

PROTOCOLE D'INTERVENTION

LA RUBÉOLE

Février 1998

RÉDIGÉ PAR :

Lina Perron

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

À partir du document intitulé *Programme d'élimination de la rubéole au Québec*, adopté par le Comité d'immunisation du Québec en novembre 1996

Février 1998

TABLE DES MATIÈRES

1. ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	1
2. INTERVENTIONS.....	1
2.1 CAS	1
2.2 CONTACTS	2
2.3 SUIVI DES FEMMES ENCEINTES	2
2.4 NOUVEAU-NÉS INFECTÉS PAR LE VIRUS DE LA RUBÉOLE	2

ANNEXE 1 : FORMULAIRES D'ENQUÊTE

ANNEXE 2 : DÉFINITIONS DE CAS

ANNEXE 3 : ARBRE DÉCISIONNEL

1. ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Tout cas de rubéole déclaré ou signalé doit faire l'objet d'une enquête épidémiologique ; un formulaire d'enquête (annexe 1) peut être utilisé pour recueillir les renseignements nécessaires. Les informations recueillies lors de l'enquête épidémiologique servent à déterminer si une intervention est nécessaire en attendant la confirmation du cas par le laboratoire.

Une confirmation du cas par le laboratoire pourrait être obtenue pour les personnes qui présentent: 1) des signes et symptômes suggestifs ; 2) une fièvre et une éruption et qui sont en contact avec une femme enceinte ; 3) une fièvre et une éruption et qui ont une histoire d'exposition à un cas de rubéole confirmé. Le cas échéant, il revient à la santé publique de voir à ce que les prélèvements soient faits.

Si le cas est hautement suspect ou validé (annexe 2), il faut identifier les milieux où il y a risque d'éclosion (famille, garderie, école, milieu professionnel, groupe de sport ou de loisir) fréquentés par le cas durant la période de contagiosité, c'est-à-dire sept jours avant et jusqu'à sept jours après le début de l'éruption. Il faut également déterminer si le cas a pu avoir des contacts avec des femmes enceintes durant cette période.

2. INTERVENTIONS

2.1 CAS

Si le cas est hautement suspect ou s'il est validé, c'est-à-dire s'il répond à la définition nosologique de la rubéole, on recommandera l'exclusion de la personne malade de la garderie ou du milieu scolaire ou professionnel, et ce, jusqu'à sept jours après le début de l'éruption.

2.2 CONTACTS

Une intervention sera faite dans les milieux où il y a risque d'éclosion, identifiés lors de l'enquête épidémiologique, seulement lorsque le cas sera validé.

L'intervention consiste à informer le milieu de la présence de rubéole, à recommander aux personnes concernées de vérifier leur statut immunitaire et de recevoir un vaccin contre la rubéole¹ au besoin. Ces personnes doivent être invitées à consulter un médecin en cas d'apparition de signes cliniques d'infection. Durant le mois qui suit l'exposition, les personnes potentiellement réceptives à la rubéole devraient éviter tout contact avec une femme enceinte dont l'immunité n'est pas établie.

2.3 SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

Toute femme enceinte exposée à un cas de rubéole hautement suspect ou validé doit être informée du risque qu'elle court et être référée à son médecin pour une prise en charge du suivi de sa grossesse. Un suivi sera fait afin de connaître l'issue de la grossesse et l'état de l'enfant à la naissance.

2.4 NOUVEAU-NÉS INFECTÉS PAR LE VIRUS DE LA RUBÉOLE

Si l'on présume qu'un nouveau-né est infecté, celui-ci doit être isolé à la pouponnière et seules les personnes ayant une preuve d'immunité (dans ce cas, une preuve écrite de vaccination suffit) pourront prendre soin de lui.

Si l'infection est confirmée, l'enfant est considéré comme contagieux jusqu'à l'âge d'un an. Les parents en sont informés et sont invités à ne pas le placer dans un milieu de garde où on saurait qu'il y a des enfants non vaccinés. De plus, l'enfant ne devrait pas être en contact avec des femmes enceintes ou en âge de procréer.

1. Au Québec, la politique est d'utiliser le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO).

ANNEXE 1

FORMULAIRES D'ENQUÊTE

FORMULAIRE D'ENQUÊTE - RUBÉOLE

IDENTIFICATION DU CAS

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Date de naissance: 19____ /^M____ /^J____

Sexe: M F Inconnu

Rue: _____

Ville: _____

Code postal: ____|____|____ - ____|____|____ Tél. rés: _____ Tél. trav: _____

Nom de la mère: _____

Nom du père: _____

Tél. au travail (mère): _____

Tél. au travail (père): _____

Pays de naissance : Canada

Autre _____

Date d'arrivée au Canada : _____

SOURCE(S) ET DATE(S) DE DÉCLARATION

Origine de la première déclaration: Médecin Laboratoire Autre déclarant

Spécimen envoyé au laboratoire? Oui Non Non spécifié

Médecin déclarant: _____ Réception: 19 ____ /^M____ /^J____

Adresse: _____ Tél: _____

Mode: Formule Téléphone Lettre Rapport laboratoire Autre

Laboratoire déclarant: _____ Réception: 19 ____ /^M____ /^J____

Mode: Formule Téléphone Lettre Rapport laboratoire Autre

Autre déclarant: _____ Réception: 19 ____ /^M____ /^J____

Infirmière CLSC _____ Direction de l'école ou garderie Famille Autre

Adresse: _____ Tél: _____

Mode: Formule Téléphone Lettre Rapport laboratoire Autre

PERSONNE(S) CONTACTÉE(S) LORS DE L'ENQUÊTE

- Cas/parent: _____ Premier contact: 19 ____ /^M____ /^J____
- Médecin: _____ Premier contact: 19 ____ /^M____ /^J____
- Autre: _____ Premier contact: 19 ____ /^M____ /^J____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Signes et symptômes	oui	non	nsp	Date du début
Fièvre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____ MAX ____°
Éruption cutanée:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____ DURÉE ____ JRS

Site d'apparition: _____

Description:

Adénopathies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____ Site(s) _____
Arthralgies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____
Conjonctivite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____
Pharyngite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____
Toux:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____
Coryza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 ____ / ^M ____ / ^J ____
Grossesse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Âge de grossesse _____

Autres renseignements cliniques, préciser: _____

CONSULTATION MÉDICALE

Oui Non Inconnu

Date de la consultation où le diagnostic a été posé: 19____/M____/J____

Lieu de la consultation: Cabinet/clinique privé CLSC Urgence Autre

Nom du médecin / établissement: _____

Adresse: _____ Tél: _____

ANALYSE(S) DE LABORATOIRE

oui non inconnu

<u>Rubéole</u>	Date du prél.	Laboratoire	Résultat (pos. ou nég.)
IgM	_____	_____	_____
IgG	_____	_____	_____
IgG	_____	_____	_____
Culture virale	_____	_____	_____
Autre, préciser :	_____	_____	_____

STATUT VACCINAL

Type de vaccin	Dose (ml)	Date de vaccination
		19 / ^M / ^J <input type="checkbox"/> Date non disponible
		19 / ^M / ^J <input type="checkbox"/> Date non disponible
<input type="checkbox"/> NON = Aucun vaccin reçu contre cette maladie		
<input type="checkbox"/> INCONNU = L'information n'a pas été demandée		
<input type="checkbox"/> COMPLET POUR L'ÂGE = A reçu les doses requises pour son âge, avec preuve écrite		
<input type="checkbox"/> INCOMPLET POUR L'ÂGE = A reçu une fraction des doses requises pour son âge, avec preuve écrite		
<input type="checkbox"/> VACCINÉ SANS PREUVE = Affirme avoir reçu toutes ou une partie des doses requises		
<input type="checkbox"/> INCONNU DU SUJET = Ne sait pas.		

Si non vacciné ou vaccination incomplète, spécifier motif si disponible:

rubéole antérieure contre-indication médicale objections philosophiques - religieuses

aucun

autre: _____

Commentaires: _____

VALIDATION DU CAS

RUBÉOLE

Cas validé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- isolement du virus de la rubéole dans des échantillons cliniques appropriés; **ou**
- détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole; **ou**
- détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rubéole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence¹.

ou

- manifestations cliniques compatibles telles que : 1) fièvre ; 2) éruption cutanée maculopapulaire généralisée ; 3) arthralgie, arthrite, lymphadénopathie ou conjonctivite **et** lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire sus-mentionnés.

1. L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

Cas hautement suspect²

Présence simultanée, chez une personne qui n'a pas de preuve de vaccination ni de sérologie attestant l'immunité :

- 1) de fièvre ;
- 2) d'une éruption maculopapulaire généralisée ;
- 3) d'adénopathies rétroauriculaires.

2. Cette définition sert à l'intervention en attendant la confirmation de laboratoire.

SOURCE DE TRANSMISSION

Dans les 3 semaines précédant l'apparition des symptômes :

Contact avec un cas de rubéole :

oui non inconnu

- Si oui, cocher le milieu du contact:

Maisonnée Garderie familiale Garderie Ami/parenté

École Milieu de travail Autre

Commentaires: _____

- Si oui, est-ce que le cas antérieur a déjà été déclaré :

oui non inconnu

Nom: _____ Prénom: _____ Âge: _____ Sexe: _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Garderie / École / etc.: _____

Date du début des symptômes: 19 ____ /^M ____ /^J ____

Confirmé par le laboratoire: oui non inconnu

- Si oui, nature et résultat du test : _____

Voyage en dehors du Québec

- Si oui, lieu: _____ Date: _____

RECHERCHE DES CONTACTS

Exposition 7 jours avant et jusqu'à 7 jours après le début de l'exanthème.

Période de contagiosité: du 19____/M____/J____ au 19____/M____/J____

MILIEU DE VIE / MILIEU DE TRAVAIL

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfant en garderie familiale | <input type="checkbox"/> Élève secondaire | <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé |
| <input type="checkbox"/> Enfant en garderie | <input type="checkbox"/> Étudiant niveau collégial | <input type="checkbox"/> Travailleur |
| <input type="checkbox"/> Enfant en maternelle | <input type="checkbox"/> Étudiant niveau universitaire | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Élève primaire | <input type="checkbox"/> Étudiant niveau indéterminé | |
| <input type="checkbox"/> Autre, spécifier: _____ | | |

Compléter si le cas fréquente un milieu de garde / école / autre milieu fermé ou ouvert:

Établissement: _____ Responsable: _____

Adresse: _____ Tél: _____

Code postal: _____

Groupe/classe: _____ Prof/Moniteur: _____

Date de la dernière présence du cas dans le milieu: 19____/M____/J____

CLSC du territoire: _____ Responsable: _____

Code postal: _____

Est-ce qu'il y a des contacts ...

Oui Non Ne sait pas

Qui sont des femmes enceintes:

Qui répondent à la définition de cas hautement suspect ?

Autres informations: _____

INTERVENTION AUPRÈS DES CONTACTS:

Dater les interventions faites auprès des contacts.

	Famille	Garderie	École	Autre *
Vérification statut vaccinal				
Vaccination				
Exclusion				

* Autre, spécifier: _____

Compléter au besoins la feuille supplémentaire intitulée *Rubéole - sujets-contacts*

Formulaire complété par: _____ Enquête complétée: 19____/M____/J____

NOM ET PRÉNOM DU CAS-INDEX:

PÉRIODE DÉTERMINÉE POUR LA RECHERCHE DES CONTACTS:

DU 19 ____ / M ____ / J ____ / AU 19 ____ / M ____ / J ____

RUBÉOLE - SUJETS-CONTACTS

NOM / PRÉNOM / SEXE NOM DU PÈRE OU MÈRE	ADRESSE / TÉLÉPHONE	ÂGE ou DATE DE NAISSANCE	VACCINATION ANTÉRIEURE	MILIEU DE CONTACT ¹	PROPHYLAXIE RECOMMANDÉE ²	COMMENTAIRES
		19 / M / J				
		19 / M / J				
		19 / M / J				
		19 / M / J				
		19 / M / J				
		19 / M / J				
		19 / M / J				

- ¹ Milieu de contact: 1 Maisonnée 2 Garderie familiale 3 Garderie 4 Ami / parenté 5 École 6 Milieu de travail 7 Autres
- ² Prophylaxie recommandée: 8 Vaccination 9 Exclusion

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE RUBÉOLE

CAS INDEX

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse : _____ _____		
Nom du père :	Téléphone : résidence : ()	travail : ()
Nom de la mère :	Téléphone : résidence : ()	travail : ()
Nom du médecin traitant :	Téléphone : ()	
Date du début de la maladie :	Diagnostic :	
Garderie, école :	Téléphone : ()	
Adresse : _____ _____		

DÉFINITION DES SYMPTÔMES

CAS CLINIQUES :	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> • Présence des 4 conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Manifestations qui ne rencontrent pas les critères pour un cas de rougeole (confirmé en clinique) incluant une sérologie négative pour la rougeole, si effectuée. ▸ Début aigu d'une éruption cutanée maculo-papulaire généralisée. ▸ Fièvre ▸ Une des manifestations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ✓ arthralgie ou arthrite ✓ lymphadénopathie ✓ conjonctivite 		
CAS CONFIRMÉ : L'une ou l'autre des 2 conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Aucun antécédent de vaccination récente contre la maladie avec ou sans manifestations cliniques et confirmé par les tests de laboratoire suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Isolement du virus de la rubéole. ▸ Détection sérologique d'un changement d'un titre d'anticorps contre le virus de la rubéole au moins quadruplé. ▸ Détection sérologique des anticorps IgM contre le virus de la rubéole. • Manifestations qui rencontrent les critères pour un cas clinique de rubéole et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés. 		

Complications : _____
 Prélèvement, type de test : _____ Date : _____
 Endroit : _____ Résultat : _____

Date de vaccination						Nom du vaccin :
Traitement : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Exclusion : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Chimioprophylaxie : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
Nom du traitement : _____				Posologie : _____		

ANNEXE 2

DÉFINITIONS DE CAS

Définition nosologique d'un cas validé

Présence d'une des trois conditions suivantes:

- 1) isolement du virus de la rubéole dans des échantillons cliniques appropriés; **ou**
- 2) détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole; **ou**
- 3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rubéole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence¹.

ou

manifestations cliniques compatibles telles que 1) fièvre ; 2) éruption cutanée maculopapulaire généralisée ; 3) arthralgie, arthrite, lymphadénopathie ou conjonctivite **et** lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire sus-mentionnés.

1. L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

Définition d'un cas hautement suspect²

Présence simultanée, chez une personne qui n'a pas de preuve de vaccination ni de sérologie attestant l'immunité :

- a) de fièvre
 - b) d'une éruption maculopapulaire généralisée
 - c) d'adénopathies rétroauriculaires
2. Cette définition sert à l'intervention en attendant la confirmation de laboratoire.

ANNEXE 3

ARBRE DÉCISIONNEL

Protocole d'intervention - La rubéole

