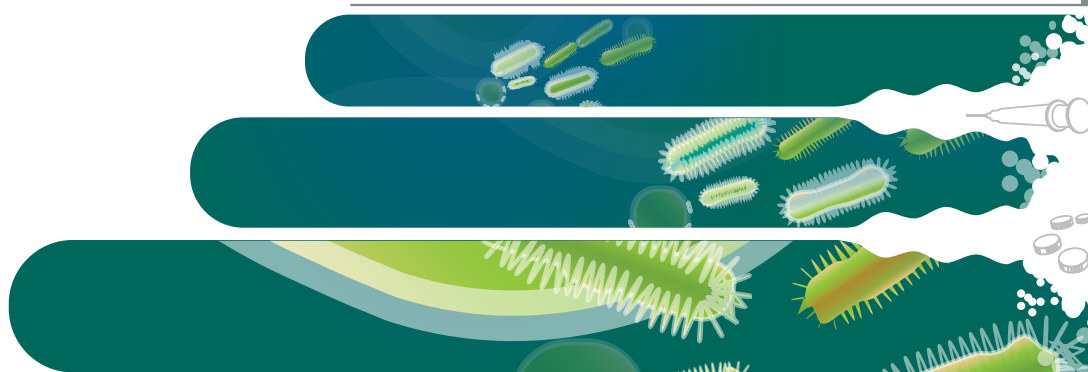


# Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts



Orientations approuvées par la TCNSP  
le 26 octobre 2011

Le présent document constitue une mise à jour  
de la fiche technique 2011-2012 et remplace  
le *Protocole d'intervention Rougeole* de 2003.

**La rougeole 2013-2014**

## **Auteurs de la version 2011-2012:**

Nicole Boulianne, coordonnatrice  
Groupe scientifique en immunisation  
*Institut national de santé publique du Québec*

Nicholas Brousseau, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*

Annie Demers, infirmière clinicienne en  
maladies infectieuses  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*

Fernand Guillemette, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*

Patricia Hudson, coordonnatrice  
Programme maladies transmissibles  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*

Marie-Josée Lamoureux-Robert,  
médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*

Monique Landry, médecin-conseil  
Direction de la protection de la santé publique  
*Ministère de la Santé et des Services sociaux*

Carol McConnery, coordonnatrice  
Programme maladies transmissibles  
*Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais*

Brigitte Pinard, résidente 5  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais*

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

Michèle Tremblay, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*

Gisèle Trudeau, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*

## **Édition :**

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

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](http://www.msss.gouv.qc.ca)** section **Documentation**, rubrique **Publications**

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

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014  
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70863-6 (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, 2014

Anna Urbanek, infirmière clinicienne Vigie et protection  
Direction de santé publique

*Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil et responsable  
du groupe de travail

Direction de santé publique

*Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*

## **Auteurs de la mise à jour 2013-2014:**

Nicole Boulianne, coordonnatrice  
Groupe scientifique en immunisation  
*Institut national de santé publique du Québec*

Nicholas Brousseau, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*

Fernand Guillemette, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*

Monique Landry, médecin-conseil  
Direction de la protection de la santé publique  
*Ministère de la Santé et des Services sociaux*

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

Michèle Tremblay, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*

Gisèle Trudeau, médecin-conseil  
Direction de santé publique  
*Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil et responsable  
du groupe de travail

Direction de santé publique

*Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*

## Contexte

La fiche technique relative à la rougeole a été initialement produite en 2011-2012 par un groupe de travail mandaté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI). Elle donne des précisions sur les interventions recommandées pour la gestion des cas de rougeole et de leurs contacts. Il est important de mentionner que ce document s'inscrit dans un contexte d'élimination de la rougeole, où l'on vise à faire diminuer le nombre de personnes réceptives à la rougeole à moins de 5 % de la population. Cette orientation module l'ensemble des activités recommandées.

Une campagne de vaccination massive a été menée, de décembre 2011 à juin 2012, auprès des élèves des écoles primaires et secondaires de la province de Québec. Malgré les améliorations observées, la proportion des élèves adéquatement protégés contre la rougeole au Québec serait toujours inférieure à 95 %. La transmission de la rougeole dans la population québécoise reste donc toujours possible.

En octobre 2012, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) publiait une version préliminaire de ses *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosions de rougeole au Canada* (dont la version finale a été diffusée en octobre 2013 (RMTC, 2013)). À la suite de cette publication, les membres de la TCNMI ont demandé une révision des recommandations contenues dans les deux documents, pour assurer la cohérence des interventions entre les niveaux provincial et fédéral.

Le présent document constitue une mise à jour de la présente fiche technique aux fins de l'harmonisation des recommandations.

## Objectif des interventions

Les objectifs visés par les interventions contenues dans la présente fiche technique sont :

- 1) de prévenir les conséquences de la rougeole chez les individus considérés comme vulnérables ;
- 2) d'interrompre la transmission de la rougeole dans un milieu particulier.

**REMARQUE**

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

<p><b>Agent pathogène</b></p>	<p>Virus du genre <i>Morbillivirus</i>, de la famille des Paramyxoviridae (PAHO, 2005)</p>
<p><b>Définition de cas</b> (selon le questionnaire du 30 juin 2011)</p>	<p><b>Cas en suspens :</b> Cas suspect en attente d'informations supplémentaires.</p> <p><b>Cas clinique :</b> Présence des trois symptômes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fièvre <math>\geq 38,3</math> °C (101 °F) <b>et</b></li> <li>2. Toux ou coryza ou conjonctivite <b>et</b></li> <li>3. Éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours.</li> </ol> <p><b>Cas confirmé par laboratoire :</b> Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente <sup>A</sup> contre la rougeole :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Isolement ou détection d'acides nucléiques du virus de la rougeole d'un échantillon clinique approprié (voir à la p. 3) ; <b>ou</b></li> <li>2. Détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole chez une personne ayant un lien avec un cas confirmé en laboratoire, ou qui a voyagé récemment dans une région où l'on s'ait qu'il y a des cas de rougeole <sup>B</sup> ; <b>ou</b></li> <li>3. Détection d'une augmentation significative (par un facteur d'au moins 4) <sup>C</sup> du taux d'anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.</li> </ol> <p><b>Cas confirmé par lien épidémiologique :</b> Présence des trois symptômes suivants et lien épidémiologique :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fièvre <math>\geq 38,3</math> °C (101 °F) <b>et</b></li> <li>2. Toux ou coryza ou conjonctivite <b>et</b></li> <li>3. Éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours <b>et</b> lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.</li> </ol> <p>Le lien épidémiologique est défini par un ou plusieurs des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contact avec un cas confirmé de rougeole ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• appartenance à un groupe à risque défini pendant une éclosion.</li> </ul> <p><sup>A</sup> En présence d'une immunisation récente (voir l'annexe 1), la validation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié.</p>

<p><b>Définition de cas (suite)</b></p>	<p><sup>B</sup> 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 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><sup>C</sup> L'augmentation significative du taux d'anticorps pourra être différente en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément, au même laboratoire, les deux sérums prélevés entre une à trois semaines d'intervalle.</p> <p><b>NOTE :</b> Bien que le cas confirmé en laboratoire n'ait pas à satisfaire parfaitement à la définition d'un cas clinique, il devrait néanmoins présenter un tableau clinique évocateur de la rougeole.</p>
<p><b>Définition d'une éclosion</b></p>	<p><u>Un seul cas confirmé</u> de rougeole survenant dans un milieu en particulier (ex. : école, service de garde, établissement de soins) suffit pour que ce soit considéré comme une éclosion.</p> <p>Pour des fins de surveillance et de vigie, la fin de l'éclosion sera fixée au 32<sup>e</sup> jour <sup>D</sup> après la dernière présence du dernier cas contagieux dans le milieu.</p> <p><sup>D</sup> La durée de 32 jours a été déterminée sur la base de 2 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><b>Tableau clinique</b></p>	<p>Fièvre <math>\geq 38,3</math> °C (101 °F).</p> <p>Toux.</p> <p>Coryza : obstruction nasale avec rhinorrhée importante.</p> <p>Conjonctivite, avec larmoiement excessif ; avec ou sans photophobie.</p> <p>Signe de Koplik : petites lésions irrégulières rouges avec un centre blanc bleuâtre sur les muqueuses de la bouche, apparaissant un ou deux jours avant le début du rash (pathognomonique) ; rapporté chez 50 à 80 % des cas (PAHO, 2005 ; Kliegman <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Éruption (rash) maculopapulaire généralisée débutant sur le front, puis s'étendant au visage, au cou, au tronc et aux membres ; commence de trois à cinq jours après le début des symptômes ; dure de trois à sept jours.</p> <p><b>NOTE :</b> 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 <i>et al.</i>, 2010). Les personnes immunosupprimées pourraient ne pas présenter le rash typique (AAP, 2006).</p>

<p><b>Complications</b> (Plotkin <i>et al.</i>, 2008; Kliegman, 2011)</p>	<p>Hospitalisation (19 %) Otite moyenne (7-9 %) Pneumonie (1-6 %) Diarrhée (8 %) Encéphalite post-infectieuse (1 par 1 000 - 2 000 cas) Décès (1 par 3 000 cas) <sup>E</sup></p> <p><sup>E</sup> Dans des pays développés, comme le Canada, le taux de mortalité est estimé à un cas pour 3 000 (CCNI, 2006). Certains pays, dont les États-Unis, rapportent un taux de mortalité pouvant aller jusqu'à 1 à 3 cas pour 1 000 (Plotkin <i>et al.</i>, 2008 ; Kliegman, 2011).</p>											
<p><b>Épidémiologie</b></p>	<p><u>Période d'incubation</u> :</p> <p>Elle varie habituellement de 7 à 14 jours entre le contact et le début du rash. Elle peut à l'occasion aller jusqu'à 21 jours chez les personnes immunosupprimées et chez celles qui ont reçu des immunoglobulines (AAP, 2006 ; Dayan <i>et al.</i>, 2008 ; Heymann, 2008 ; Plotkin <i>et al.</i>, 2008).</p> <p><u>Période de contagiosité</u> :</p> <p>De quatre jours avant jusqu'à quatre jours après le début du rash.</p> <p><u>Transmission du virus</u> :</p> <p>Par voie aérienne et par la 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>											
<p><b>Diagnostic différentiel</b></p>	<p>Le diagnostic différentiel prend en compte les infections virales (PAHO, 2005) suivantes (voir l'annexe 2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la rubéole,</li> <li>- l'érythème infectieux (5<sup>e</sup> maladie),</li> <li>- la roséole (exanthème subit).</li> </ul> <p>À l'occasion d'une demande de tests pour la rougeole, il est recommandé de prescrire en même temps une recherche sérologique d'IgM pour la rubéole et le parvovirus B19.</p>											
<p><b>Tests diagnostiques pour confirmation par laboratoire</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Test diagnostique</th> <th style="text-align: center;">Échantillon</th> <th style="text-align: center;">Délai pour prélever l'échantillon</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">Isolement du virus de la rougeole (culture)</td> <td style="text-align: center;">Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx</td> <td style="text-align: center;">≤ 4 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Urine (50-100 ml)</td> <td style="text-align: center;">≤ 7 jours après le début de l'éruption</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Sérologie IgM</td> <td style="text-align: center;">Sang (≥ 3 ml)</td> <td style="text-align: center;">Entre 3 et 28 jours après le début de l'éruption</td> </tr> </tbody> </table>	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 (50-100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption	Sérologie IgM	Sang (≥ 3 ml)	Entre 3 et 28 jours après le début de l'éruption
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 (50-100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption										
Sérologie IgM	Sang (≥ 3 ml)	Entre 3 et 28 jours après le début de l'éruption										

<b>Tests diagnostiques pour confirmation par laboratoire (suite)</b>	<b>Test diagnostique</b>	<b>Échantillon</b>	<b>Délai pour prélever l'échantillon</b>
	Sérologie IgG	1 <sup>er</sup> sérum (phase aiguë)	≤ 7 jours après le début de l'éruption
		2 <sup>e</sup> sérum (convalescence)	entre 1 et 3 semaines après le 1 <sup>er</sup> 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 (50-100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption
Génotypage de la souche (sur culture)	Écouvillon des sécrétions du pharynx et du nasopharynx	≤ 4 jours après le début de l'éruption	
	Urine (50-100 ml)	≤ 7 jours après le début de l'éruption	
<b>Traitement des cas</b>	Pas de traitement spécifique. Traitement de soutien en cas de complications.		
<b>Enquête auprès des cas</b>	Pour chacun des cas déclarés, recueillir les informations permettant de déterminer si une enquête sera nécessaire et si des prélèvements devront être effectués.  Cette collecte d'informations devrait se faire le plus vite possible, et idéalement dans les 24 heures suivant la déclaration.		
<b>Recherche des contacts (MSSS, 2003)</b>	<p>Définition d'un contact significatif :</p> <p>Personne exposée au virus de la rougeole pendant la période de contagiosité d'une personne atteinte (soit de quatre jours avant à quatre jours après le début de l'éruption).</p> <p>Sont considérés comme des contacts significatifs :</p> <p><u>dans le milieu familial :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les personnes vivant sous le même toit (dont les parents et la fratrie),</li> <li>• les amis intimes ;</li> </ul> <p><u>dans les services de garde à l'enfance en milieu familial :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tout le personnel du service de garde,</li> <li>• tous les enfants fréquentant le service de garde,</li> <li>• les personnes vivant dans la maison où est hébergé le service de garde,</li> <li>• les personnes ayant circulé, durant les heures d'activités, dans les espaces utilisés régulièrement par les enfants (y compris les personnes qui viennent conduire ou chercher les enfants) ;</li> </ul>		

<p><b>Recherche des contacts</b> (suite)</p>	<p><u>dans les services de garde à l'enfance</u> (autres qu'en milieu familial) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tout le personnel du service de garde,</li><li>• tous les enfants fréquentant le service de garde,</li><li>• les personnes ayant circulé, durant les heures d'activités, dans les espaces utilisés régulièrement par les enfants (y compris les personnes qui viennent conduire ou chercher les enfants) ;</li></ul> <p><u>dans un milieu scolaire</u> (primaire et secondaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tous les travailleurs de l'école, y compris les bénévoles,</li><li>• tous les élèves de l'école,</li><li>• tous les chauffeurs d'autobus ;</li></ul> <p><u>dans un milieu scolaire</u> (collégial, universitaire ou professionnel) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• les amis intimes,</li><li>• le personnel et les étudiants d'un même groupe qui partagent la même salle de cours,</li><li>• les membres d'une même équipe sportive ;</li></ul> <p><u>dans un milieu de travail</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• les personnes partageant les mêmes horaires et les mêmes locaux de travail que le cas ;</li></ul> <p><u>dans un milieu de soins</u> (Comité sur les infections nosocomiales du Québec - CINQ, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• une personne qui s'est trouvée dans la même chambre qu'un cas de rougeole, sans protection appropriée,</li><li>• une personne qui a eu un contact face à face avec une personne contagieuse, sans protection appropriée dans un endroit ouvert,</li><li>• une personne qui s'est trouvée dans 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),</li><li>• 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 3),</li><li>• lorsqu'un patient contagieux séjournait dans une unité de soins :<ul style="list-style-type: none"><li>– 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 (incluant celles qui ont eu leur congé),</li><li>– si le patient contagieux demeurait dans sa chambre et que la porte de sa chambre est demeurée fermée pendant sa période de contagiosité : seulement les personnes partageant la même chambre ou ayant circulé</li></ul></li></ul>
--	---

<p><b>Recherche des contacts</b> (suite)</p>	<p>dans la chambre sont considérées comme des contacts.</p> <p><b>NOTE</b> : Durée d'un contact dans un milieu de soins pour qu'il soit considéré comme significatif :</p> <p>Il est difficile de confirmer qu'une exposition est significative sur le seul critère de la durée. Il faut plutôt considérer un ensemble de facteurs comme : la proximité du contact, la durée totale du contact (incluant 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.</p> <p>Une approche de gestion de risques de transmission d'infection nosocomiale doit être utilisée pour procéder à une évaluation au cas par cas et déterminer si l'exposition est significative ou non.</p> <p><u>dans les autres milieux</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les passagers et le personnel des compagnies de transport public (par avion, autobus, etc.)<sup>F</sup>,</li> <li>• les membres d'une équipe sportive,</li> <li>• les personnes faisant partie d'un groupe dont les participants sont facilement identifiables.</li> </ul> <p><sup>F</sup> La recherche de ces contacts ne sera pas entreprise d'emblée, à moins qu'une intervention particulière ne soit envisagée.</p>																																															
<p><b>Contact considéré comme <u>adéquatement protégé</u> contre la rougeole</b> (MSSS, 2013 ; CIQ, 2013)</p>	<p>Tout contact qui répond à au moins un des critères suivants :</p> <table border="1" data-bbox="613 1039 1377 1774"> <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<sup>G</sup></th> <th>2 doses<sup>H</sup></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 entre 1970 et 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 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>Ayant une attestation médicale certifiant qu'il a eu la rougeole avant le 1<sup>er</sup> janvier 1996<sup>I</sup></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p><sup>G</sup> Une dose de vaccin vivant à partir de l'âge de 1 an.  <sup>H</sup> Deux doses de vaccin vivant à partir de l'âge de 1 an, suivant un intervalle de quatre semaines entre les doses.  <sup>I</sup> 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 <sup>G</sup>	2 doses <sup>H</sup>	Aucune dose	Né depuis 1980		X		Né entre 1970 et 1979 :				– stagiaire ou travailleur de la santé		X		– voyageur		X		– recrue militaire		X		– travailleur dans une garderie ou une école	X			– autre	X			Né avant 1970			X	Ayant une attestation médicale certifiant qu'il a eu la rougeole avant le 1 <sup>er</sup> janvier 1996 <sup>I</sup>			X	Ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole			X
Catégorie	Nombre de doses de vaccin requises pour être considéré comme protégé																																															
	1 dose <sup>G</sup>	2 doses <sup>H</sup>	Aucune dose																																													
Né depuis 1980		X																																														
Né entre 1970 et 1979 :																																																
– stagiaire ou travailleur de la santé		X																																														
– voyageur		X																																														
– recrue militaire		X																																														
– travailleur dans une garderie ou une école	X																																															
– autre	X																																															
Né avant 1970			X																																													
Ayant une attestation médicale certifiant qu'il a eu la rougeole avant le 1 <sup>er</sup> janvier 1996 <sup>I</sup>			X																																													
Ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole			X																																													

<p><b>Contact considéré comme non protégé ou réceptif</b></p>	<p>Tout contact qui ne répond pas à au moins un des critères du tableau précédent.</p>
<p><b>Contact considéré comme vulnérable<sup>J</sup></b></p> <p><sup>J</sup> Défini ici comme une personne pour qui le risque de complications est élevé.</p>	<p>Tout contact faisant partie de l'un des groupes ci-dessous (MSSS, 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les enfants de moins de 12 mois ;</li> <li>• les femmes enceintes réceptives nées après 1970 (incluant les femmes enceintes nées entre 1970 et 1979, et ayant reçu une seule dose de vaccin (CIQ, 2011b)<sup>K</sup> ;</li> <li>• les personnes immunosupprimées suivantes<sup>L</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– les personnes greffées de moelle osseuse, peu importe leur âge, leur statut vaccinal et qu'elles aient eu ou non la rougeole,</li> <li>– 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><sup>K</sup> En post-exposition, les femmes enceintes nées entre 1970 et 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 cadre d'une intervention individuelle en post-exposition, le risque plus élevé de complications de la rougeole chez une femme enceinte justifiant une mesure additionnelle de protection.</p> <p><sup>L</sup> 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 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"> <li>• toute personne née avant 1970 est considérée comme ayant eu la rougeole ;</li> <li>• une personne née en 1970 ou après doit avoir une preuve (médicale ou de laboratoire) qui confirme qu'elle a eu la rougeole.</li> </ul>

<b>INTERVENTION AUPRÈS DES CAS ET DES CONTACTS</b>	
<b>Intervention auprès des cas</b>	<p>Isolement à la maison jusqu'au 4<sup>e</sup> jour (inclus) après le début du rash.</p> <p><u>Dans un milieu de soins :</u></p> <p>Isolement par l'application des mesures de précautions additionnelles de type aérien, jusqu'au 4<sup>e</sup> jour (inclus) après le début du rash.</p>
<b>Intervention auprès des contacts vulnérables</b> (peu importe le milieu) (MSSS, 2003)	<p>Les contacts considérés vulnérables sont définis à la page 8.</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<sup>M</sup> (CIQ, 2011a) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacciner si le premier contact remonte à moins de 72 h ;</li> <li>• administrer des immunoglobulines (Ig) si le premier contact infectieux remonte à 72 heures et plus, mais à moins de 7 jours.</li> </ul> <p>Pour les autres contacts considérés vulnérables (femmes enceintes réceptives, enfants de moins de 6 mois ou personnes immunosupprimées) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la vaccination est contre-indiquée ;</li> <li>• administrer des immunoglobulines si le premier contact infectieux remonte à moins de 7 jours (soit jusqu'à 6 jours, 23 heures et 59 minutes).</li> </ul> <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 ; se référer au médecin traitant dans le cas des personnes séropositives pour le VIH.</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<sup>N</sup>.</p> <p><sup>M</sup> Ces enfants sont considérés protégés face à l'exposition actuelle. Ils devront toutefois compléter leur vaccination selon les recommandations du PIQ (MSSS, 2013).</p> <p><sup>N</sup> Le retrait apparaît indiqué puisque, même si elles sont administrées dans les délais fixés, les Ig ne réduisent que de 50 % le risque de développer 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>
<b>Mesures d'hygiène et de salubrité</b>	<p><u>Dans les établissements de santé :</u></p> <p>Suivre les recommandations des équipes d'hygiène et salubrité et de prévention et contrôle des infections.</p> <p><u>Dans tous les autres milieux :</u></p> <p>Appliquer les mesures habituelles de nettoyage et de désinfection.</p>

<p><b>Intervention dans le milieu familial</b></p>	<p><u>Recherche de cas</u> :</p> <p>Selon le questionnaire d'enquête.</p> <p><u>Intervention auprès des contacts vulnérables</u> :</p> <p>Identifier les contacts vulnérables (définition en page 8).</p> <p>Leur offrir la vaccination ou les immunoglobulines selon les recommandations émises en page 9.</p> <p><u>Intervention auprès des contacts réceptifs</u> :</p> <p>Identifier les contacts réceptifs.</p> <p>Pour les contacts travaillant dans un milieu scolaire (primaire et secondaire) ou un milieu de garde, ou fréquentant de tels milieux : les en retirer pour une période de 14 jours après leur dernier contact avec un cas contagieux <sup>○ P</sup>.</p> <p>Pour les contacts travaillant dans un milieu de soins (incluant les ambulanciers) ou fréquentant un tel milieu : les en retirer pour une période de 21 jours <sup>Q</sup> après leur dernier contact avec un cas contagieux <sup>○ P</sup>. Dans certaines situations, lorsque l'exposition en milieu familial est en continue, on pourrait considérer le retrait du travailleur pour une période de 14 jours <sup>Q</sup> après leur dernier contact avec un cas contagieux.</p> <p>Leur offrir la vaccination.</p> <p><sup>○</sup> Cette recommandation apparaît 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 exposés auront la maladie (PAHO, 2005). On estime de plus qu'une vaccination post-exposition ne sera pas efficace pour éviter à ces contacts de développer la maladie.</p> <p><sup>P</sup> Se référer aux articles 103, 106, 108 et 109 de la Loi sur la santé publique (voir l'annexe 4).</p> <p><sup>Q</sup> Le CINQ et Santé Canada recommandent un retrait du 5<sup>e</sup> jour jusqu'à 21 jours après un contact avec un cas contagieux. Le groupe de travail considère qu'un retrait pour une période de <u>14 jours après le dernier contact contagieux</u> pourrait être suffisant lorsque l'exposition survient au domicile, puisque l'exposition survenue a été plus intense et souvent en 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). Donc, 9 jours + 14 jours = 23 jours après le premier contact contagieux.</p>
<p><b>Intervention dans un service de garde à l'enfance en milieu familial</b></p>	<p><u>Recherche de cas</u> :</p> <p>Envoyer une lettre ou un courriel explicatif à tous les parents des enfants fréquentant le service de garde ainsi qu'au personnel (voir l'annexe 5).</p> <p>Dans le contexte d'une éclosion, suivi par la Direction de santé publique (DSP) des cas suspects de rougeole qui lui sont signalés par le service de garde.</p> <p><u>Intervention auprès des contacts vulnérables</u> :</p> <p>Identifier les contacts vulnérables (définition en page 8).</p> <p>Leur offrir la vaccination ou les immunoglobulines selon les recommandations émises en page 9.</p>

<p><b>Intervention dans un service de garde à l'enfance en milieu familial</b> (suite)</p>	<p><u>Intervention auprès des contacts réceptifs :</u> Identifier les contacts réceptifs. Leur offrir la vaccination <sup>R</sup>. <sup>R</sup> 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. Dans certaines situations, en effet, leur exposition peut être comparable à celle qui correspond à la survenue d'un cas en milieu familial.</p>
<p><b>Intervention dans un service de garde à l'enfance</b> (autre qu'en milieu familial)</p>	<p><u>Recherche de cas :</u> Envoi d'une lettre ou d'un courriel explicatif à tous les parents des enfants fréquentant le service de garde ainsi qu'au personnel (voir l'annexe 5). Dans le contexte d'une éclosion, suivi par la Direction de santé publique (DSP) des cas suspects de rougeole qui lui sont signalés par le service de garde. <u>Intervention auprès des contacts vulnérables :</u> Identifier les contacts vulnérables (définition en page 8). Leur offrir la vaccination ou les immunoglobulines selon les recommandations émises en page 9. <u>Intervention auprès des contacts réceptifs :</u> Identifier les contacts réceptifs. Leur offrir la vaccination (si possible sur place). Envisager le retrait des contacts réceptifs pour une période allant jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas contagieux ou jusqu'à ce qu'ils soient vaccinés, selon la couverture vaccinale ou des facteurs propres au milieu.</p>
<p><b>Intervention dans le milieu scolaire</b> Primaire et secondaire</p>	<p><u>Recherche de cas :</u> Envoyer une lettre ou un courriel explicatif à tous les parents des enfants fréquentant l'école ainsi qu'au personnel (voir l'annexe 5). Dans le contexte d'une éclosion, suivi par la Direction de santé publique (DSP) des cas suspects de rougeole qui lui sont signalés par l'école. <u>Intervention auprès des contacts vulnérables :</u> Identifier les contacts vulnérables (définition en page 8). Appliquer l'intervention selon les recommandations émises en page 9. <u>Intervention auprès des contacts réceptifs :</u> Identifier les contacts réceptifs. Leur offrir la vaccination (1<sup>re</sup> dose) sur place dans l'établissement scolaire.</p>

<p><b>Intervention dans le milieu scolaire</b> Primaire et secondaire (suite)</p>	<p>Retirer les contacts réceptifs de l'école pour une période allant jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas contagieux, ou jusqu'à ce qu'ils soient vaccinés<sup>S</sup>, dès l'identification du 1<sup>er</sup> cas<sup>T</sup> dans l'école.</p> <p><sup>S</sup> 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 apparaît justifié de retourner à l'école les contacts réceptifs qui viennent d'être vaccinés, immédiatement après leur vaccination. Tous les contacts réceptifs n'auront probablement pas été exposés au cas index, et la vaccination permet alors de les protéger en cas d'exposition à un cas secondaire qui surviendrait (car elle aura été administrée avant l'exposition).</p> <p><sup>T</sup> On fait référence ici à un cas confirmé (soit par laboratoire ou par lien épidémiologique, selon la définition de cas retenue).</p>
<p><b>Intervention dans le milieu scolaire</b> Collégial, universitaire ou professionnel</p>	<p><u>Recherche de cas :</u> Envoyer une lettre ou un courriel explicatif aux contacts identifiés, selon la définition donnée à la page 5 (voir l'annexe 5).</p> <p><u>Intervention auprès des contacts vulnérables :</u> Identifier les contacts vulnérables (définition en page 8). Appliquer l'intervention selon les recommandations émises en page 9.</p> <p><u>Intervention auprès des contacts réceptifs :</u> Identifier les contacts réceptifs. Leur offrir la vaccination.</p>
<p><b>Intervention dans un milieu de travail</b></p>	<p><u>Recherche de cas :</u> En fonction de la situation et de la faisabilité, une lettre ou un courriel explicatif devrait être envoyé aux contacts identifiés dans le milieu, selon la définition donnée à la page 5 (voir l'annexe 5).</p> <p><u>Intervention auprès des contacts vulnérables :</u> Identifier les contacts vulnérables (définition en page 8). Appliquer l'intervention selon les recommandations émises en page 9.</p> <p><u>Intervention auprès des contacts réceptifs :</u> Identifier les contacts réceptifs. Leur offrir la vaccination.</p>

<p><b>Intervention dans un établissement de santé</b></p> <p>Centre hospitalier de soins de courte durée</p> <p>– Membres du personnel et patients hospitalisés</p>	<p><u>Intervention auprès du personnel</u><sup>U</sup> :</p> <p>Aviser le bureau de santé du personnel.</p> <p>Identifier les contacts considérés vulnérables parmi les membres du personnel (intervention selon les recommandations faites à la page 9).</p> <p>Identifier les membres du personnel considérés comme non protégés ou réceptifs et leur offrir la vaccination<sup>V</sup>.</p> <p>Il est recommandé que tous les milieux de soins possèdent une liste à jour de tous les membres de leur personnel considérés comme immunisés contre la rougeole<sup>V</sup>.</p> <p>Une personne réceptive ne devrait pas être assignée aux soins des patients à partir du 5<sup>e</sup> jour suivant son premier contact avec le cas contagieux jusqu'au 21<sup>e</sup> jour suivant le dernier contact avec ce cas. Cette recommandation est valable, que le travailleur ait ou non reçu le vaccin, ou des immunoglobulines, après son exposition (CINQ, 2011).</p> <p><u>Intervention auprès des patients</u> :</p> <p>Identifier les contacts vulnérables (intervention selon les recommandations faites à la page 9).</p> <p>Identifier les patients considérés comme non protégés ou réceptifs (selon les définitions données à la page 5) et leur offrir la vaccination.</p> <p>Les patients non adéquatement vaccinés doivent être isolés à partir du 5<sup>e</sup> jour suivant leur premier contact avec le cas contagieux jusqu'au 21<sup>e</sup> jour suivant le dernier contact avec ce cas, qu'ils aient reçu ou non le vaccin, ou des immunoglobulines, en post-exposition (CINQ, 2011).</p> <p>Les mesures en vigueur sont celles qui sont recommandées dans le cadre d'un isolement par l'application des précautions additionnelles contre une transmission aérienne.</p> <p>L'isolement prend fin au congé du patient.</p> <p><sup>U</sup> La définition de <i>travailleur de la santé</i> retenue correspond à celle 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 apparaît important de considérer les ambulanciers parmi le personnel des milieux de soins.</p> <p><sup>V</sup> Ces recommandations devraient être appliquées dans les établissements de santé avant même la survenue d'un cas.</p>
---	---

<p><b>Intervention dans les milieux de soins</b></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><u>Intervention auprès du personnel :</u></p> <p>Identifier les contacts considérés vulnérables parmi les membres du personnel (intervention selon les recommandations faites à la page 9).</p> <p>Identifier les membres du personnel considérés comme non protégés ou réceptifs et leur offrir la vaccination <sup>V</sup>.</p> <p>Il est recommandé que tous les milieux de soins possèdent une liste à jour de tous les membres de leur personnel considérés comme immunisés contre la rougeole <sup>V</sup>.</p> <p>Une personne réceptive ne devrait pas être assignée aux soins des patients à partir du 5<sup>e</sup> jour suivant son premier contact avec le cas contagieux jusqu'au 21<sup>e</sup> jour suivant le dernier contact avec ce cas. Cette recommandation est valable, que le travailleur ait ou non reçu le vaccin, ou des immunoglobulines, après son exposition (CINQ, 2011).</p> <p><u>Intervention auprès des patients :</u></p> <p>Identifier les contacts vulnérables (intervention selon les recommandations faites à la page 8).</p> <p>Pour les autres personnes en contact ou potentiellement en contact avec le cas, envoi d'une lettre (voir l'annexe 5), selon la faisabilité.</p> <p><sup>V</sup> Ces recommandations devraient être appliquées dans les établissements de santé avant même la survenue d'un cas.</p>
<p><b>Intervention dans d'autres milieux</b></p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les passagers et le personnel des compagnies de transport public (par avion, autobus, etc.) ;</li> <li>• les membres d'une équipe sportive ;</li> <li>• les personnes faisant partie d'un groupe dont les participants sont facilement identifiables.</li> </ul>	<p>Selon la faisabilité, envoi d'une lettre aux contacts identifiés si cela est jugé pertinent et possible.</p> <p>Envisager d'émettre une alerte de santé publique (par le réseau CIOSC – <i>Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre</i>) afin de faire connaître l'exposition et de pouvoir établir éventuellement un lien épidémiologique.</p> <p>Selon la faisabilité, envisager d'émettre un avis, soit sous forme d'un avis public ou de lettres ciblées, lors de la tenue d'un grand rassemblement.</p>

## ANNEXES

**ANNEXE 1 – CRITÈRES POUR L'INTERPRÉTATION D'UN TEST IGM POSITIF CHEZ UNE PERSONNE RÉCEMMENT VACCINÉE PRÉSENTANT 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. Faire la distinction entre les deux situations n'est toutefois pas toujours facile.

À des fins de surveillance, dans un contexte d'élimination de la rougeole, un individu récemment vacciné, pour qui un résultat de sérologie IgM est positif, peut ne pas être retenu comme un cas de rougeole et être classé plutôt comme ayant un rash relié à la vaccination si tous les critères suivants sont respectés :

- √ la présence d'une éruption cutanée (rash), avec ou sans fièvre, mais l'absence de toux ou d'autres symptômes respiratoires ;
- √ l'éruption cutanée a débuté entre 7 et 14 jours après l'administration du vaccin contre la rougeole ;
- √ le sérum (IgM) prélevé entre 8 et 56 jours après la vaccination est positif pour la rougeole ;
- √ aucun autre cas (source ou secondaire) n'a été identifié après une recherche minutieuse ;
- √ les investigations n'ont pas permis d'identifier d'autres causes.

Traduit et adapté de Dietz *et al.*, 2004

**ANNEXE 2 – COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA ROUGEOLE AVEC CELLES D’AUTRES MALADIES INFECTIEUSES VIRALES**

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

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

**ANNEXE 3 – TEMPS REQUIS POUR QU'UNE CHAMBRE D'ISOLEMENT POUR INFECTIONS À TRANSMISSION AÉRIENNE PUISSE ÉRADICUER *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  $t = (\ln C2/C1) / (Q/V) = 60$ , 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.

## ANNEXE 4 – ARTICLES EXTRAITS DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

L.R.Q., chapitre S-2.2

### LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

**103.** Un directeur de santé publique peut, en tout temps pendant une enquête épidémiologique, par mesure de précaution, ordonner à une personne qu'elle s'isole pour une période d'au plus 72 heures, ou respecte certaines directives précises afin d'éviter toute contagion ou contamination.

Un ordre d'isolement ne peut cependant être donné par le directeur que s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne a été en contact avec un agent biologique transmissible médicalement reconnu comme pouvant mettre gravement en danger la santé de la population. Les dispositions des articles 108 et 109 s'appliquent à un ordre d'isolement donné en vertu du présent article.

[...]

**106.** Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis, en cours d'enquête, qu'il existe effectivement une menace réelle à la santé de la population, il peut :

[...]

6° ordonner à une personne, pour le temps qu'il indique, de ne pas fréquenter un établissement d'enseignement, un milieu de travail ou un autre lieu de rassemblement, si elle n'est pas immunisée contre une maladie contagieuse dont l'éclosion a été constatée dans ce milieu ;

7° ordonner l'isolement d'une personne, pour la période qu'il indique mais pour au plus 72 heures, si celle-ci refuse de recevoir le traitement nécessaire pour éviter toute contagion ou s'il s'agit de la seule mesure à prendre pour éviter la transmission au sein de la population d'un agent biologique médicalement reconnu comme pouvant mettre gravement en danger la santé de la population ;

8° ordonner à une personne de respecter des directives précises pour éviter toute contagion ou contamination ;

[...]

**108.** Un ordre du directeur de santé publique donné en vertu du paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 106 est suffisant pour que toute personne, y compris un agent de la paix, fasse tout ce qui est raisonnablement possible pour localiser et appréhender la personne dont le nom figure dans l'ordre et la conduire dans un lieu indiqué dans l'ordre ou auprès d'un établissement de santé et de services sociaux choisi par le directeur.

[...]

**109.** Une personne ne peut être maintenue isolée en vertu d'un ordre du directeur de santé publique plus de 72 heures sans qu'elle y consente ou sans une ordonnance de la cour.

Un directeur de santé publique peut demander à tout juge de la Cour du Québec ou des cours municipales des villes de Montréal, Laval ou Québec ayant juridiction dans la localité où se trouve une personne qui a fait l'objet d'un ordre d'isolement, une ordonnance enjoignant à cette personne de respecter l'ordre du directeur et de demeurer isolée pour une période d'au plus 30 jours.

Le juge peut accorder l'ordonnance s'il est d'avis que mettre fin à l'isolement constituerait une grave menace à la santé de la population et que dans les circonstances il s'agit de la seule mesure efficace pour protéger la santé de la population.

[...]

Malgré l'ordre de la cour, l'isolement d'une personne doit cesser dès que le médecin traitant, après avoir consulté le directeur de santé publique du territoire, émet un certificat à l'effet que les risques de contagion n'existent plus.

## ANNEXE 5 – PROPOSITION D’UNE LETTRE-TYPE POUR LES CONTACTS (À ADAPTER, AU BESOIN, SELON LA SITUATION)

Le \_\_\_\_\_

Objet : Contact avec un cas de rougeole

Madame, Monsieur,

Une personne fréquentant l'école/garderie \_\_\_\_\_ vient d'avoir un diagnostic de rougeole. Toutes les personnes qui fréquentent ce milieu sont considérées comme ayant été en contact avec la personne malade. Selon les renseignements qui nous ont été fournis, nous avons joint les personnes pour lesquelles le risque est le plus élevé et pour lesquelles un traitement préventif pouvait être indiqué (enfants de moins de 12 mois, femmes enceintes et personnes ayant une maladie qui entraîne une déficience du système immunitaire). **Si vous, comme membre du personnel ou votre enfant qui fréquente ce milieu, faites partie de l'une des trois catégories précitées** et que vous n'avez pas été joint, appelez rapidement le service Info-Santé, au numéro 811.

La rougeole est une maladie sérieuse et très contagieuse. Le seul fait d'avoir partagé le même espace qu'une personne infectée peut suffire à contracter l'infection. La rougeole se complique fréquemment d'une otite ou d'une pneumonie et, dans environ un cas sur un millier, d'une encéphalite (*inflammation du cerveau*) pouvant laisser des séquelles.

### La rougeole donne les symptômes suivants :

- fièvre élevée d'au moins 38,3 °C (101 °F),
- toux, écoulement nasal, conjonctivite (yeux rouges et sensibles à la lumière).

### Puis, de 3 à 5 jours après le début des symptômes :

- rougeurs sur la peau qui commencent à la figure puis s'étendent sur tout le corps.

Cette maladie est très contagieuse.

**SI VOUS, COMME MEMBRE DU PERSONNEL OU VOTRE ENFANT QUI FRÉQUENTE CE MILIEU, DÉVELOPPEZ UN DE CES SYMPTÔMES** dans les prochaines semaines, il est essentiel :

- **DE RESTER À LA MAISON** du début des premiers symptômes jusqu'au quatrième jour (inclus) après l'apparition des rougeurs pour éviter la contagion ;
- **D'ÉVITER D'ÊTRE EN CONTACT** avec des personnes plus à risque, soit les enfants de moins de 12 mois, les femmes enceintes et les personnes ayant une maladie qui entraîne une déficience du système immunitaire.

Si vous avez un doute sur votre état de santé ou celui de votre enfant, communiquez avec le service Info-Santé, au 811, pour vérifier si vous devriez consulter un médecin.

Toutefois, si vous **AVEZ ÉTÉ EN CONTACT** avec une personne à risque (un enfant de moins de 12 mois, une femme enceinte ou une personne ayant une maladie qui entraîne une déficience du système immunitaire), **CONSULTEZ UN MÉDECIN**. Si le diagnostic de rougeole se confirme, la personne à risque recevra un traitement préventif, au besoin.

**En tout temps, si vous devez consulter un médecin (à l'urgence ou ailleurs), avisez de la situation, dès votre arrivée, la personne qui vous accueille.** La personne atteinte de rougeole doit être isolée dans une pièce fermée et porter un masque. Si vous voulez consulter un médecin dans une clinique médicale, téléphonez avant de vous y rendre et parlez de la présente lettre à la personne qui vous répondra. Si le médecin peut vous recevoir, il devra prendre des mesures particulières pour prévenir la transmission de la rougeole.

#### **VOTRE VACCINATION EST-ELLE À JOUR ?**

La vaccination demeure le moyen le plus efficace de se protéger. Le carnet de vaccination d'une personne vaccinée contre la rougeole contiendra l'une des appellations suivantes : **M-M-R, M-M-R II, Priorix ou Priorix-Tetra, Trivirix, Attenuvax, Rimevax, Rubeovax, Lirugen, M-R-Vax vaccin anti-rougeoleux, ProQuad.**

Les informations suivantes vous aideront à évaluer votre situation personnelle ou celle de votre enfant :

**Une personne née avant 1970** est considérée comme protégée contre la rougeole, même si elle ne se rappelle pas avoir eu la rougeole et même si elle n'a pas été vaccinée.

**Une personne née entre 1970 et 1979** est considérée comme protégée si elle a eu la rougeole ou si elle a reçu la vaccination complète contre la rougeole selon les critères suivants :

- stagiaire, travailleur de la santé ou femme enceinte qui a reçu deux doses de vaccin contre la rougeole ;
- personne qui n'appartient à aucun des groupes mentionnés au point précédent et qui a reçu une dose de vaccin contre la rougeole.

**Une personne née en 1980 ou après** est considérée comme protégée si elle a reçu deux doses de vaccin contre la rougeole.

Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) **du territoire de l'école/garderie** procédera à la vaccination des personnes considérées comme non adéquatement vaccinées sur place, à **l'école/garderie, le \_\_\_\_\_**. Veuillez noter que, pour protéger leur santé et celle de leur entourage, les personnes (enfants et membres du personnel) non adéquatement vaccinées pourront être retirées **de l'école/garderie** jusqu'à 14 jours après la présence d'un cas contagieux **dans l'école/garderie**.

Le vaccin vous protégera contre d'autres contacts que vous pourriez avoir avec des cas de rougeole dans le futur. Ce même vaccin vous protégera également contre la rubéole et les oreillons.

Nous vous remercions de votre attention et nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Équipe maladies infectieuses  
Direction de santé publique

## Références

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

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'IMMUNISATION (CCNI), *Guide Canadien d'Immunisation*, 7<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> réunion du Comité sur l'immunisation du Québec, les 2 et 3 juin 2011*, 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> Rougeole / 2013 / 065, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 17 juin 2013, 5 p.

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

DIETZ, V., *et al.*, « 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<sup>o</sup> 11, novembre 2004, p. 852-857.

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

KLIEGMAN, R.M., *et al.*, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19<sup>e</sup> édition, Philadelphie (Pennsylvanie), Elsevier Saunders, 2011, 2610 p.

MANDELL, G.L., J.E. BENNETT et R. DOLIN (sous la dir. de), *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, vol. 2, 7<sup>e</sup> 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.

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

PLOTKIN, S.A., W.A. ORENSTEIN et P.A. OFFIT, *Vaccines*, 5<sup>e</sup> 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.