

Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives
aux programmes, aux services et à la responsabilisation

Protocole concernant les maladies infectieuses

Annexe 1 :

Définitions de cas et information propre à la maladie

Maladie : Rougeole

Entrée en vigueur : Mars 2024

Rougeole

Transmissible

Virulente

[Loi sur la protection et la promotion de la santé \(LPPS\)](#)¹

[Règlement de l'Ontario \(Règl. de l'Ont.\) 135/18 \(Désignation de maladies\)](#)²

Exigences provinciales en matière de signalement

Cas confirmé

Cas probable

Des activités de surveillance accrue de la rougeole sont entreprises pour soutenir le suivi continu et la documentation du statut d'élimination de la maladie au Canada. Un cas confirmé de rougeole identifié par le conseil de santé doit être signalé via l'adresse ivpd@oahpp.ca de Santé publique Ontario (SPO) dans un délai d'un jour ouvrable à compter de la réception du signalement initial. Les signalements en dehors des heures ouvrables doivent également être effectués en utilisant la procédure de garde normale.

Dans le cadre de la documentation sur l'élimination, il est essentiel de consigner les antécédents de voyage et les autres antécédents d'exposition afin d'évaluer la source d'infection et le statut de vaccination pour chaque cas de rougeole.

Conformément à l'exigence n° 3 de la section « Signalement des maladies infectieuses » du *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2023* (ou sa version actuelle), les rapports doivent être conformes aux données minimales précisées dans les documents suivants :

- Le [Règl. de l'Ont. 569](#) (Rapports) pris en application de la LPPS;³
- Les guides d'utilisation du SIISP propres à chaque maladie publiés par Santé publique Ontario (SPO);
- Pour certains vaccins, les renseignements à saisir dans le système d'inventaire provincial applicable (c.-à-d. Panorama ou COVaxON); et les bulletins et directives de surveillance accrue publiés par SPO.

Type de surveillance

Au cas par cas

Tous les cas de rougeole signalés dans la province qui répondent à la définition de « cas confirmés » sont communiqués chaque semaine par SPO (y compris l'absence de signalements) au [Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole \(SCSRR\)](#) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et par l'ASPC à l'Organisation panaméricaine de la santé, pour appuyer les efforts visant à documenter l'élimination de la rougeole dans la Région des Amériques de l'Organisation mondiale de la santé.⁴

Définition de cas

Cas confirmé

Confirmation en laboratoire d'une infection présentant des signes et symptômes cliniques compatibles (voir la section Caractéristiques cliniques), en l'absence d'une immunisation récente par un vaccin contenant le virus de la rougeole au cours des 5 à 42 derniers jours*, devant satisfaire à l'un des critères suivants :

- Isolement du virus de la rougeole à partir d'un échantillon clinique approprié (p. ex., écouvillonnage du nasopharynx/prélèvement de gorge, LCR, urine) (c.-à-d. culture positive du virus de la rougeole);

OU

- Détection d'ARN du virus de la rougeole à l'aide d'un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (c.-à-d. PCR) à partir d'un échantillon clinique approprié (p. ex., écouvillonnage du nasopharynx/prélèvement de gorge, LCR, urine);

OU

- Séroconversion des anticorps IgG spécifiques à la rougeole dans le sérum en

* Pour les cas soupçonnés de rougeole qui ont été immunisés avec un vaccin contenant le virus de la rougeole au cours des 5 à 42 derniers jours, le génotypage du virus de la rougeole est nécessaire pour différencier la rougeole de type sauvage de la rougeole associée au virus vaccinal. Le génotypage nécessite le prélèvement d'échantillons pour le TAAN (PCR). Le laboratoire de SPO effectuera une PCR du génotype du vaccin contre la rougeole sur tous les échantillons positifs afin de distinguer la souche vaccinale. La rougeole associée au virus vaccinal (génotype A) n'est pas signalée comme un cas de rougeole, mais plutôt en tant qu'événement indésirable associé à la vaccination (EIAV).

phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë, par une épreuve sérologique standard[†];

OU

- Détection d'anticorps IgM spécifiques au virus de la rougeole chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire OU qui a voyagé[‡] récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole.⁵

OU

En l'absence de tests de laboratoire appropriés, signes et symptômes cliniques compatibles (voir section Caractéristiques cliniques) chez une personne ayant un lien épidémiologique connu avec un cas de rougeole confirmé en laboratoire.

Cas probable

Cas présentant des signes et symptômes cliniques compatibles (voir la section Caractéristiques cliniques), en l'absence d'une immunisation récente par un vaccin contenant le virus de la rougeole au cours des 5 à 42 derniers jours, devant satisfaire à l'un des critères suivants :

- Épreuve sérologique positive pour les anticorps IgM spécifiques au virus de la rougeole chez une personne qui n'a pas de lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire et qui n'a pas voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole;

OU

- Chez une personne qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole, en l'absence de tests de laboratoire appropriés.

Définition de cas d'éclosion

La définition de cas d'éclosion varie en fonction de l'éclosion faisant l'objet d'une investigation. Veuillez consulter le *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2023* (ou sa version actuelle) pour obtenir des conseils sur l'élaboration d'une définition de cas d'éclosion, selon les besoins.

Les définitions de cas d'éclosion sont établies pour rendre compte de la maladie et

[†] Pour plus de précisions sur les limites de la sérologie de la rougeole, voir la section Résultats de laboratoire – Indications et limites.

[‡] Un voyage récent s'entend d'un voyage effectué dans les 21 jours suivant l'apparition de l'éruption.⁵

des circonstances de l'éclosion faisant l'objet d'une investigation. Les définitions de cas d'éclosion doivent être élaborées pour chaque éclosion individuelle en fonction de ses caractéristiques, revues au cours de l'éclosion et modifiées, si nécessaire, pour s'assurer que la majorité des cas sont pris en compte par la définition. Les définitions de cas doivent être créées en tenant compte des définitions liées à l'éclosion.

Les cas d'éclosion peuvent être classés par niveau de probabilité (c.-à-d. confirmés et/ou probables).

Renseignements cliniques

Caractéristiques cliniques

Les signes et symptômes cliniques compatibles sont caractérisés par :

- une fièvre de $\geq 38,3$ degrés Celsius (par voie orale);
- des éruptions maculopapulaires et érythémateuses généralisées durant au moins trois jours;
- au moins un des éléments suivants : toux, écoulement nasal (coryza) ou rougeur des yeux (conjonctivite).

Tableau clinique

La rougeole se caractérise par de la fièvre prodromique ($\geq 38,3^{\circ}$ C par voie orale), de la toux, du coryza (écoulement nasal) et de la conjonctivite qui débent généralement 10 à 12 jours après l'exposition (entre 7 et 21 jours).^{6,7} Des taches de Koplik (minuscules taches blanches bleuâtres sur la muqueuse buccale) peuvent également être présentes pendant la période prodromique.⁷ Puis, 3 à 7 jours après le début de ces symptômes prodromiques, une éruption maculopapulaire rouge, non prurigineuse, apparaît sur le visage et s'étend ensuite au cou, au tronc, aux bras, aux jambes et aux pieds.⁶ L'éruption apparaît généralement environ 14 jours après l'exposition (entre 7 et 21 jours).^{6,7} Les personnes qui ont reçu une ou deux doses de vaccin contre la rougeole peuvent développer une infection atténuée avec des symptômes plus légers.

Les complications les plus fréquentes sont la pneumonie virale, l'otite moyenne et la diarrhée.⁷ Une bronchopneumonie bactérienne et virale secondaire à la rougeole est également fréquente.⁸ Les complications comprennent la diarrhée, la pneumonie et la cécité.⁶

Une complication rare, l'encéphalite consécutive à la rougeole, survient dans environ 1 cas sur 1 000 et peut entraîner des lésions cérébrales permanentes.⁸

La panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) est une complication très rare de la rougeole qui se manifeste plusieurs années après l'infection par des symptômes neurocognitifs progressifs et qui est généralement fatale. Le risque de PESS est le plus élevé chez les enfants qui ont contracté la rougeole avant l'âge d'un an.⁹

Personnes présentant un risque accru de contracter la maladie

Les personnes non vaccinées ou insuffisamment vaccinées (c'est-à-dire celles qui n'ont pas reçu deux doses de vaccin contenant le virus de la rougeole) courent un risque accru de contracter la rougeole.

Les personnes qui risquent d'être atteintes d'une maladie plus grave sont les suivantes :^{9,10}

- Les personnes immunodéprimées, en particulier celles dont l'immunité à médiation cellulaire est gravement altérée, comme les personnes ayant récemment subi une greffe de moelle osseuse, les personnes souffrant d'un dysfonctionnement primaire des lymphocytes T, les personnes atteintes de leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) et les personnes vivant avec le sida, chez qui la rougeole peut être sévère, atypique et prolongée. Le risque de maladie grave est également élevé chez les personnes souffrant d'autres formes d'immunosuppression (p. ex., d'autres formes de tumeurs malignes) et chez celles qui reçoivent de fortes doses de stéroïdes ou d'autres types de médicaments immunosuppresseurs.
- Les enfants de moins de 5 ans et les adultes de 20 ans et plus.
- Les enfants souffrant de malnutrition, en particulier de carence en vitamine A.
- Les personnes enceintes réceptives, chez qui l'infection est associée à un risque de perte foetale et de prématurité; il n'existe aucune preuve que l'infection entraîne des malformations congénitales.^{11,9}

Résultats de laboratoire

Tests approuvés/validés

- Tests commerciaux pour les IgM et IgG de la rougeole par épreuve immunoenzymatique (EIA), dosage immunologique multiplex, dosage immunologique par chimiluminescence (CLIA).
- TAAN (c.-à-d. PCR) pour l'ARN du virus de la rougeole.

Indications et limites

Isolement du virus (culture) et détection de l'ARN moléculaire (PCR)

- L'analyse de plusieurs échantillons augmente la sensibilité globale.
- Les échantillons destinés à l'isolement du virus ou à la détection de l'ARN (c.-à-d. la PCR) sont les suivants :
 - Écouvillonnage du nasopharynx/aspirat rhinopharyngé et/ou prélèvements de gorge effectués dans les 7 jours suivant l'apparition de l'éruption;
- et**
- Urine (au moins 50 ml dans un récipient stérile) recueillie dans les 14 jours suivant l'apparition de l'éruption.
- Remarque : dans certaines situations, par exemple en cas de forte suspicion de rougeole, il peut être justifié d'effectuer des tests au-delà des périodes susmentionnées si les échantillons n'ont pas pu être prélevés plus tôt au cours de la maladie. Cette question peut être examinée au cas par cas avec le laboratoire de SPO.
- L'isolement du virus de la rougeole et/ou la détection par TAAN (c.-à-d. PCR) sont fortement recommandés et doivent être tentés chez toutes les personnes suspectées d'avoir la rougeole afin de pouvoir procéder au génotypage. Le génotypage nécessite le prélèvement d'échantillons pour la détection virale (c.-à-d. TAAN, PCR).
- Une personne récemment immunisée avec un vaccin contenant le virus de la rougeole doit faire l'objet d'un génotypage pour différencier la rougeole de type sauvage de la rougeole associée au virus vaccinal.
 - Le laboratoire de SPO effectuera une PCR du génotype du vaccin contre la rougeole sur tous les échantillons positifs à la PCR. Ce test permet de distinguer les souches de rougeole associées au virus vaccinal (génotype A) des souches de rougeole de type sauvage.
 - Tous les échantillons PCR et les échantillons à culture positive sont systématiquement transmis au Laboratoire national de microbiologie (LNM) pour un génotypage plus approfondi.
- Le génotypage effectué au LNM peut fournir des informations sur la région géographique des cas importés et associés aux importations.

Sérologie

- Il n'est PAS recommandé de demander une analyse sérologique comme seul

test pour le diagnostic de la rougeole.

- Le test sérologique de détection des anticorps IgM de la rougeole est surtout utile en cas de primo-infection et peut être d'une utilité limitée chez une personne qui a déjà été vaccinée contre la rougeole.
- Les tests sérologiques de détection des anticorps IgM et IgG de la rougeole peuvent être négatifs si le sang est prélevé à un stade très précoce de l'infection. Des résultats faussement négatifs peuvent également être obtenus si l'échantillon est prélevé plus de 28 jours après l'apparition de l'éruption cutanée. La figure 1 présente un graphique illustrant la réponse des anticorps à l'infection par le virus de la rougeole.
- Le test sérologique de détection des anticorps IgM peut donner lieu à des résultats faussement positifs. Une confirmation supplémentaire (c.-à-d. une séroconversion des anticorps IgG dans des sérums appariés, l'isolement du virus de la rougeole ou la détection de l'ARN du virus de la rougeole) est nécessaire pour répondre à la définition de cas confirmé, en particulier s'il n'y a pas de lien épidémiologique établi ou d'exposition lors d'un voyage. Le premier échantillon en phase aiguë doit être prélevé dans les 7 jours suivant l'apparition de l'éruption. L'échantillon en phase de convalescence doit être prélevé au moins 7 à 10 jours et de préférence 10 à 30 jours après celui de la phase aiguë. Chez les personnes qui ont déjà été vaccinées, les anticorps IgG sont déjà présents dans l'échantillon prélevé en phase aiguë et il n'est donc pas possible de détecter une séroconversion.

Liquide céphalorachidien (LCR)

- En présence des signes cliniques et neurologiques d'encéphalite consécutive à la rougeole ou de panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS), le diagnostic peut être confirmé par la détection d'une augmentation du titre des anticorps IgG spécifiques au virus de la rougeole dans le LCR par rapport au titre dans le sérum.
 - Consultez la page web du NML sur le diagnostic de la PESS pour obtenir plus d'informations sur les types d'échantillons acceptés et la méthodologie des tests. Refer to NML's SSPE Diagnosis webpage for more information on accepted sample type and testing methodology.
 - Contactez le laboratoire de SPO au 416-235-6556 ou au 1-877-604-4567 avant de soumettre l'échantillon.

Pour de plus amples informations sur les tests de diagnostic, veuillez contacter les [laboratoires de Santé publique Ontario](#).

Gestion des cas

Investigation sur les cas

Tous les cas soupçonnés de rougeole doivent être examinés le plus rapidement possible.

En plus des exigences énoncées à l'exigence n° 2 des sections « Gestion des maladies infectieuses – cas sporadiques » et « Examen et gestion des éclosions de maladies infectieuses » du *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2023* (ou sa version actuelle), le conseil de santé doit analyser les cas pour déterminer la source de l'infection. Consultez les exigences provinciales en matière de signalement susmentionnées pour connaître les données pertinentes à recueillir pendant l'investigation sur les cas.

Les renseignements spécifiques à la maladie qui doivent également être obtenus durant la gestion des cas sont les suivants :

- Antécédents de vaccination (nombre de doses, date(s) d'administration);
- Antécédents d'exposition pour identifier la source de l'infection (par exemple, antécédents de voyage, contacts malades);
- Contacts pendant la période de transmissibilité avec des personnes réceptives, en particulier celles qui présentent le risque le plus élevé de contracter la rougeole et d'être touchées par ses complications (les personnes à risque élevé sont les personnes immunodéprimées, les personnes enceintes et les nourrissons de moins de 12 mois);
- Présence ou travail, pendant la période de transmissibilité, dans un milieu à risque élevé (un milieu à risque élevé est un milieu où des personnes vulnérables à la rougeole et à ses complications sont susceptibles de se trouver, comme les milieux de garde d'enfants, les environnements de soins de santé tels que les salles d'attente des médecins ou les salles d'urgence des hôpitaux).
- Les antécédents de voyage à l'intérieur et en dehors du Canada (p. ex., les dates de voyage, le moyen de transport, les lieux de départ et d'arrivée, le transporteur aérien ou maritime, le numéro de vol et le numéro de siège) si le cas a voyagé au cours de sa période de transmissibilité. Le bureau de santé publique qui identifie un voyageur potentiellement infectieux doit avvertir SPO pendant les heures de bureau à l'adresse ivpd@oahpp.ca et en dehors des heures de bureau en utilisant la procédure de garde normale pour une consultation plus approfondie.

Tests en laboratoire

Il convient de demander une confirmation en laboratoire pour tous les cas soupçonnés. S'assurer que les échantillons appropriés ont été prélevés, y compris les échantillons pour la détection virale (p. ex., écouvillonnage du nasopharynx et échantillon d'urine), car l'identification virale doit être prioritaire et tentée pour tous les cas soupçonnés de rougeole. Pour obtenir plus de renseignements, consultez la [fiche d'information sur les tests](#) du laboratoire de SPO.¹²

Isolement et exclusion :

Les cas confirmés et probables de rougeole doivent être invités à s'isoler pendant quatre jours après l'apparition de l'éruption. Les personnes immunodéprimées peuvent être contagieuses plus longtemps et il leur est conseillé de s'isoler pendant toute la durée de la maladie. L'isolement volontaire contribuera à prévenir la transmission du virus.⁵

Le médecin hygiéniste doit exclure les malades de tous les lieux publics pendant les quatre jours suivant l'apparition de l'éruption. Les lieux publics comprennent, entre autres, les garderies, les écoles, les établissements d'enseignement postsecondaire, les lieux de travail, les lieux de culte, les événements sportifs, les établissements de soins de santé et autres lieux de rassemblement.^{6,5}

Les personnes faisant l'objet d'une investigation peuvent également être invitées à s'isoler de tous les lieux publics pendant la période de transmissibilité s'il y a une forte suspicion de rougeole. Il n'est pas nécessaire d'attendre la confirmation du cas par le laboratoire pour mettre en place des mesures de contrôle.

Traitement

Il n'existe pas de traitement spécifique pour les personnes infectées par la rougeole; toutefois, les complications graves peuvent être évitées grâce à des soins de soutien qui garantissent une bonne alimentation et un apport hydrique adéquat.⁵

Effets d'une vaccination récente

La rougeole associée au virus vaccinal peut survenir 5 à 12 jours après la vaccination contre la rougeole.¹³ Le laboratoire de SPO effectuera une PCR du génotype du vaccin contre la rougeole sur tous les échantillons positifs à la PCR, ce qui permet de distinguer les souches de rougeole associées au virus vaccinal (génotype A) et les souches de rougeole de type sauvage. Les personnes présentant un résultat positif de rougeole au test de détection par PCR doivent s'isoler jusqu'à ce que les résultats du génotypage du vaccin soient disponibles.

La rougeole associée au virus vaccinal ne doit pas être classée comme un cas confirmé de rougeole une fois que la souche vaccinale est confirmée par génotypage. Il n'existe actuellement aucune preuve de transmission interhumaine du virus vaccinal de la rougeole chez les personnes atteintes de rougeole associée au virus vaccinal.¹³

Chez les contacts ayant reçu le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) après l'exposition, une maladie avec fièvre et éruption peut représenter une véritable infection par le virus de la rougeole de type sauvage ou une rougeole associée au virus vaccinal. Les contacts d'un cas de rougeole qui présentent une fièvre ou une éruption cutanée et qui ont reçu le vaccin ROR doivent être traités comme des cas soupçonnés de rougeole jusqu'à ce que les résultats de la PCR du génotype du vaccin soient disponibles.

Gestion des contacts

Identification des contacts

Dans les 24 heures suivant le signalement d'un cas confirmé ou probable de rougeole, tous les efforts possibles doivent être déployés pour :

- identifier tous les contacts potentiels;
- évaluer leur réceptivité à l'infection et les classer comme réceptifs* ou non réceptifs;
- déterminer s'ils présentent un risque élevé** et mettre en œuvre une prophylaxie post-exposition, le cas échéant.

Un contact exposé au virus de la rougeole est toute personne réceptive (voir la rubrique Réceptivité et résistance de l'hôte dans la section Caractéristiques de la maladie) qui a partagé la même pièce ou le même espace aérien que le cas au cours de la période de transmissibilité du cas, y compris deux heures après que le cas a quitté la pièce ou l'espace aérien (par exemple, à la maison, à l'école, à la garderie, dans l'autobus scolaire, au cabinet du médecin, au service des urgences, etc.).⁵

Ordre de priorité du suivi des contacts

Afin de déterminer quels sont les contacts qui devraient faire l'objet d'un suivi en priorité, les renseignements suivants doivent être recueillis lors de l'investigation sur les cas et les contacts :

- Historique des contacts pendant la période de transmissibilité;
- Évaluation du type de contact et de la probabilité de transmission (c.-à-d.

l'intensité et la durée de l'exposition);

- Statut vaccinal des contacts;
- Profession des contacts;
- Résidence/fréquentation d'un établissement ou d'une institution (p. ex., habitation collective, établissement de garde d'enfants, école, établissement d'enseignement postsecondaire).

***Évaluation de la réceptivité** (voir Réceptivité et résistance de l'hôte pour déterminer la réceptivité). Le statut vaccinal de tous les contacts doit être vérifié pour déterminer la réceptivité à la rougeole.

****Risque élevé** : Dans le cadre de l'identification et de la gestion des contacts, pouvant inclure une prophylaxie post-exposition (PPE)⁵, les groupes suivants doivent être traités en priorité :

- Nourrissons âgés de moins de 12 mois
- Personnes immunodéprimées
- Personnes enceintes réceptives
- Contacts familiaux et autres contacts avec une intensité/durée d'exposition similaire à celle des contacts familiaux

Dans la mesure du possible, tous les contacts doivent être informés des signes et symptômes de la rougeole, et il doit leur être conseillé de s'auto-surveiller et de s'exclure des écoles ou d'autres lieux s'ils présentent des symptômes. Les contacts doivent être avisés qu'ils doivent communiquer immédiatement avec leur bureau de santé publique s'ils présentent des symptômes.

Si les contacts individuels ne peuvent pas être facilement identifiés (par exemple, lors de rassemblements de masse et dans des lieux communautaires), il convient d'envisager sérieusement la publication de communiqués de presse pour informer les personnes qui ont été potentiellement exposées de consulter un médecin si elles présentent des signes et des symptômes et de s'adresser à leur fournisseur de soins de santé ou au bureau local de santé publique pour discuter de la vaccination si elle n'est pas à jour. Une alerte du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP) pour communiquer les lieux d'exposition possibles aux intervenants de la santé publique en Ontario et/ou au Canada, le cas échéant, est également fortement encouragée.

Prophylaxie post-exposition (PPE)

L'administration en temps utile du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) ou d'immunoglobulines (Ig) par voie intramusculaire (IgIM) ou par voie intraveineuse (IgIV) peut réduire le risque d'infection chez les personnes réceptives

exposées à la rougeole ou, dans le cas de l'administration d'IgIM/IgIV, réduire la gravité clinique en cas d'infection par la rougeole.

La PPE n'est pas efficace à 100 %, et tous les contacts sensibles qui reçoivent la PPE doivent être informés des signes et symptômes de la rougeole, éviter tout contact avec les personnes à risque élevé (nourrissons de moins de 12 mois, personnes immunodéprimées et personnes enceintes réceptives) et éviter les lieux ou les rassemblements où des personnes à risque élevé sont susceptibles de se trouver.

Vaccin ROR

Les contacts immunocompétents réceptifs âgés de six mois et plus qui ne présentent pas de contre-indications doivent recevoir le vaccin ROR dans les 72 heures suivant l'exposition.^{8,14,15} Si le vaccin ROR est administré avant l'âge de 12 mois à titre de PPE, deux doses supplémentaires de vaccin contenant le virus de la rougeole doivent être administrées après que l'enfant a atteint l'âge de 12 mois afin de lui assurer une immunité durable contre la rougeole.^{8,14} L'efficacité du vaccin contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (RORV) dans le cadre de la PPE n'a pas été établie.⁵ Un résumé des données probantes sur l'efficacité du vaccin à titre de PPE est présenté dans d'autres études.⁹

Lorsque le vaccin ROR est proposé 72 heures après l'exposition, il n'est plus considéré comme une PPE mais représente une occasion de mettre à jour les vaccinations et offre une protection contre toute exposition ultérieure à la rougeole.

Immunoglobuline (IgIM et IgIV)

Les recommandations relatives à la prophylaxie post-exposition pour les contacts réceptifs se fondent sur les [recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation \(CCNI\)](#) mises à jour en 2018.¹⁴

L'IgIM/IgIV, si elle est administrée dans les 6 jours suivant l'exposition, peut offrir une certaine protection ou modifier l'évolution clinique de la maladie chez les contacts réceptifs.⁷ Comme l'efficacité de la prophylaxie par Ig diminue avec le temps écoulé depuis l'exposition, l'administration rapide d'Ig est encouragée, si nécessaire. L'administration d'Ig doit être réservée aux contacts réceptifs présentant un risque plus élevé de contracter une forme grave de la maladie.

Le CCNI recommande l'administration d'immunoglobuline par voie intramusculaire (IgIM) ou par voie intraveineuse (IgIV) à titre de PPE contre la rougeole chez les groupes réceptifs et à risque élevé, qui comprennent les groupes suivants :¹⁴

- les personnes immunodéprimées;

- les personnes enceintes réceptives;
- les nourrissons réceptifs âgés de moins de 6 mois;
- les nourrissons immunocompétents réceptifs âgés de 6 à 12 mois qui sont identifiés après 72 heures et dans les six jours suivant une exposition au virus de la rougeole.

Le CCNI ne recommande pas que les personnes immunocompétentes réceptives âgées de plus de 12 mois et qui ne sont pas enceintes reçoivent de l'Ig à titre de PPE en raison du faible risque de complications de la maladie et des difficultés pratiques liées à l'administration de produits à base d'Ig.¹⁴

Le volume maximal recommandé pour l'administration d'IgIM est de 15 ml. Le CCNI a conclu qu'une personne pesant 30 kg ou plus ne recevra pas une dose optimale d'IgIM à la dose recommandée de 0,5 ml/kg. Pour les personnes pesant 30 kg ou plus, ou si le volume d'injection est une préoccupation, l'administration d'IgIV est recommandée comme solution de rechange à l'administration d'IgIM.¹⁴

Le tableau 1 contient un résumé des stratégies recommandées en matière de PPE contre la rougeole.

Tableau 1 : Résumé des recommandations mises à jour en matière de prophylaxie post-exposition contre la rougeole pour les contacts réceptifs

Population	Temps écoulé depuis l'exposition au virus de la rougeole	
	≤ 72 heures	De 73 heures à 6 jours
Nourrissons réceptifs âgés de 0 à 6 mois	IgIM (0,5 mL/kg) ^{a,b}	
Nourrissons immunocompétents réceptifs âgés de 6 à 12 mois	Vaccin RRO ^a	IgIM (0,5 mL/kg) ^b
Personnes immunodéprimées ^c réceptives âgées de 6 mois et plus	IgIV (400 mg/kg) ou IgIM (0,5 mL/kg), protection limitée si le poids est de 30 kg ou plus ^d	
Personnes immunocompétentes réceptives âgées de 12 mois et plus	Vaccin RRO	Vaccin RRO ^e
Personnes enceintes réceptives ^f	IgIV (400 mg/kg) ou IgIM (0,5 mL/kg), protection limitée si le poids est de 30 kg ou plus ^d	

Notes :

- a) Il est toujours nécessaire d'administrer deux doses de vaccin contenant le virus de la rougeole après le premier anniversaire afin d'obtenir une protection à long terme.
- b) Si le volume de l'injection constitue une préoccupation importante, l'IgIV peut être administrée à une concentration de 400 mg/kg.

- c) Pour de plus amples informations concernant l'évaluation de la réceptivité des personnes immunodéprimées, veuillez vous référer aux considérations supplémentaires énoncées dans la section « Réceptivité et résistance de l'hôte ».
- d) Chez les personnes qui pèsent 30 kg et plus, l'administration d'IgIM n'assurera pas de protection complète, mais pourrait offrir une protection partielle.
- e) Le vaccin RRO ne sera pas efficace à titre de PPE s'il est administré plus de 72 heures après l'exposition. Cependant, une série de deux vaccins devrait être entamée et terminée sans délai afin d'assurer une protection à long terme
- f) Les directives de 2018 du CCNI sur l'administration d'IgIV à titre de PPE se fondaient sur la définition d'« immunité » du Guide canadien d'immunisation (GCI), soit au moins une dose de vaccin contenant la rougeole pour les adultes nés en 1970 ou après. Par conséquent, les recommandations relatives à la PPE utilisant l'IgIV pour les adultes doivent tenir compte de l'intensité et de la durée de l'exposition à la rougeole, ainsi que du statut vaccinal (0 ou 1 dose) du contact. La sérologie peut également jouer un rôle dans la décision d'administrer l'IgIV si elle peut être obtenue en temps utile. Le vaccin ROR doit être administré dans le post-partum si nécessaire pour assurer une protection à long terme.

Adapté des recommandations de 2018 du CCNI¹⁴ avec une autorisation disponible à l'adresse <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>

Les personnes qui reçoivent une dose de remplacement d'IgIV dans le cadre de la prise en charge d'une affection sous-jacente (400 mg/kg de poids corporel ou plus) sont considérées comme protégées contre la rougeole et n'ont pas besoin de PPE si la dernière dose d'IgIV a été reçue dans les trois semaines précédant l'exposition au virus de la rougeole.^{8,14}

[GamaSTAN](#) est le seul produit à base d'Ig à être administré par voie intramusculaire (IgIM).¹⁶ Il est conseillé de consulter les [recommandations du CCNI](#) et le Guide canadien d'immunisation (GCI) avant l'administration, car la posologie diffère de celle indiquée dans la monographie du produit.^{8,14}

La Société canadienne du sang dispose de plusieurs marques d'Ig disponibles pour l'administration d'IgIM et d'IgIV. Ces deux produits sont disponibles dans les laboratoires de médecine transfusionnelle des hôpitaux locaux. L'IgIV ne peut être commandée que par les fournisseurs en milieu hospitalier, à l'aide du formulaire de demande d'Ig du ministère de la Santé (hors neurologie), car elle doit être administrée à l'hôpital et faire l'objet d'une surveillance active du patient pendant

plusieurs heures. Le Réseau régional ontarien de coordination du sang (RROCS) et le ministère de la Santé sont au courant de la recommandation du CCNI concernant l'administration d'IgIV à titre de PPE contre la rougeole et prévoient d'ajouter la PPE contre la rougeole aux [Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'immunoglobuline](#) lors d'une prochaine mise à jour.¹⁷

Si de l'IgIM ou de l'IgIV est reçue à titre de PPE (ou toute autre indication), les doses ultérieures de vaccins à virus vivant (c.-à-d. le vaccin ROR et les vaccins contenant le virus de la varicelle) doivent être retardées.¹⁸ Pour de plus amples informations sur la PPE contre la rougeole et le calendrier de vaccination après la réception d'un produit à base d'Ig, veuillez consulter le GCI^{8,18} et les recommandations du CCNI en matière de PPE contre la rougeole.¹⁴

Exclusion et autres directives pour les contacts réceptifs

À la discrétion du médecin hygiéniste, les contacts réceptifs peuvent être exclus des services de garde agréés, des écoles et des établissements d'enseignement postsecondaire et peuvent être tenus de s'exclure eux-mêmes des lieux de travail ou d'autres habitations collectives et de s'abstenir de voyager.

Les facteurs suivants doivent être pris en compte pour décider d'exclure un contact réceptif, y compris les contacts dont le statut vaccinal est inconnu : le statut vaccinal du contact (inconnu, zéro ou une dose); l'intensité et la durée du contact avec le cas (p. ex., contact familial); le nombre de personnes réceptives dans le lieu; la présence de personnes à risque élevé (c.-à-d. les nourrissons de moins de 12 mois, les personnes immunodéprimées et/ou les personnes enceintes) dans le lieu; et la mesure dans laquelle on peut s'attendre à ce que la personne se conforme aux mesures de détection précoce et d'isolement en cas d'apparition de symptômes.⁵ Remarque : des détails supplémentaires concernant la gestion des contacts qui sont des travailleurs de la santé sont présentés dans une section spécifique ci-dessous.

En cas d'exclusion, la période d'exclusion doit s'étendre du 5^e jour après la première exposition au 21^e jour après la dernière exposition. Les directives des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis sur la rougeole indiquent que l'immunoglobuline peut prolonger la période d'incubation de la rougeole et que les contacts qui reçoivent de l'immunoglobuline à titre de PPE doivent continuer à surveiller les signes et symptômes de la rougeole pendant 28 jours après la dernière exposition.

Contacts qui ne sont pas des travailleurs de la santé

Les contacts qui fréquentent des milieux à risque élevé tels que les écoles et les garderies (et d'autres milieux à la discrétion du médecin hygiéniste) et qui ne sont

pas vaccinés (aucune dose de vaccin) et ceux dont les antécédents vaccinaux sont inconnus (dont le résultat du test de détection d'IgG est négatif ou dont les résultats sérologiques ne sont pas disponibles) devraient être exclus si le vaccin n'est pas reçu à titre de PPE dans le délai de 72 heures suivant l'exposition. Les contacts jugés réceptifs et qui reçoivent de l'IgIM/IgIV à titre de PPE peuvent également être exclus des milieux à risque élevé (p. ex., les établissements de soins de santé, les services de garde et les écoles), à la discrétion du médecin hygiéniste.

Les personnes nées après 1970 qui ont reçu une dose de vaccin doivent être considérées comme réceptives dans le cadre de la gestion des contacts. Cela comprend les enfants âgés de 12 mois à moins de 4 ans qui ne peuvent pas encore recevoir leur deuxième dose de vaccin contenant le virus de la rougeole, conformément au calendrier de vaccination systématique. En général, les contacts ayant reçu une dose de vaccin doivent être exclus des établissements scolaires ou des services de garde agréés (et, dans le cas des adultes, des lieux de travail, à la discrétion du médecin hygiéniste) jusqu'à ce qu'ils reçoivent une deuxième dose de vaccin contenant le virus de la rougeole. Les enfants peuvent retourner à l'école ou au service de garde immédiatement après avoir reçu leur deuxième dose, même si c'est plus de 72 heures après l'exposition. On estime que l'efficacité d'une seule dose de vaccin contenant le virus de la rougeole, administrée à l'âge de 12 ou 15 mois, est de l'ordre de 85 % à 95 %.⁸ La levée immédiate de l'exclusion après l'administration de la deuxième dose, quel que soit le moment où elle a été administrée, peut s'appliquer à la plupart des autres contacts, y compris les enfants plus âgés et les adultes (à l'exception des travailleurs de la santé) qui n'ont reçu que la première dose de vaccin contenant le virus de la rougeole. Les contacts qui seraient autrement exclus peuvent recevoir une deuxième dose de vaccin contenant le virus de la rougeole dans le cadre d'une intervention en cas d'écllosion, indépendamment de leur admissibilité au calendrier systématique.

Dans le cas des étroits (p. ex., au sein de la famille) qui ont été exposés au cas avec une intensité et une durée significatives et qui n'ont reçu auparavant qu'une seule dose de vaccin, la sérologie peut être utile pour éclairer les décisions concernant le retour à l'école ou au service de garde si la deuxième dose de vaccin contenant le virus de la rougeole est administrée plus de 72 heures après l'exposition. Si elle est utilisée pour orienter les décisions d'exclusion, la sérologie doit être effectuée avant la deuxième dose de vaccin et le contact doit être exclu jusqu'à ce que les résultats soient disponibles (de manière similaire à l'approche adoptée pour les travailleurs de la santé, décrite ci-dessous).

Contacts qui sont des travailleurs de la santé

Les travailleurs de la santé qui ont été exposés à un cas confirmé de rougeole doivent faire vérifier leur statut immunitaire. S'ils ont reçu deux doses documentées de vaccin contenant le virus de la rougeole ou une confirmation sérologique de l'immunité, ils peuvent être considérés comme immunisés et continuer à travailler. S'ils n'ont reçu qu'une seule dose documentée de vaccin contenant le virus de la rougeole, sans preuve d'immunité en laboratoire ou sans antécédents de rougeole confirmée en laboratoire, ils doivent subir un test de dépistage des anticorps IgG de la rougeole et se voir administrer immédiatement une dose de vaccin ROR. Dans l'attente des résultats sérologiques, les travailleurs de la santé doivent être exclus du travail. Le travailleur de la santé peut reprendre immédiatement son travail si les résultats sérologiques indiquent une immunité contre la rougeole; si les résultats sérologiques indiquent une réceptivité à la rougeole, le travailleur de la santé doit être exclu du 5^e jour après la première exposition jusqu'au 21st jour après la dernière exposition.^{5,20}

Les travailleurs de la santé immunodéprimés réceptifs devraient être exclus, que la PPE (vaccin ou IgIV) ait été administrée ou non, étant donné le risque très élevé que présente ce milieu. Comme l'objectif de l'immunoglobuline chez les contacts réceptifs est d'atténuer la gravité clinique en cas de rougeole, les travailleurs de la santé réceptifs qui reçoivent l'IgIV doivent être exclus, et il convient d'envisager une période d'exclusion de 28 jours après la dernière exposition, en particulier pour les travailleurs de la santé qui travaillent avec des populations de patients à risque très élevé (p. ex., les nouveau-nés, les receveurs de greffe), car l'immunoglobuline peut prolonger la période d'incubation de la rougeole.⁹

Interruption des chaînes de transmission

L'évaluation du statut vaccinal des contacts d'une personne exposée au virus de la rougeole peut contribuer à réduire la possibilité d'une transmission ultérieure, en particulier dans les milieux où les enfants n'ont reçu qu'une seule dose de vaccin ROR, ainsi que chez les membres de la famille des contacts exposés lorsque le contact a été exclu de l'école, du service de garde ou d'autres milieux. Les mesures suivantes doivent être envisagées :

- L'évaluation du statut vaccinal des personnes se trouvant dans des milieux à risque élevé si un contact réceptif à la rougeole fréquente le milieu pendant une période d'incubation potentielle (p. ex., dans les services de garde d'enfants);
- La vaccination des contacts réceptifs de la personne exposée, en

administrant la deuxième dose de vaccin contenant le virus de la rougeole aux enfants qui n'ont reçu qu'une dose de vaccin contenant le virus de la rougeole (à au moins 4 semaines d'intervalle pour le vaccin contenant le virus de la rougeole) et en proposant le vaccin ROR aux enfants qui ne sont pas vaccinés.

- La vaccination des membres réceptifs du ménage des contacts qui ont été exclus du service de garde, de l'école ou du travail.

Gestion des éclosions

Veillez consulter le *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2023* (ou sa version actuelle) pour connaître les mesures à prendre pour identifier la source de la maladie, gérer l'éclosion et limiter la propagation secondaire.

Les éclosions sont l'occasion d'évaluer le statut vaccinal et de mettre à jour les carnets de vaccination des contacts, si nécessaire, et de recommander la vaccination à tous ceux qui ne sont pas à jour dans leurs vaccins contre la rougeole.

Mesures de prévention et de contrôle

Si des doses de vaccin financées par le secteur public sont nécessaires aux fins de gestion des contacts, le conseil de santé doit contacter dès que possible le programme de vaccination du ministère de la Santé à l'adresse vaccine.program@ontario.ca.

Mesures de prévention personnelles

Il faut se faire vacciner conformément aux *calendriers de vaccination financés par le secteur public en Ontario*.²¹

En Ontario, la [Loi sur l'immunisation des élèves](#) (LIE) régit l'immunisation des élèves contre les maladies désignées qui sont incluses dans la Loi.²² Tous les élèves qui ne bénéficient pas d'une exemption valide (c.-à-d. une exemption médicale ou une déclaration de conscience ou de croyance religieuse) en vertu de la LIE doivent avoir reçu, preuves à l'appui, deux doses de vaccin contenant le virus de la rougeole à l'âge prévu et conformément au calendrier spécifié.²²

En Ontario, la [Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance](#) (LGEPE) régit les services de garde agréés.²³ Conformément au [Règl. de l'Ont. 137/15](#) pris en application de la LGEPE, les enfants qui ne sont pas scolarisés et qui fréquentent des services de garde d'enfants agréés doivent être vaccinés selon les recommandations du médecin hygiéniste local avant d'être admis.²⁴ En vertu de la LGEPE, les parents peuvent fournir une raison médicale pour laquelle l'enfant ne

devrait pas être vacciné ou s'opposer à la vaccination pour des motifs religieux ou de conscience.²³

Stratégies de prévention et de contrôle des infections

- Pour les cas hospitalisés, en plus des pratiques de routine, des précautions contre la transmission par voie aérienne dans une chambre d'isolement des infections aéroportées (CIIA) avec la porte fermée sont indiquées pendant la période de transmissibilité, y compris les 4 jours suivant l'apparition de l'éruption chez les personnes par ailleurs en bonne santé, et pendant toute la durée de la maladie chez les personnes immunodéprimées.¹⁹ L'approche conservatrice consiste à maintenir les patients sous précautions dans une CIIA jusqu'à ce que tous les symptômes liés à la rougeole aient disparu.^{5,25}
- Si aucune CIIA n'est disponible, le patient doit porter un masque médical bien ajusté (chirurgical/d'intervention) et être immédiatement placé dans une chambre individuelle avec la porte fermée. Les déplacements du patient doivent être limités, sauf en cas d'absolue nécessité, et ils ne doivent alors être effectués que si le patient porte un masque médical bien ajusté. Après la sortie du patient, la porte de la chambre doit rester fermée, la signalisation relative aux précautions contre la transmission par voie aérienne restant apposée sur la porte, jusqu'à ce que tout l'air de la chambre ait été renouvelé; aucun autre patient ne doit être placé dans la chambre pendant une période de deux heures.²⁵
- Tous les travailleurs de la santé doivent s'assurer qu'ils sont immunisés contre la rougeole. Seuls les travailleurs de la santé ayant une immunité présumée contre la rougeole devraient soigner les patients présentant une rougeole soupçonnée ou confirmée, en raison du risque accru de transmission de la rougeole aux personnes réceptives.^{20,5,26,27}
- Un travailleur de la santé non immunisé et réceptif ne peut entrer dans la chambre que dans des circonstances exceptionnelles (c.-à-d. lorsqu'aucun travailleur de la santé immunisé n'est disponible et que la sécurité du patient serait compromise dans le cas contraire).^{28,26,27,29}
- **Tous les travailleurs de la santé, quelle que soit leur immunité présumée contre la rougeole, doivent porter un masque respiratoire N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés.**
- Des équipements de protection individuelle supplémentaires, tels que des gants, une blouse et une protection oculaire, peuvent être ajoutés au besoin en fonction d'une évaluation du risque au point de service (ERPS) dans le cadre des

pratiques de base. Ils sont recommandés à titre de précautions supplémentaires pour les maladies respiratoires aiguës afin de fournir une protection des voies respiratoires (précédemment appelées précautions contre les gouttelettes et les contacts) lors de la prise en charge de personnes présentant des symptômes respiratoires et/ou des symptômes viraux indifférenciés.

- Les conseils de santé publique à l'intention de tous les cas soupçonnés de rougeole sont les suivants : s'isoler, pratiquer une bonne hygiène des mains et une bonne hygiène respiratoire, et éviter de partager des verres à boire ou des ustensiles avec d'autres personnes.⁵

Consultez le site [Santé publique Ontario](#) pour obtenir les informations les plus récentes sur la prévention et le contrôle des infections.

Caractéristiques de la maladie

Agent étiologique – La rougeole est causée par le virus de la rougeole, un membre du genre *Morbillivirus* de la famille *Paramyxoviridae*.⁶

Modes de Transmission – Le virus de la rougeole est très contagieux et se transmet par des noyaux de gouttelettes en suspension dans l'air, par contact personnel étroit ou par contact direct avec les sécrétions respiratoires d'un cas.⁶ Le virus de la rougeole peut persister dans l'air et sur les surfaces pendant au moins deux heures.⁵ Il n'existe actuellement aucune preuve de transmission interhumaine du virus du vaccin contre la rougeole (rougeole associée au vaccin).^{13,6}

La rougeole est l'une des maladies infectieuses les plus facilement transmissibles, avec un taux d'attaque secondaire supérieur à 90 % chez les personnes réceptives.^{6,5}

Période d'incubation – La période d'incubation de la rougeole, de l'exposition au prodrome, est en moyenne de 10 à 12 jours.^{7,19} Le temps écoulé entre l'exposition et l'apparition de l'éruption est en moyenne de 14 jours (entre 7 et 21 jours).^{7,19,6} Les personnes qui reçoivent de l'immunoglobuline (Ig) dans le cadre d'une prophylaxie post-exposition (PPE) peuvent avoir une période d'incubation prolongée si elles développent la maladie malgré la PPE.⁷

Période de transmissibilité – Les cas sont considérés comme contagieux un jour avant le début de la période prodromique, qui est généralement d'environ 4 jours avant l'apparition de l'éruption jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption.^{6,8} L'apparition de l'éruption est le jour 0 et sert à établir la période de transmissibilité.

Les patients immunodéprimés peuvent présenter une excrétion prolongée du virus dans leurs voies respiratoires et être contagieux pendant toute la durée de leur maladie.⁵

Réservoir – Humains.⁶

Réceptivité et résistance de l'hôte

Après l'infection, l'immunité dure généralement toute la vie.^{6,8}

Tout contact né le ou après le 1^{er} janvier 1970 (à l'exception des travailleurs de la santé et du personnel militaire*) doit être considéré comme réceptif s'il répond à un ou plusieurs des critères suivants :^{8,5}

- Absence de preuve documentée de la vaccination avec deux doses valides de vaccin contenant le virus de la rougeole;

OU

- Absence de preuve en laboratoire d'une infection antérieure par la rougeole ou de documentation à cet effet dans le SIISP;

OU

- Absence de preuve d'immunité en laboratoire (c.-à-d. anticorps IgG antirougeoleux « réactifs » ou « positifs » ou niveau antérieur d'anticorps antirougeoleux supérieur à 200 mUI par ml).

*Les travailleurs de la santé et le personnel militaire doivent prouver qu'ils ont reçu deux doses valides de vaccin contenant le virus de la rougeole, **quelle que soit leur année de naissance.**

Autres considérations :

Tous les nourrissons de moins de 12 mois sont considérés comme réceptifs.

Les adultes nés entre 1970 et 1976 ne pouvaient recevoir qu'une seule dose de vaccin contenant le virus de la rougeole et n'étaient pas admissibles aux campagnes de rattrapage qui ont offert une deuxième dose de vaccin contenant le virus de la rougeole en 1995-1996 dans l'ensemble du Canada. Dans le cadre de la gestion des contacts, ces personnes devraient être considérées comme réceptives et se voir proposer une seconde dose de vaccin contenant le virus de la rougeole.

Les adultes **nés avant 1970** sont généralement présumés avoir acquis une immunité naturelle contre la rougeole; toutefois, certaines de ces personnes peuvent être réceptives. Le GCI recommande la vaccination de certaines personnes nées avant 1970 : les travailleurs de la santé, le personnel militaire, les voyageurs se

rendant à l'étranger et les étudiants des établissements d'enseignement postsecondaire.⁸

Dans certaines conditions d'immunodéficience, il est peu probable qu'une personne puisse avoir développé ou maintenu des niveaux d'anticorps antirougeoleux qui la protègent contre l'infection, malgré une vaccination antérieure. Le GCI cite en exemple la transplantation de cellules souches hématopoïétiques (TCSH), à moins que la personne ne soit vaccinée après la TCSH et qu'elle ait un titre d'anticorps antirougeoleux adéquat, et l'infection par le VIH avec une immunosuppression sévère⁸. Cette liste n'est pas exhaustive et une consultation clinique peut être nécessaire pour évaluer la réceptivité des personnes immunodéprimées. Les lignes directrices sur la rougeole de l'Agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni fournissent des informations supplémentaires sur les considérations relatives aux contacts immunodéprimés.⁹

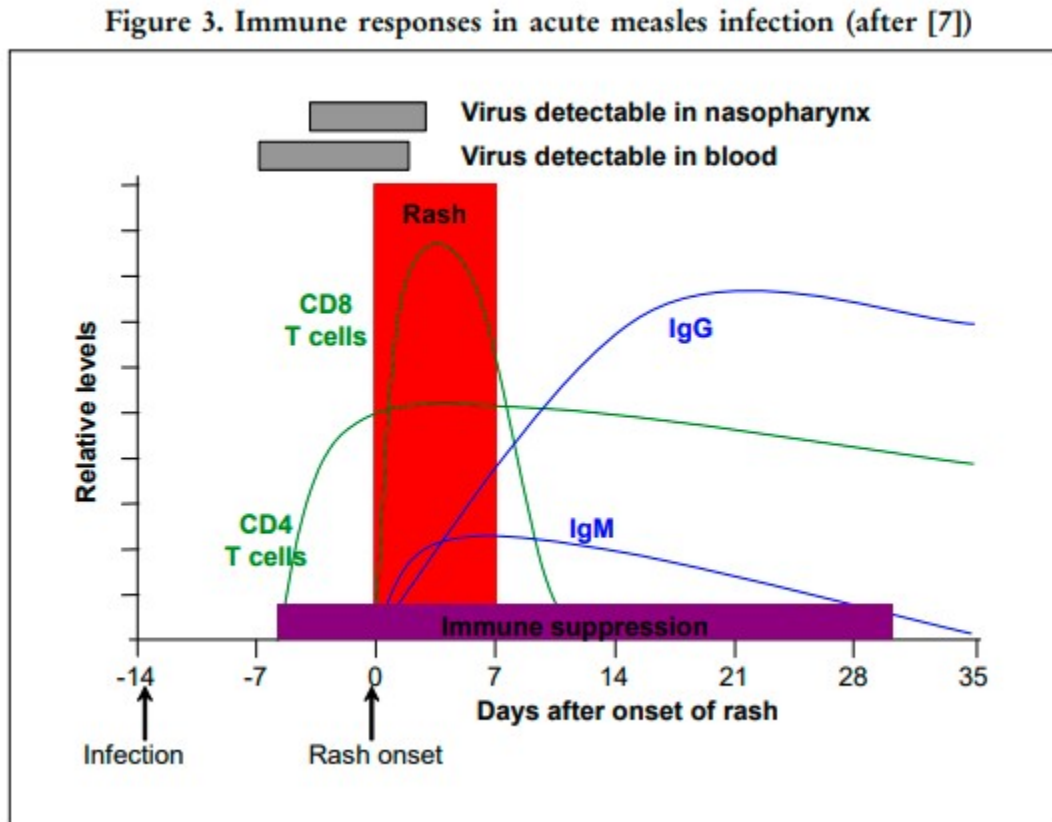
Enfin, il est important de noter que les critères de réceptivité décrits ci-dessus s'appliquent à une population et qu'il est possible qu'un petit nombre d'individus au sein de ces groupes ne soient pas immunisés contre la rougeole. C'est pourquoi il convient d'informer les contacts de toute exposition pertinente et de leur conseiller de surveiller l'apparition de signes et de symptômes, même s'il ne leur est pas recommandé de recevoir une PPE (voir la section sur la gestion des contacts pour plus de détails) ou de se conformer à d'autres mesures de santé publique (isolement volontaire ou exclusion).

Pour obtenir les renseignements les plus récents sur les tendances en matière de maladies infectieuses en Ontario, veuillez consulter les [données sur les maladies infectieuses](#) et d'autres rapports de SPO.³⁰

Pour de plus amples informations épidémiologiques nationales et internationales, veuillez consulter les sites de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Organisation mondiale de la santé.

Figure 1 :

Figure 1. Réactions immunitaires lors d'une infection aiguë par la rougeole.



Source : Organisation mondiale de la santé, Programme élargi de vaccination et équipe d'évaluation et surveillance des vaccins du Département des vaccins et produits biologiques. Manual for the laboratory diagnosis of measles virus infection (en anglais seulement). Genève : Organisation mondiale de la santé; 2007. Figure 3: Immune Responses in acute measles infection (after [7]).

Références

1. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07>
2. *Désignation de maladies*, Règl. de l'Ont. 135/18. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180135>
3. *Rapports*, R.R.O. 1990, Règl. 569. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900569>
4. Agence de la santé publique du Canada. Rougeole : Surveillance [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2022 [modifié le 19 septembre 2023; cité le 6 mars 2024]. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/rougeole/surveillance-rougeole.html>
5. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosons de rougeole au Canada : Une déclaration d'un comité consultatif (DCC), Groupe de travail pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole (GTERR). *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2013;39(ACS-3):1-52. Accessible à l'adresse : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v39i00a03f>
6. Heymann DL, éditeur. *Control of communicable diseases manual*. 21^e édition. ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2022.
7. Gastanaduy PA, Redd SB, Clemmons NS, Lee AD, Hickman CJ, Rota PA, et al. Chapter 7: measles. Dans : Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases; Roush SW, Baldy LM, éditeurs. *Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases* [Internet]. Édition évolutive. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; [2019] [cité le 6 mars 2024]. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt07-measles.html>

8. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation, Guide canadien d'immunisation [Internet]. Édition évolutive. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2015 [modifié en septembre 2020; cité le 6 mars 2024]. Partie 4 – Agents immunisants : vaccins contre la rougeole. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-12-vaccin-rougeole.html>
9. UK Health Security Agency. National measles guidelines [Internet]. London: Crown Copyright; 2024 [cité le 6 mars 2024]. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/65ddd0e9f1cab3001afc4774/national-measles-guidelines-Feb-2024.pdf>
10. Australian Government, Department of Health and Aged Care, Communicable Diseases Network Australia. Measles: CDNA national guidelines for public health units [Internet]. Canberra: Commonwealth of Australia; 2019 [cité le 6 mars 2024]. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/02/measles-cdna-national-guidelines-for-public-health-units.pdf>
11. Ragusa R, Platania A, Cuccia M, Zappalà G, Giorgianni G, D'Agati P, et al. Measles and pregnancy: immunity and immunization-what can be learned from observing complications during an epidemic year. *J Pregnancy*. 2020;2020:6532868. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1155/2020/6532868>
12. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Measles – diagnostic – PCR [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; c2024 [modifié le 23 septembre 2023; cité le 6 mars 2024]. Accessible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/fr/laboratory-services/test-information-index/measles-diagnostic-pcr>
13. Greenwood KP, Hafiz R, Ware RS, Lambert SB. A systematic review of human-to-human transmission of measles vaccine virus. *Vaccine*. 2016;34(23):2531-6. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.092>

14. Tunis MC, Salvadori MI, Dubey V, Baclic O; Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Nouvelles recommandations du CCNI en matière de prophylaxie post-exposition contre la rougeole. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2018;44(9):226-30. Accessible à l'adresse : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i09a07f>
15. Young MK, Nimmo GR, Cripps AW, Jones MA. Post-exposure passive immunisation for preventing measles. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(4):CD010056. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010056.pub2>
16. Grifols Therapeutics LLC. Product monograph: GamaSTAN® immunoglobulin (human) injectable solution, 15-18% protein manufacturer's standard passive immunizing agent [Internet]. Clayton, NC: Grifols Therapeutics LLC; 2019 [cité le 6 mars 2024]. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00050163.PDF
17. Réseau régional ontarien de coordination du sang (RROCS). Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'immunoglobuline [Internet]. Toronto (Ontario) : RROCS; 2018 [cité le 6 mars 2024]. Accessible à l'adresse : <https://transfusionontario.org/fr/lignes-directrices-ontariennes-de-gestion-de-lutilisation-de-limmunoglobuline/>
18. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation, Guide canadien d'immunisation [Internet]. Édition évolutive. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2013 [modifié le 3 octobre 2023; cité le 6 mars 2024]. Partie 1 – Information clé sur l'immunisation : produits sanguins, immunoglobulines humaines et moment de l'immunisation. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-11-produits-sanguins-immunoglobulines-humaines-moment-immunisation.html>
19. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Section 3: summaries of infectious diseases: measles. Dans : Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, éditeurs. Red book: 2021-2024 report of the Committee on Infectious Diseases. 32^e édition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021. P.503-19.
20. Association des hôpitaux de l'Ontario. Measles surveillance protocol for Ontario hospitals [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des hôpitaux de l'Ontario; 2019 [cité le 27 juin 2019].

21. Ontario, ministère de la Santé. Calendriers de vaccination financée par le secteur public en Ontario – juin 2022. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/files/2024-01/moh-publicly-funded-immunization-schedule-short-fr-2024-01-23.pdf>
22. *Loi sur l'immunisation des élèves*, L.R.O. 1990, chap. I.1. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90i01>
23. *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*, L.O. 2014, chap. 11, Annexe 1. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/14c11>
24. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 137/15. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/150137>
25. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. 3^e édition. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Accessible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/B/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf>
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim infection prevention and control recommendations for measles in healthcare settings [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2019 [modifié le 13 juillet 2019; cité le 11 mars 2024]. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/Measles-Interim-IC-Recs-H.pdf>
27. NHS England. National infection prevention and control manual (NIPCM) for England [Internet]. London: Crown Copyright; 2024 [cité le 11 mars 2024]. Chapter 2: Transmission based precautions (TBPs). Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.england.nhs.uk/national-infection-prevention-and-control-manual-nipcm-for-england/chapter-2-transmission-based-precautions-tbps/>
28. Gohil SK, Okubo S, Klish S, Dickey L, Huang SS, Zahn M. Healthcare workers and post-elimination era measles: lessons on acquisition and exposure prevention. *Clin Infect Dis*. 2016;62(2):166–72. Accessible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1093/cid/civ802>

29. Alves Graber EM, Andrade FJ Jr, Bost W, Gibbs MA. An update and review of measles for emergency physicians. *J Emerg Med.* 2020;58(4):610-5.

Accessible à l'adresse (en anglais seulement) :

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.02.007>

30. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Données sur les maladies infectieuses. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; [cité le 5 mars 2024]. Accessible à l'adresse :

<https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease>

Sources des définitions de cas

Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation, Guide canadien d'immunisation [Internet]. Édition évolutive. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2015 [modifié en septembre 2020; cité le 6 mars 2024]. Partie 4 – Agents immunisants : vaccins contre la rougeole. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-12-vaccin-rougeole.html>

Agence de la santé publique du Canada. Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale [archivé]. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2009;35 Suppl 2:1-123. Measles; p.71-72. Accessible à l'adresse : <https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09pdf/35s2-fra.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosons de rougeole au Canada : Une déclaration d'un comité consultatif (DCC), Groupe de travail pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole (GTERR). Relevé des maladies transmissibles au Canada 2013;39(ACS-3):1-52. Accessible à l'adresse : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v39i00a03f>

Historique du document

Date de révision	Section du document	Description des révisions
Mars 2024	Ensemble du document	<ul style="list-style-type: none">• Clarifications et mises à jour des définitions de cas sur la base des résultats de laboratoire disponibles à SPO.• Présentation clinique : Mise à jour de la formulation.• Résultats de laboratoire : Ajout de sous-titres pour regrouper les indications et les limites par test (p. ex., PCR, sérologie). Ajout d'un nouveau test PCR du génotype du vaccin contre la rougeole au laboratoire de SPO.• Gestion des cas :<ul style="list-style-type: none">○ Ajout des antécédents de voyage aux renseignements prioritaires à recueillir.○ Ajout de sous-titres à la section de la gestion des cas pour améliorer la lisibilité.○ Ajoute de la section « Effets d'une vaccination récente ».• Gestion des contacts :<ul style="list-style-type: none">○ Ajout de sous-titres pour améliorer la lisibilité. <p>Mise en évidence des priorités en matière de suivi, y compris l'évaluation de la réceptivité et la détermination des contacts à risque élevé.</p>

Date de révision	Section du document	Description des révisions
Mars 2024	Ensemble du document	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des contacts : <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation de la réceptivité (dans la section Réceptivité et résistance de l'hôte) : 2 doses de vaccin contenant le virus de la rougeole pour les contacts nés après 1970. ○ Prophylaxie post-exposition (PPE) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des sections séparées sont prévues pour le vaccin ROR et l'immunoglobuline (Ig). ▪ La section sur l'immunoglobuline a été mise à jour pour refléter les directives de 2018 du CCNI sur la PPE (admissibilité, calendrier, dosage, modalités d'accès). ○ Exclusion des contacts réceptifs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exclusion des personnes n'ayant reçu aucune dose de vaccin contenant le virus de la rougeole si le vaccin ROR n'est pas reçu dans les 72 heures suivant l'exposition. ▪ Exclusion des personnes qui reçoivent de l'immunoglobuline à titre de PPE, car l'Ig peut atténuer la maladie, mais pas la prévenir. ▪ Clarification des critères d'exclusion pour les personnes n'ayant reçu aucune dose ou une dose de vaccin contenant le virus de la rougeole au moment de l'exposition.

Date de révision	Section du document	Description des révisions
Mars 2024	Ensemble du document	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des contacts : <ul style="list-style-type: none"> ○ PCI : ○ Ajout de termes relatifs à l'isolement en milieu hospitalier (précautions contre la transmission par voie aérienne) et à l'immunité des travailleurs de la santé. ○ Modification de l'obligation de porter un masque (respirateur N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés) pour tous les travailleurs de la santé, quelle que soit leur immunité présumée. ○ Réceptivité et résistance de l'hôte : • 2 doses de vaccin contenant le virus de la rougeole pour les contacts nés après 1970.
Avril 2022	Ensemble du document	Nouveau modèle. Fusion des annexes A et B. Aucun changement important dans le contenu.
Avril 2022	Épidémiologie : Section sur les cas	Section retirée.
Avril 2022	Codes de la Classification internationale des maladies	Section retirée.