 1 à 3 cas pour 1 000 (Plotkin et autres, 2008 ; Kliegman, 2011).</p>
<p>Épidémiologie</p>	<p>Période d'incubation</p> <p>La période d'incubation est habituellement de 10 à 14 jours entre le moment du contact et l'apparition des premiers symptômes. L'éruption caractéristique apparaît deux à quatre jours après les symptômes prodromiques. À l'occasion, elle peut aller jusqu'à 21 jours chez les personnes immunosupprimées et chez celles qui ont reçu des immunoglobulines (AAP, 2006; Dayan et autres, 2008; Heymann, 2008; Plotkin et autres, 2008).</p> <p>Période de contagiosité</p> <p>La période de contagiosité va de 4 jours avant le début du rash jusqu'à 4 jours après celui-ci.</p> <p>Transmission du virus</p> <p>La transmission se fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • par voie aérienne et par projection de gouttelettes; • par contact direct avec les sécrétions nasopharyngées des personnes infectées; • moins fréquemment, par l'entremise d'objets contaminés par les sécrétions nasopharyngées (Heymann, 2008).

<p>Diagnostic différentiel</p>	<p>En l'absence d'une vaccination récente, le diagnostic différentiel de la rougeole comprend notamment la roséole, la rubéole et l'érythème infectieux (voir annexe 3).</p> <p>Ainsi, à l'occasion d'une demande de tests ayant pour but de confirmer la présence de la rougeole, il est recommandé de prescrire, en même temps, une recherche sérologique d'IgM pour la rubéole et le parvovirus B19, comme le suggèrent les lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qui visent la prévention et le contrôle des éclosions de rougeole au Canada (Relevé des maladies transmissibles au Canada [RMTC], octobre 2013).</p>																										
<p>Tests diagnostiques pour confirmation par laboratoire</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Test diagnostique</th> <th>Échantillon</th> <th>Délai pour prélever l'échantillon</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Isolement du virus de la rougeole (culture)</td> <td>Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx</td> <td>≤ 4 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td>Urine (de 50 à 100 ml)</td> <td>≤ 7 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td>Sérologie IgM</td> <td>Sang (≥ 3 ml)</td> <td>De 3 à 28 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Sérologie IgG</td> <td>1^{er} sérum (phase aiguë)</td> <td>≤ 7 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td>2^e sérum (convalescence)</td> <td>De 1 à 3 semaines après le 1^{er} échantillon</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)</td> <td>Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx</td> <td>≤ 4 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td>Urine (de 50 à 100 ml)</td> <td>≤ 7 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Génotypage de la souche</td> <td>Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx ou urine positif par TAAN</td> <td>Voir TAAN</td> </tr> <tr> <td>Culture positive</td> <td>Voir isolement du virus de la rougeole</td> </tr> </tbody> </table> <p>En date du mois de février 2017, le Laboratoire national de Microbiologie (LNM) de Winnipeg offre une méthode de qPCR rapide (MeVA RT-qPCR) qui est spécifique aux souches vaccinales de la rougeole. Cette méthode répond au besoin de vouloir confirmer rapidement les cas d'éruption cutanée potentiellement associée au vaccin contre la rougeole. En présence d'une histoire de vaccination récente contre la rougeole, le LNM peut effectuer rapidement l'analyse dans les cas qui pourraient nécessiter une intervention rapide de santé publique.</p>	Test diagnostique	Échantillon	Délai pour prélever l'échantillon	Isolement du virus de la rougeole (culture)	Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx	≤ 4 jours après le début de l'éruption	Urine (de 50 à 100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption	Sérologie IgM	Sang (≥ 3 ml)	De 3 à 28 jours après le début de l'éruption	Sérologie IgG	1 ^{er} sérum (phase aiguë)	≤ 7 jours après le début de l'éruption	2 ^e sérum (convalescence)	De 1 à 3 semaines après le 1 ^{er} échantillon	Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)	Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx	≤ 4 jours après le début de l'éruption	Urine (de 50 à 100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption	Génotypage de la souche	Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx ou urine positif par TAAN	Voir TAAN	Culture positive	Voir isolement du virus de la rougeole
Test diagnostique	Échantillon	Délai pour prélever l'échantillon																									
Isolement du virus de la rougeole (culture)	Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx	≤ 4 jours après le début de l'éruption																									
	Urine (de 50 à 100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption																									
Sérologie IgM	Sang (≥ 3 ml)	De 3 à 28 jours après le début de l'éruption																									
Sérologie IgG	1 ^{er} sérum (phase aiguë)	≤ 7 jours après le début de l'éruption																									
	2 ^e sérum (convalescence)	De 1 à 3 semaines après le 1 ^{er} échantillon																									
Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)	Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx	≤ 4 jours après le début de l'éruption																									
	Urine (de 50 à 100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption																									
Génotypage de la souche	Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx ou urine positif par TAAN	Voir TAAN																									
	Culture positive	Voir isolement du virus de la rougeole																									

<p>Traitement des cas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de traitement particulier. ➤ Traitement de soutien en cas de complications.
<p>Enquête auprès des cas</p>	<p>Pour chacun des cas déclarés, il faut recueillir les renseignements permettant de déterminer si une enquête sera nécessaire et si des prélèvements devront être faits.</p> <p>Cette collecte d'information devrait se faire le plus vite possible; idéalement, dans les 24 heures suivant la déclaration.</p>
<p>Recherche des contacts (MSSS, 2003)</p>	<p>Définition d'un contact significatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ personne exposée au virus de la rougeole pendant la période de contagiosité d'une personne atteinte (soit une période allant de 4 jours avant à 4 jours après le début de l'éruption). <p>Sont considérés comme des contacts significatifs :</p> <p>Dans le milieu familial</p> <ul style="list-style-type: none"> • les personnes vivant sous le même toit dont les parents et la fratrie; • les amis intimes. <p>Dans les services de garde à l'enfance en milieu familial</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout le personnel du service de garde; • tous les enfants qui fréquentent le service de garde; • les personnes qui vivent dans la maison où est hébergé le service de garde; • les personnes ayant circulé, durant les heures d'activité, dans les espaces utilisés régulièrement par les enfants (y compris les personnes qui viennent conduire ou chercher les enfants). <p>Dans les services de garde à l'enfance (autres qu'en milieu familial)</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout le personnel du service de garde; • tous les enfants qui fréquentent le service de garde; • les personnes qui ont circulé, durant les heures d'activité, dans les espaces utilisés régulièrement par les enfants (y compris les personnes qui viennent conduire ou chercher les enfants). <p>Dans un milieu scolaire (primaire et secondaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les travailleurs de l'école, y compris les bénévoles; • tous les élèves de l'école; • tous les chauffeurs d'autobus. <p>Dans un milieu d'enseignement (collégial, universitaire ou professionnel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • les amis intimes; • le personnel et les étudiants d'un même groupe qui partagent la même salle de cours; • les membres d'une même équipe sportive. <p>Dans un milieu de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • les personnes qui partagent les mêmes horaires et les mêmes locaux de travail que ceux du cas.

Dans un milieu de soins (Comité sur les infections nosocomiales du Québec [CINQ], 2011 et Comité sur l'immunisation du Québec [CIQ], juin 2007) :

- une personne qui s'est trouvée dans la même chambre qu'un cas de rougeole, sans protection appropriée;
- une personne qui a eu un contact face à face avec une personne contagieuse, dans un endroit ouvert sans protection appropriée;
- une personne qui s'est trouvée dans une chambre ou une salle d'examen, sans protection appropriée, jusqu'à deux heures après le passage d'un patient contagieux (la période de temps peut être ajustée à la baisse selon le nombre de changements d'air à l'heure, voir l'[annexe 4](#));
- lorsqu'un patient contagieux séjournait dans une unité de soins :
 - si la porte de la chambre du cas de rougeole est demeurée ouverte pendant sa période de contagiosité, toutes les personnes de l'unité sont considérées comme des contacts (y compris celles qui ont eu leur congé),
 - si le patient contagieux est demeuré dans sa chambre et si la porte de la chambre du patient est demeurée fermée pendant la période de contagiosité de celui-ci, seulement les personnes partageant la même chambre ou ayant circulé dans la chambre sont considérées comme des contacts;
- une personne qui s'est trouvée dans une salle d'attente, sans protection appropriée, jusqu'à une heure après le passage d'un patient contagieux (la période de temps peut être ajustée à la baisse selon le nombre de changements d'air à l'heure, voir l'[annexe 4](#)).

NOTE : Durée d'un contact dans un milieu de soins pour qu'il soit considéré comme significatif :

Il est difficile de confirmer qu'une exposition est significative à partir, seulement, du critère de la durée. Il faut plutôt considérer un ensemble de facteurs comme les suivants : la proximité du contact; la durée totale du contact (y compris la somme de courts contacts répétés); la contagiosité du cas (la période de contagiosité est maximale le jour précédant l'apparition du rash et le premier jour du rash); l'environnement physique; l'intensité de la toux; et le port d'un masque chirurgical, qui peut diminuer la quantité de particules mises en suspension dans l'air par la personne infectée. Cependant, même s'il est reconnu que le masque chirurgical est efficace pour réduire le risque de transmission d'une infection par gouttelettes, son efficacité pour prévenir la transmission d'une infection par voie aérienne n'a pas été établie.

Une approche de gestion de risques de transmission d'infection nosocomiale doit être utilisée pour entreprendre une évaluation au cas par cas et pour déterminer si l'exposition est significative ou non.

Dans les autres milieux

- les passagers et le personnel des compagnies de transport public (avion, autobus, etc.)⁶;
- les membres d'une équipe sportive;
- les personnes qui font partie d'un groupe dont les membres peuvent facilement être identifiés.

⁶ La recherche de ces contacts ne sera pas entreprise d'emblée, à moins qu'une intervention particulière ne soit envisagée.

	<p>Pour les femmes enceintes et pour les personnes immunosupprimées</p> <p>Les contacts qui se font dans une même pièce sont considérés comme significatifs quelle que soit la durée de ces contacts.</p> <p>Pour les immunosupprimés et les femmes enceintes réceptives, le PIQ (section 11.1) recommande d'utiliser des Ig IV plutôt qu'IM dont l'administration se fait habituellement un milieu hospitalier. Compte tenu de la contrainte que cela peut représenter, il convient de considérer deux catégories de contacts pour ces personnes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les contacts qui se font dans une même pièce sont considérés comme significatifs quelle que soit la durée de ces contacts; 2. les autres types de contacts (en dehors d'une même pièce) requièrent une évaluation individuelle des risques et des bénéfices par les cliniciens concernés afin de juger si l'administration des IgIV est justifiée [CIQ, juin 2016]. 																																															
<p>Contact considéré comme <i>adéquatement protégé</i> contre la rougeole (MSSS, 2013; CIQ, 2013, PIQ, section 10.2.1)</p>	<p>Tout contact qui satisfait à au moins un des critères suivants</p> <table border="1" data-bbox="574 793 1339 1608"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Catégorie</th> <th colspan="3">Nombre de doses de vaccin requises pour être considéré comme protégé</th> </tr> <tr> <th>1 dose^H</th> <th>2 doses^I</th> <th>Aucune dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Né depuis 1980</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Né dans les années allant de 1970 à 1979 :</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>– stagiaire ou travailleur de la santé;</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>– voyageur;</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>– recrue militaire;</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>– travailleur dans une garderie ou dans une école;</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>– autre.</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Né avant 1970</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Personne possédant une attestation médicale qui certifie qu'elle a contracté la rougeole avant le 1^{er} janvier 1996^J</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Personne dont la sérologie démontre la présence d'anticorps contre la rougeole</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p>^H Une dose de vaccin vivant à partir de l'âge de 1 an. ^I Deux doses de vaccin vivant à partir de l'âge de 1 an, suivant un intervalle de quatre semaines entre les doses. ^J Les cas confirmés lors de l'épidémie de 2011 devraient également être inclus dans cette catégorie.</p>	Catégorie	Nombre de doses de vaccin requises pour être considéré comme protégé			1 dose ^H	2 doses ^I	Aucune dose	Né depuis 1980		X		Né dans les années allant de 1970 à 1979 :				– stagiaire ou travailleur de la santé;		X		– voyageur;		X		– recrue militaire;		X		– travailleur dans une garderie ou dans une école;	X			– autre.	X			Né avant 1970			X	Personne possédant une attestation médicale qui certifie qu'elle a contracté la rougeole avant le 1 ^{er} janvier 1996 ^J			X	Personne dont la sérologie démontre la présence d'anticorps contre la rougeole			X
Catégorie	Nombre de doses de vaccin requises pour être considéré comme protégé																																															
	1 dose ^H	2 doses ^I	Aucune dose																																													
Né depuis 1980		X																																														
Né dans les années allant de 1970 à 1979 :																																																
– stagiaire ou travailleur de la santé;		X																																														
– voyageur;		X																																														
– recrue militaire;		X																																														
– travailleur dans une garderie ou dans une école;	X																																															
– autre.	X																																															
Né avant 1970			X																																													
Personne possédant une attestation médicale qui certifie qu'elle a contracté la rougeole avant le 1 ^{er} janvier 1996 ^J			X																																													
Personne dont la sérologie démontre la présence d'anticorps contre la rougeole			X																																													
<p>Contact considéré comme <i>non protégé ou réceptif</i></p>	<p>Tout contact qui ne satisfait pas à au moins un des critères du tableau précédent.</p>																																															

<p>Contact considéré comme vulnérable^J</p> <p>^J Un tel contact est défini ici comme une personne pour laquelle le risque de complications est élevé.</p>	<p>Tout contact qui fait partie de l'un des groupes mentionnés ci-dessous (MSSS, 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les enfants de moins de 12 mois; • les femmes enceintes réceptives nées après 1970 (y compris les femmes enceintes nées dans les années allant de 1970 à 1979, et ayant reçu une seule dose de vaccin [CIQ, 2011b])^K; • les personnes immunosupprimées suivantes^L : <ul style="list-style-type: none"> – les personnes greffées de la moelle osseuse, peu importe leur âge et leur statut vaccinal et peu importe qu'elles aient eu la rougeole ou non; – les personnes immunosupprimées nées en 1970 ou après et n'ayant pas eu la rougeole (ou n'ayant pas de preuve qu'elles l'ont eue), peu importe leur statut vaccinal. <p>^K En postexposition, les femmes enceintes nées dans les années allant de 1970 à 1979 qui n'ont eu qu'une seule dose de vaccin contre la rougeole devraient recevoir des immunoglobulines. Cette ligne de conduite s'explique dans le contexte d'une intervention individuelle en postexposition, le risque plus élevé de complications de la rougeole chez une femme enceinte justifiant une mesure additionnelle de protection.</p> <p>^L Selon un avis du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) du 16 décembre 2011 (CIQ, 2011c), il revient au médecin traitant de déterminer si l'immunosuppression est significative et si elle nécessite l'administration d'immunoglobulines. La classification des personnes immunosupprimées dans la catégorie des personnes vulnérables (à l'exception des personnes greffées de moelle osseuse) doit se faire à partir des antécédents de rougeole :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toute personne née avant 1970 est considérée comme ayant eu la rougeole; • une personne née en 1970 ou après doit avoir une preuve (médicale ou de laboratoire) qui confirme qu'elle a eu la rougeole.
<p>INTERVENTION AUPRÈS DES CAS ET DES CONTACTS</p>	
<p>Intervention auprès des cas</p>	<p>➤ Isolement volontaire à la maison jusqu'au 4^e jour (y compris) après le début du rash.</p> <p>Dans un milieu de soins</p> <p>➤ Isolement par l'application des mesures de précautions additionnelles de type aérien, jusqu'au 4^e jour (y compris) après le début du rash.</p>
<p>Principes généraux d'intervention auprès des contacts</p>	<p>➤ Une intervention de santé publique doit être déclenchée lorsque survient tout cas, même s'il s'agit d'un seul cas.</p> <p>➤ Gradation des interventions (ex. surveillance active ou non de chaque contact, enquête individuelle ou non auprès de chaque contact) en fonction des particularités des milieux impliqués (présence de contacts considérés comme vulnérables).</p> <p>➤ Tous les contacts considérés comme réceptifs doivent faire l'objet d'un retrait de leur milieu et d'un isolement volontaire à domicile.</p> <p>➤ En cas d'isolement, la période d'isolement devrait débuter 5 jours après la première exposition et se terminer le 14^e jour suivant la dernière exposition où jusqu'à ce que les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aient été adéquatement vaccinées; ou • aient démontré leur immunité à l'aide d'un test sérologique; ou

	<ul style="list-style-type: none"> • aient reçu des immunoglobulines (Ig) si elles sont admissibles. <p>➤ Vaccination : La vérification du statut vaccinal de tous les contacts devrait être effectuée. Le cas échéant, la mise à jour de la vaccination devrait être offerte selon les critères du PIQ. Lors d'une éclosion en milieu scolaire, la vaccination selon la politique de retrait pourrait s'appliquer^M.</p> <p>^M Se reporter aux articles du document traitant des orientations du directeur national de santé publique sur le retrait en milieu scolaire en présence d'une éclosion de rougeole, à l'adresse : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-278-01W.pdf].</p>
<p>Principes généraux de la saisie requise dans les divers systèmes d'information</p>	<p>Recueillir et saisir, dans les fichiers de surveillance, les renseignements relatifs aux cas et aux contacts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : fichier MADO. • Cas de 2^e génération : information relative aux cas et aux contacts dans le fichier contre la rougeole (V11). • Recueillir les preuves de vaccination manquantes et saisir, dans le V09 et dans le registre de vaccination SI-PMI, l'information relative au statut de protection ou au refus de la vaccination.
<p>Intervention auprès des contacts vulnérables</p>	<p>Les contacts considérés comme vulnérables sont définis à la section « <i>Contact considéré comme vulnérable</i> ».</p> <p>Pour les enfants âgés de 6 à moins de 12 mois (à l'exception de ceux qui ont déjà reçu une dose de vaccin^N [CIQ], 2011a) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacciner si le premier contact remonte à moins de 72 h; • administrer des immunoglobulines (Ig) si le premier contact infectieux remonte à 72 heures ou plus, mais à moins de 7 jours. <p>Lorsque cela est possible, la Direction de santé publique (DSP) obtient l'information sur la vaccination et, ou, sur l'administration des Ig pour s'assurer que cette information a été saisie dans le registre de vaccination et dans le fichier V09.</p> <p>Pour les autres contacts considérés comme vulnérables (femmes enceintes réceptives, enfants de moins de 6 mois ou personnes immunosupprimées) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la vaccination est contre-indiquée; • l'administration des immunoglobulines est indiquée si le premier contact infectieux remonte à moins de 7 jours (soit jusqu'à 6 jours, 23 heures et 59 minutes). • Pour les immunosupprimés et les femmes enceintes réceptives, il est recommandé d'utiliser des IgIV. L'évaluation de l'administration des IgIV se fera sur une base individuelle par le médecin traitant en collaboration avec le service d'infectiologie. L'administration des IgIV se fait en milieu clinique spécialisé. (voir PIQ, section 11.1) <p>Mettre à jour la vaccination de 5 à 6 mois après la réception des Ig s'il n'y a pas de contre-indication vaccinale. Il faut se reporter au médecin traitant dans le cas des personnes séropositives pour le VIH.</p> <p>^N Ces enfants sont considérés comme protégés face à l'exposition actuelle. Toutefois, leur vaccination devra être complétée selon les recommandations du PIQ (MSSS, 2016).</p>

	<p>Recommander aux contacts vulnérables d'éviter tout milieu où il y a une éclosion, jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas contagieux dans le milieu^o</p> <p>^o Le retrait semble indiqué puisque, même si elles sont administrées dans les délais fixés, les Ig ne réduisent que de 50 % le risque de contracter la rougeole (CIQ, 2011a). Toutefois, l'intensité et la durée du retrait sont laissées au jugement de la Direction de santé publique et du médecin traitant, en fonction de la situation.</p>
<p>Mesures d'hygiène et de salubrité</p>	<p><i>Dans les établissements de santé</i></p> <p>➤ Suivre les recommandations des équipes d'hygiène et de salubrité et celles des équipes de prévention et de contrôle des infections.</p> <p><i>Dans tous les autres milieux</i></p> <p>➤ Appliquer les mesures habituelles de nettoyage et de désinfection.</p>
<p>Intervention dans le milieu familial</p>	<p><i>Recherche de cas</i></p> <p>Selon le questionnaire d'enquête version datée de novembre 2016.</p> <p><i>Intervention auprès des contacts vulnérables</i></p> <p>➤ Identifier les contacts vulnérables.</p> <p>➤ Leur offrir la vaccination ou les immunoglobulines selon les recommandations.</p> <p><i>Intervention auprès des contacts réceptifs</i></p> <p>➤ Identifier les contacts réceptifs.</p> <p>➤ Les contacts qui travaillent dans un milieu scolaire (primaire et secondaire) ou dans un milieu de garde, ou qui fréquentent de tels milieux, doivent être retirés de ces milieux pour une période de 14 jours après leur dernier contact avec un cas contagieux^P.</p> <p>➤ Les contacts réceptifs qui travaillent dans un milieu de soins (y compris les ambulanciers), ou qui fréquentent un tel milieu, doivent être retirés de ce milieu pour une période de 21 jours^Q après leur dernier contact avec un cas contagieux^P.</p> <p>➤ Dans certaines situations, lorsque l'exposition en milieu familial est continuelle, on pourrait prendre en considération le retrait du travailleur pour une période de 14 jours^Q après son dernier contact avec un cas contagieux.</p> <p>➤ Leur offrir la vaccination.</p> <p>➤ Lorsque c'est possible, la Direction de santé publique obtient l'information sur la vaccination et, ou, sur l'administration des Ig pour s'assurer que l'information sera saisie dans le registre de vaccination et dans le fichier V09.</p> <p>^P Cette recommandation semble justifiée dans le contexte où l'on considère que, dans un milieu familial, la haute contagiosité de la rougeole fait en sorte que près de 80 % des contacts non vaccinés qui sont exposés auront la maladie (PAHO, 2005). De plus, pour éviter à ces contacts de contracter la maladie, on estime qu'une vaccination post exposition ne sera pas efficace.</p> <p>^Q Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et Santé Canada recommandent un retrait à partir du 5^e jour suivant le contact avec un cas contagieux, jusqu'au 21^e jour du dernier contact infectieux. Le groupe de travail considère qu'un retrait pour une période de 14 jours suivant le dernier contact avec un cas contagieux pourrait être suffisant lorsque l'exposition survient au domicile, puisque l'exposition survenue a été plus intense et souvent de façon continue pendant au moins 9 jours (soit la période de contagiosité habituelle d'un cas : 4 jours avant le début du rash jusqu'à 4 jours après le début du rash).</p>

<p>Intervention dans un service de garde à l'enfance en milieu familial</p>	<p>Recherche de cas</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Envoyer une lettre ou un courriel donnant des explications à tous les parents des enfants qui fréquentent le service de garde ainsi qu'au personnel.➤ Dans le contexte d'une éclosion, la Direction de santé publique doit faire un suivi des cas suspects de rougeole que lui signale le service de garde. <p>Intervention auprès des contacts vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Identifier les contacts vulnérables.➤ Leur offrir la vaccination ou les immunoglobulines selon les recommandations. <p>Intervention auprès des contacts réceptifs</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Identifier les contacts réceptifs.➤ Leur offrir la vaccination^R.➤ Lorsque c'est possible, la Direction de santé publique obtient l'information sur la vaccination et, ou, l'administration des Ig pour s'assurer que ces renseignements seront saisis dans le registre de vaccination et dans le fichier V09. <p>^R Pour les membres de la maisonnée : s'ils sont considérés comme réceptifs, envisager leur retrait du milieu scolaire (primaire et secondaire), de garde ou de soins, en fonction de leur exposition au cas. En effet, dans certaines situations, leur exposition peut être comparable à celle qui correspond à la survenue d'un cas en milieu familial.</p>
<p>Intervention dans un service de garde à l'enfance (autre qu'en milieu familial)</p>	<p>Recherche de cas</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Envoi d'une lettre ou d'un courriel donnant des explications à tous les parents des enfants qui fréquentent le service de garde ainsi qu'au personnel.➤ Dans le contexte d'une éclosion, la Direction de santé publique doit faire un suivi des cas suspects de rougeole que lui signale le service de garde. <p>Intervention auprès des contacts vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Identifier les contacts vulnérables.➤ Leur offrir la vaccination ou les immunoglobulines selon les recommandations. <p>Intervention auprès des contacts réceptifs</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Identifier les contacts réceptifs.➤ Leur offrir la vaccination; si possible, sur place.➤ Si la vaccination et, ou, l'administration d'Ig se font par l'intermédiaire d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), il faut s'assurer que les données sont saisies dans le registre de vaccination et dans le fichier V09.➤ Si la vaccination et, ou, l'administration d'Ig ne se font pas par l'intermédiaire d'un CISSS ou d'un CIUSSS, la Direction de santé publique obtient l'information auprès du vaccinateur pour s'assurer que les données sont saisies dans le registre de vaccination et dans le fichier V09.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retirer les contacts réceptifs et instaurer l'isolement à domicile pour une période allant jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas contagieux.
<p>Intervention dans le milieu scolaire</p> <p>Primaire et secondaire</p>	<p>Recherche de cas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Envoyer une lettre ou un courriel donnant des explications à tous les parents des enfants qui fréquentent l'école ainsi qu'au personnel. ➤ Dans le contexte d'une éclosion, la Direction de santé publique doit faire le suivi des cas suspects de rougeole qui lui sont signalés par l'école. <p>Intervention auprès des contacts vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les contacts vulnérables. ➤ Appliquer l'intervention selon les recommandations. <p>Intervention auprès des contacts réceptifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les contacts réceptifs. ➤ Leur offrir la vaccination (1^{re} dose) sur place, dans l'établissement scolaire. ➤ Saisir l'information sur la vaccination et, ou, l'administration d'Ig dans le registre de vaccination et dans le fichier V09 dans le but de documenter le statut immunitaire et les refus de vaccination. ➤ Retirer de l'école^S les contacts réceptifs et instaurer l'isolement à la maison pour une période allant jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas contagieux, ou jusqu'à ce qu'ils soient vaccinés^T, et ce, dès l'identification du 1^{er} cas^U dans l'école. <p>^S Se reporter aux articles du document qui traitent des orientations du directeur national de santé publique sur le retrait en milieu scolaire en présence d'une éclosion de rougeole, à l'adresse suivante : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-278-01W.pdf].</p> <p>^T Bien que la vaccination ne puisse pas toujours être faite à temps (soit dans les 72 heures après l'exposition) pour prévenir un cas secondaire après l'exposition au cas index, il semble justifié de retourner à l'école les contacts réceptifs qui viennent d'être vaccinés, immédiatement après leur vaccination. Comme tous les contacts réceptifs n'auront probablement pas été exposés au cas index, la vaccination permettra alors de les protéger en cas d'exposition à un cas secondaire qui surviendrait. La raison en est que cette vaccination aura été administrée avant l'exposition.</p> <p>^U On fait référence ici à un cas confirmé (soit par laboratoire, soit par lien épidémiologique, selon la définition de cas qui a été retenue).</p>
<p>Intervention dans le milieu d'enseignement</p> <p>Collégial, universitaire ou professionnel</p>	<p>Recherche de cas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Envoyer une lettre ou un courriel donnant des explications aux contacts identifiés. <p>Intervention auprès des contacts vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les contacts vulnérables. ➤ Appliquer l'intervention selon les recommandations. <p>Intervention auprès des contacts réceptifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les contacts réceptifs. ➤ Leur offrir la vaccination; si possible, sur place. ➤ Si la vaccination et, ou, l'administration d'Ig se font par l'intermédiaire d'un CISSS ou d'un CIUSSS, s'assurer que les données sont saisies dans le registre de vaccination et dans le fichier V09.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si la vaccination et, ou, l'administration d'Ig ne se font pas par l'intermédiaire d'un CISSS ou d'un CIUSSS, la Direction de santé publique obtient l'information auprès du vaccinateur pour s'assurer que les données sont saisies dans le registre de vaccination et dans le fichier V09. ➤ Retirer les contacts réceptifs du milieu et instaurer l'isolement à la maison pour une période allant jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas contagieux, ou jusqu'à ce que les contacts soient vaccinés, et ce, dès l'identification du 1^{er} cas dans le milieu.
<p>Intervention dans un milieu de travail</p>	<p>Recherche de cas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En fonction de la situation et de la faisabilité, une lettre ou un courriel donnant des explications devraient être envoyés aux contacts identifiés dans le milieu, <p>Intervention auprès des contacts vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les contacts vulnérables. ➤ Appliquer l'intervention selon les recommandations. <p>Intervention auprès des contacts réceptifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les contacts réceptifs. ➤ Leur offrir la vaccination; si possible, sur place. ➤ Si la vaccination se fait par l'intermédiaire d'un CISSS ou d'un CIUSSS, s'assurer que les données sont saisies dans le registre de vaccination et dans le fichier V09. ➤ Si la vaccination ne se fait pas par l'intermédiaire d'un CISSS ou d'un CIUSSS, la Direction de santé publique obtient l'information auprès du vaccinateur pour s'assurer que les données sont saisies dans le registre de vaccination et dans le fichier V09. ➤ Retirer les contacts réceptifs et instaurer l'isolement à domicile pour une période allant jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas contagieux
<p>Intervention dans un établissement de santé</p> <p>Centre hospitalier de soins de courte durée</p> <p>– Membres du personnel et patients hospitalisés</p>	<p>Intervention auprès du personnel^v</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aviser le bureau de santé du personnel. ➤ Identifier les contacts parmi les membres du personnel qui sont considérés comme vulnérables et appliquer l'intervention selon les recommandations. Identifier les membres du personnel considérés comme non protégés ou réceptifs, et leur offrir la vaccination^w. ➤ Il est recommandé que tous les milieux de soins possèdent une liste à jour de tous les membres du personnel qui leur sont rattachés et qui sont considérés comme immunisés contre la rougeole^w. ➤ Une personne réceptive ne devrait pas être affectée aux soins des patients à partir du 5^e jour suivant son premier contact avec le cas contagieux, et ce, jusqu'au 21^e jour suivant le dernier contact avec ce cas. Cette recommandation est valable peu importe que le travailleur, après son exposition à un cas, ait ou non reçu le vaccin, ou des immunoglobulines (CINQ, 2011).

	<p>Intervention auprès des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aviser l'équipe de PCI ➤ Identifier les contacts vulnérables (définition en page 11) et appliquer l'intervention selon les recommandations faites aux pages 11 et 12. ➤ Identifier les patients considérés comme non protégés ou réceptifs, et leur offrir la vaccination. ➤ Les patients non adéquatement vaccinés doivent être isolés à partir du 5^e jour suivant leur premier contact avec le cas contagieux, et ce, jusqu'au 21^e jour suivant le dernier contact avec ce cas, peu importe qu'en situation de postexposition ils aient reçu le vaccin ou ne l'aient pas reçu, ou qu'ils aient reçu des immunoglobulines (CINQ, 2011). ➤ Les mesures en vigueur sont celles qui sont recommandées dans le contexte d'un isolement par l'application des précautions additionnelles contre une transmission aérienne. ➤ L'isolement prend fin au congé du patient. Un isolement volontaire au domicile du patient doit se poursuivre jusqu'au 14^e jour suivant le dernier contact infectieux avec le cas sauf si, en postexposition, le patient a été vacciné ou a reçu des immunoglobulines. <p>^v La définition de <i>travailleur de la santé</i> qui a été retenue correspond à celle qui a été utilisée pour la vaccination contre la grippe dans le PIQ (MSSS, 2013) à la page 66, soit : « [...] toute personne qui donne des soins de santé ou qui travaille dans un établissement de santé qui fournit des soins à des patients, par exemple médecin, infirmière, ambulancier, pharmacien, professionnel dentaire, étudiant en soins infirmiers ou en médecine, technicien de laboratoire, bénévole, travailleur de soutien ou de l'administration d'un établissement (liste non exhaustive). Le terme inclut les stagiaires et leurs professeurs. » Dans le contexte actuel de la rougeole, il est important de considérer les ambulanciers comme faisant partie du personnel des milieux de soins.</p> <p>^w Ces recommandations devraient être appliquées dans les établissements de santé avant même la survenue d'un cas.</p>
<p>Intervention dans les milieux de soins</p> <p>Clinique de soins ambulatoires (centre hospitalier, centre local de services communautaires [CLSC], clinique privée)</p> <p>– Membres du personnel et patients recevant des soins</p>	<p>Intervention auprès du personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier, parmi les membres du personnel, les contacts considérés comme vulnérables. ➤ Appliquer l'intervention selon les recommandations. ➤ Identifier les membres du personnel considérés comme non protégés ou réceptifs, et leur offrir la vaccination^v. ➤ Il est recommandé que tous les milieux de soins possèdent une liste à jour de tous les membres du personnel qui leur sont rattachés et qui sont considérés comme immunisés contre la rougeole^w. ➤ Une personne réceptive ne devrait pas être affectée aux soins des patients à partir du 5^e jour suivant son premier contact avec le cas contagieux, et ce, jusqu'au 21^e jour suivant le dernier contact avec ce cas. Cette recommandation est valable, peu importe qu'après son exposition à un cas de rougeole, le travailleur ait reçu le vaccin ou ne l'ait pas reçu, ou ait reçu des immunoglobulines (CINQ, 2011).

	<p><i>Intervention auprès des patients</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Identifier les contacts vulnérables et appliquer l'intervention selon les recommandations.➤ Pour les autres personnes en contact avec le cas ou potentiellement en contact avec celui-ci, envoi d'une lettre, selon la faisabilité. <p>^w Ces recommandations devraient être appliquées dans les établissements de santé avant même la survenue d'un cas.</p>
<p>Intervention dans d'autres milieux</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none">• les passagers et le personnel des compagnies de transport public (avion, autobus, etc.)• les membres d'une équipe sportive• les personnes qui font partie d'un groupe dont les participants peuvent être identifiés facilement	<p>Selon la faisabilité, envoi d'une lettre aux contacts identifiés si cette mesure est jugée pertinente et possible.</p> <p>Par l'intermédiaire du réseau <i>Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre [CIOSC]</i>, lancer une alerte de santé publique dans le but de faire connaître l'exposition à la contagion et de pouvoir établir, éventuellement, un lien épidémiologique.</p> <p>Lorsque cela est pertinent, et en se servant d'un avis public, d'un communiqué ou de lettres avec destinataires ciblés, diffuser l'information sur la possibilité de contracter les symptômes de la rougeole et sur la protection que donne la vaccination.</p>

ANNEXES

ANNEXE 1 – LISTE DES AUTEURS DES VERSIONS PRÉCÉDENTES DE LA FICHE TECHNIQUE SUR LA ROUGEOLE

AUTEURS DE LA VERSION 2011-2012

Nicole Boulianne, Institut national de santé publique du Québec

Nicholas Brousseau, Direction de santé publique, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Annie Demers, Direction de santé publique, ASSS de la Capitale-Nationale

Fernand Guillemette, Direction de santé publique, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Patricia Hudson, Direction de santé publique, ASSS de la Montérégie

Marie-Josée Lamoureux-Robert, Direction de santé publique, ASSS de la Montérégie

Monique Landry, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Carol McConnery, Direction de santé publique, ASSS de l'Outaouais

Brigitte Pinard, Direction de santé publique, ASSS de l'Outaouais

Julio C. Soto, Direction des risques biologiques et santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Michèle Tremblay, Direction de santé publique, ASSS de Montréal

Gisèle Trudeau, Direction de santé publique, ASSS de la Capitale-Nationale

Anna Urbanek, Direction de santé publique, ASSS de Montréal

Jasmin Villeneuve, responsable du groupe de travail, Direction de santé publique, ASSS de la Capitale-Nationale

AUTEURS DE LA MISE À JOUR 2013-2014

Nicole Boulianne, Institut national de santé publique du Québec

Nicholas Brousseau, Direction de santé publique, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Fernand Guillemette, Direction de santé publique, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Monique Landry, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Julio C. Soto, Direction des risques biologiques et santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Michèle Tremblay, Direction de santé publique, ASSS de Montréal

Gisèle Trudeau, Direction de santé publique, ASSS de la Capitale-Nationale

Jasmin Villeneuve, responsable du groupe de travail, Direction de santé publique, ASSS de la Capitale-Nationale

ANNEXE 2 – CRITÈRES POUR L'INTERPRÉTATION D'UN TEST IGM POSITIF CHEZ UNE PERSONNE RÉCEMMENT VACCINÉE QUI PRÉSENTE UNE MALADIE FÉBRILE AVEC ÉRUPTION CUTANÉE (EN L'ABSENCE DE DÉTECTION DE LA SOUCHE VIRALE)

Un résultat d'IgM positif chez un individu récemment vacciné contre la rougeole, et présentant une maladie fébrile aiguë avec une éruption cutanée, peut être secondaire à la vaccination ou à une réelle infection par le virus de la rougeole. En conséquence, il n'est pas toujours facile de faire une distinction entre les deux situations.

À des fins de surveillance, dans un contexte d'élimination de la rougeole, il se peut qu'un individu récemment vacciné, pour lequel un résultat de sérologie IgM est positif, **ne soit pas retenu comme un cas de rougeole** et qu'il soit plutôt classé comme présentant un rash résultant de la vaccination si **tous** les critères suivants sont respectés :

- √ présence d'une éruption cutanée (rash), avec ou sans fièvre, mais absence de toux ou d'autres symptômes respiratoires;
- √ éruption cutanée ayant débuté dans une période s'échelonnant de 7 à 14 jours après l'administration du vaccin contre la rougeole;
- √ sérum (IgM) prélevé au cours d'une période allant de 8 à 56 jours après la vaccination et qui se révèle positif en ce qui concerne la rougeole;
- √ après une recherche minutieuse, aucune identification d'un autre cas (source ou secondaire);
- √ investigations n'ayant pas permis d'identifier d'autres causes.

Traduit et adapté de Dietz et autres, 2004.

ANNEXE 3 – COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA ROUGEOLE AVEC CELLES D'AUTRES MALADIES INFECTIEUSES VIRALES

	Rougeole	Rubéole	Érythème infectieux (5 ^e maladie)	Roséole (Exanthème subit)
Étiologie	Virus de la rougeole	Virus de la rubéole	Parvovirus humain B19	Virus de l'herpès humain 6 <i>Affecte généralement les jeunes enfants.</i>
Période d'incubation (jours)	De 7 à 21	De 12 à 23	De 4 à 14	De 5 à 15
Fièvre	Oui	Oui	Oui	Oui <i>Fièvre élevée pendant 3 ou 4 jours.</i>
Rash	Oui	Oui	Oui	Oui
Caractéristiques	Maculopapulaire	Maculopapulaire	Maculopapulaire	Maculopapulaire
Distribution	Céphalo-caudale	Céphalo-caudale	Céphalo-caudale	Thorax et abdomen
Durée	De 4 à 7 jours	De 4 à 7 jours	De 5 à 10 jours	D'heures à jour <i>Apparaît dès que la fièvre cesse.</i>
Conjonctivite	Oui	Non	Non	Non
Toux	Oui	Non	Non	Non
Coryza	Oui	Non	Oui	Non
Adénopathie rétro-auriculaire	Non	Oui	Non	Oui
Test sérologique pour détecter l'infection aiguë	IgM	IgM	IgM	IgM
Conséquences de l'infection durant la grossesse :				
• avortement	Oui	Oui	Oui	Non
• malformations congénitales	Non	Oui	Non	Non
Vaccination préventive	Oui	Oui	Non	Non

Tableau adapté du document de la PAHO, 2005, p. 9.

ANNEXE 4 – TEMPS REQUIS POUR QU'UNE CHAMBRE D'ISOLEMENT POUR INFECTIONS À TRANSMISSION AÉRIENNE PUISSE ÉRADICHER M. TUBERCULOSIS (CCPMI, 2009)

Renouvellements d'air à l'heure et temps en minutes nécessaire pour des rendements d'élimination de 90 %, 99 % ou 99,9 % des contaminants aéroportés

Ce tableau a été préparé selon la formule $t = (in C2/C1) / (Q/V) = 60$, qui est une adaptation de la formule pour le taux d'élimination des contaminants aéroportés (100-Mutchler 1973) avec $t1 = 0$ et $C2/C1 = 1 - (\text{rendement d'élimination}/100)$.

Nombre de renouvellements d'air à l'heure	Minutes requises pour un rendement d'élimination de :		
	90 %	99 %	99,9 %
1	138	276	414
2	69	138	207
3	46	92	138
4	35	69	104
5	28	55	83
6	23	46	69
7	20	39	59
8	17	35	52
9	15	31	46
10	14	28	41
11	13	25	38
12	12	23	35
13	11	21	32
14	10	20	30
15	9	18	28
16	9	17	26
17	8	16	24
18	8	15	23
19	7	15	22
20	7	14	21

Si :
 $t1$ = temps initial
 $C1$ = concentration initiale de contaminants
 $C2$ = concentration finale de contaminants
 Q = débit d'air (pieds cubes à l'heure)
 V = volume de la chambre (pieds cubes)
 $Q + V = RAH$

Source : Membres du comité *ad hoc* ayant établi les Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). « Measles », dans L.K. Pickering et autres, *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27^e édition, Elk Grove Village (Illinois), American Academy of Pediatrics, 2006, p. 441.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'IMMUNISATION (CCNI). *Guide canadien d'immunisation*, 7^e édition, Agence de la santé publique du Canada, 2006, 410 p.

COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (CCPMI). *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, Toronto, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, août 2009, p. 92.

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ). *Réponses du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) aux questions du groupe de travail de la TCNMI sur la rougeole*, 23 juin 2011, 5 p.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (CIQ, 2011a). *Réponses aux questions du réseau concernant la rougeole discutées lors de la 85^e réunion du Comité sur l'immunisation du Québec, les 2 et 3 juin 2011*, document non publié, 2 p.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (CIQ, 2011b). *Addendum au protocole d'intervention sur la rougeole : Révision de la réponse à la question 33 et question sur le dépistage du statut immunitaire contre la rougeole chez les femmes enceintes*, Avis n^o Rougeole / 2011 / 036, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2 septembre 2011, 5 p.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (CIQ, 2011c). *Utilisation des immunoglobulines chez les personnes immunosupprimées ayant eu un contact avec un cas de rougeole*, Avis n^o Rougeole / 2011 / 043, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 16 décembre 2011, 3 p.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (CIQ). *Avis du Comité sur l'immunisation du Québec sur la vaccination contre la rougeole et les oreillons des personnes nées avant 1970*, Avis n^o Rougeole / 2013 / 065, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 17 juin 2013, 5 p.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (CIQ). *Avis sur la définition de contact significatif avec un cas de rougeole*, Avis n^o Rougeole / 2016 / 120, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 6 juin 2016, 5 p.

DAYAN, G.H., et autres. « Measles », dans S.W. Roush, L. McIntyre et L.M. Baldy (sous la direction de), *Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases*, chapitre 7, 4^e édition, Atlanta (Géorgie), Centers for Disease Control and Prevention, 2008, 16 p.

DIETZ, V., et autres. « The laboratory confirmation of suspected measles cases in settings of low measles transmission: conclusions from the experience in the Americas », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, n^o 11, novembre 2004, p. 852-857.

FOERSTER V., C. PERRAS, C. SPRY et L. WEEKS. Public health intervention to reduce the secondary spread of measles, Ottawa, CADTH, mai 2015 (CADTH rapid response report : systematic review). Disponible en ligne : [<https://www.cadth.ca/fr/interventions-de-sante-publique-visant-reduire-la-propagation-secondaire-de-la-rougeole>].

HEYMANN, D. L. *Control of Communicable Diseases Manual*, 19^e édition, Washington (D.C.), American Public Health Association, 2008, 746 p.

KLIEGMAN, R. M., et autres. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19^e édition, Philadelphie (Pennsylvanie), Elsevier Saunders, 2011, 2610 p.

MANDELL, G. L., J.E. BENNETT et R. DOLIN (sous la direction de). *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, vol. 2, 7^e édition, Philadelphie (Pennsylvanie), Churchill Livingstone Elsevier, 2010, p. 2232.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Protocole d'intervention : La rougeole, mise à jour 2003*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 53 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p. 255.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Orientations du directeur national de santé publique sur le retrait en milieu scolaire lors d'une éclosion de rougeole*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015. 29 p.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Measles Elimination – Field Guide*, 2^e édition, Washington (D.C.), PAHO, Scientific and Technical Publication n^o 605, 2005, 97 p.

PLOTKIN, S. A., W. A. ORENSTEIN et P.A. OFFIT. *Vaccines*, 5^e édition, Philadelphie (Pennsylvanie), Saunders Elsevier, 2008, 1725 p.

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA (RMTC). *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosions de rougeole au Canada*, Agence de la santé publique du Canada, octobre 2013, vol. 39, DCC-3, 58 p.