

# ROUGEOLE

## Aperçu de la maladie

Maladie très contagieuse causée par un virus, la rougeole est évitable par la vaccination. Depuis 1998, le Canada est exempt de rougeole endémique. Malgré tout, le risque d'importation de cette maladie demeure une réalité en raison des voyages à destination et en provenance de pays où elle est active et de l'existence de personnes et de communautés à risque qui ne sont pas vaccinées ou qui sont insuffisamment vaccinées.

Le maintien de l'élimination de cette maladie exige le renforcement des activités de surveillance, une couverture vaccinale étendue et la poursuite de la sensibilisation du public et des professionnels à l'importance de la vaccination. Pour obtenir plus d'information, consulter les [Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosions de rougeole au Canada](#), octobre 2013, de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Symptômes

La rougeole est caractérisée par des symptômes précoces (prodrome) non spécifiques qui commencent avec de la fièvre et une sensation de malaise. Le syndrome plus distinct peut comprendre les symptômes suivants : conjonctivite, coryza (éternuements, congestion nasale et écoulement nasal), toux, photophobie et taches de Koplik. Ces dernières, des taches bleuâtres ou blanches sur fond rouge rosé, apparaissent sur la muqueuse buccale (sur la paroi interne des joues) généralement face aux molaires. Les symptômes apparaissent généralement de deux à quatre jours avant l'éruption cutanée.

La température corporelle peut excéder 40 °C (104 °F) et retombe habituellement deux ou trois jours après l'apparition de l'éruption cutanée. Une forte fièvre persistant au-delà du troisième jour après l'éruption peut indiquer la présence de complications (p. ex. otite moyenne).

Cette dernière est de nature maculopapulaire (région rouge et plate sur la peau qui est couverte de petites bosses confluentes) et commence au niveau de la tête, souvent le long de la ligne de contour des cheveux, avant de s'étendre vers le bas pour atteindre les mains et les pieds. Dans les cas graves, les lésions finissent habituellement par devenir confluentes, particulièrement sur le visage et le haut du corps. L'éruption dure habituellement entre quatre et sept jours.

L'atteinte est généralement plus grave chez les bébés, les adultes et les personnes immunodéficientes. Des diarrhées peuvent survenir. Les complications possibles de la maladie comprennent l'otite moyenne, la pneumonie et l'encéphalite.

Il est possible que les personnes qui ont reçu une ou deux doses de vaccin contre la rougeole ne présentent pas les symptômes habituels.

## Réservoir

Humains.

## Mode de transmission

Le virus de la rougeole se transmet d'une personne à l'autre par inhalation de noyaux de gouttelettes en suspension (transmission aérogène) ou lorsque des sécrétions nasopharyngiennes infectieuses entrent en contact avec les muqueuses d'une personne réceptive (transmission directe). Il est sensible à la lumière vive et à l'assèchement, mais demeure dans l'air sous forme de poussière aéroportée infectieuse pendant environ deux heures. La **rougeole compte parmi les maladies les plus contagieuses**, avec des taux d'attaque supérieurs à 90 % chez les contacts étroits réceptifs.

## Période d'incubation

La période d'incubation de la maladie se définit comme **le temps écoulé entre l'exposition et l'apparition de la fièvre**. Elle varie habituellement de 7 à 18 jours (en moyenne 10 jours). L'éruption apparaît généralement entre 2 et 4 jours après les premiers symptômes et jusqu'à 21 jours après l'exposition initiale (**14 jours en moyenne après l'exposition**).

*Remarque : La période d'incubation peut être prolongée chez une personne exposée qui a, au début de la période d'incubation, reçu de l'immunoglobuline pour une immunisation passive.*

## Période de transmissibilité

La rougeole est particulièrement **contagieuse 1 jour avant l'apparition des symptômes avant-coureurs (le prodrome) (généralement 4 jours avant l'apparition de l'éruption) et 4 jours après l'apparition de l'éruption**. Cependant, compte tenu de la période d'incubation de cette maladie, le risque d'apparition de cas secondaires est possible jusqu'à 21 jours.

## Facteurs de risque

Risque accru de contracter la maladie/d'être gravement atteint de la maladie :

- Les personnes qui n'ont jamais eu la maladie, qui ne sont pas immunisées contre celle-ci ou qui sont immunodéficientes (quel que soit leur statut vaccinal) présentent un risque de développer la rougeole quand elles sont exposées à un cas pendant aussi peu que 15 minutes.
- La plupart des personnes nées avant 1970 ont probablement eu la rougeole dans leur enfance et sont considérées comme protégées. Toute personne née après cette date qui n'a pas reçu deux doses de vaccin contre la rougeole et qui n'a jamais eu la rougeole est à risque.
- Voyage récent ou antécédents d'exposition dans une région endémique ou touchée par une éclosion.

## Définition de cas aux fins de surveillance

### Cas confirmé

Confirmation de l'infection en laboratoire en l'absence d'immunisation récente<sup>1</sup> avec un vaccin contenant l'antigène rougeoleux :

- isolement du virus de la rougeole dans un échantillon clinique approprié.

OU

- détection de l'ARN du virus de la rougeole.

OU

- séroconversion ou augmentation marquée (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps IgG dirigés contre le virus de la rougeole dans le sérum de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë, par une épreuve sérologique standard.

OU

- sérologie positive pour l'anticorps IgM dirigé contre le virus de la rougeole, réalisée selon une méthode recommandée chez une personne présentant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou ayant voyagé récemment dans une région où des cas de rougeole avaient été signalés.

OU

- maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire<sup>2</sup>.

### Cas probable

Maladie clinique

- en l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées.

OU

- en l'absence de lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire.

OU

- chez une personne ayant voyagé récemment dans une région où des cas de rougeole avaient été signalés.

## Lignes directrices en matière de diagnostic et d'essais en laboratoire

On diagnostique l'infection par ce virus grâce à un résultat positif au test sérologique pour les anticorps antirougeoleux de classe IgM (immunoglobulines M), à une augmentation importante de la concentration d'anticorps IgG de la rougeole dans les échantillons de sérum appariés (en phase aiguë et durant la convalescence), au moyen de toute épreuve sérologique standard, ou par

---

<sup>1</sup> La réaction la plus fréquente au vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) est une sensation de malaise et de la fièvre (avec ou sans éruption cutanée) survenant de 7 à 12 jours après l'immunisation. Cependant, les effets indésirables doivent être évalués au cas par cas, car les réactions et le délai avant leur apparition peuvent varier (Agence de la santé publique du Canada, *Guide canadien d'immunisation* [en ligne], édition évolutive, 2023, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>).

<sup>2</sup> La maladie clinique est caractérisée par l'ensemble des manifestations suivantes : fièvre égale ou supérieure à 38,3 °C; toux, coryza ou conjonctivite; éruption maculopapulaire généralisée pendant au moins trois jours.

l'isolement des souches de la rougeole ou la détection de l'ARN de la rougeole (par RT-PCR) à partir d'échantillons cliniques d'urine, de sang, de sécrétions de la gorge ou nasopharyngées.

Le diagnostic de rougeole en laboratoire se fait le plus souvent par détection de l'anticorps IgM dirigé contre la maladie dans un échantillon unique de sérum. Dans environ 80 % des cas de rougeole, cet anticorps peut être détecté par EIA en sandwich dans les 72 heures suivant l'apparition de l'éruption cutanée. Soixante-douze heures après l'apparition de l'éruption, ce chiffre augmente à près de 100 %. Les cas suspects chez qui un échantillon a été prélevé  $\leq 3$  jours après l'apparition de l'éruption et pour lesquels les tests de détection de l'IgM se sont avérés négatifs devraient faire l'objet d'un second prélèvement  $> 3$  jours après l'apparition de l'éruption, en vue de nouveaux tests d'IgM.

En général, un résultat positif lors du test de détection de l'IgM, peu importe le stade auquel est réalisé ce test, suffit à établir le diagnostic de rougeole. Il arrive cependant que le test donne lieu à des résultats faussement positifs, particulièrement lorsqu'il est effectué au sein d'une population à faible prévalence (c'est-à-dire chez des gens ne correspondant pas à la définition de cas clinique, n'ayant aucun antécédent d'exposition ou de voyage récent dans des régions endémiques ou touchées par une écloison, ou ne présentant aucun facteur de risque apparent pour la rougeole). Lorsqu'un résultat positif est obtenu dans de telles circonstances, les résultats doivent être interprétés avec précaution. Les tests supplémentaires recommandés sont les suivants :

- Le diagnostic peut être corroboré par une hausse marquée du niveau des anticorps IgG dirigés contre la rougeole dans le sérum de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë. Une augmentation par un facteur de quatre ou plus de l'IgG suffit à confirmer un cas. Si le diagnostic a déjà été confirmé par un autre moyen, il n'est pas nécessaire de montrer qu'il y a eu hausse de l'IgG spécifique à la rougeole ou séroconversion.
- Le diagnostic peut également être établi par détection du virus de la rougeole dans un échantillon clinique par RT-PCR. Les échantillons d'urine, prélèvements nasopharyngés (NP) et prélèvements de gorge constituent de bons échantillons cliniques pour la détection du virus. **Un résultat négatif lors du test de détection de la rougeole ne permet pas d'écartier le diagnostic.**

Une caractérisation plus poussée de la source peut être effectuée sur demande par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) aux fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

Communiquer avec le laboratoire pour obtenir plus d'information sur les tests et le type d'échantillon requis.

### Sommaire des analyses diagnostiques de laboratoire pour la rougeole<sup>3</sup>

Élément d'analyses diagnostiques de laboratoire	Description
<b>Prélèvement d'échantillons</b>	Si un cas de rougeole est soupçonné, les cliniciens doivent prélever immédiatement des échantillons pour l'analyse sérologique et la détection du virus aux fins de

<sup>3</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des écloisions de rougeole au Canada*, Ottawa, l'Agence, octobre 2013.

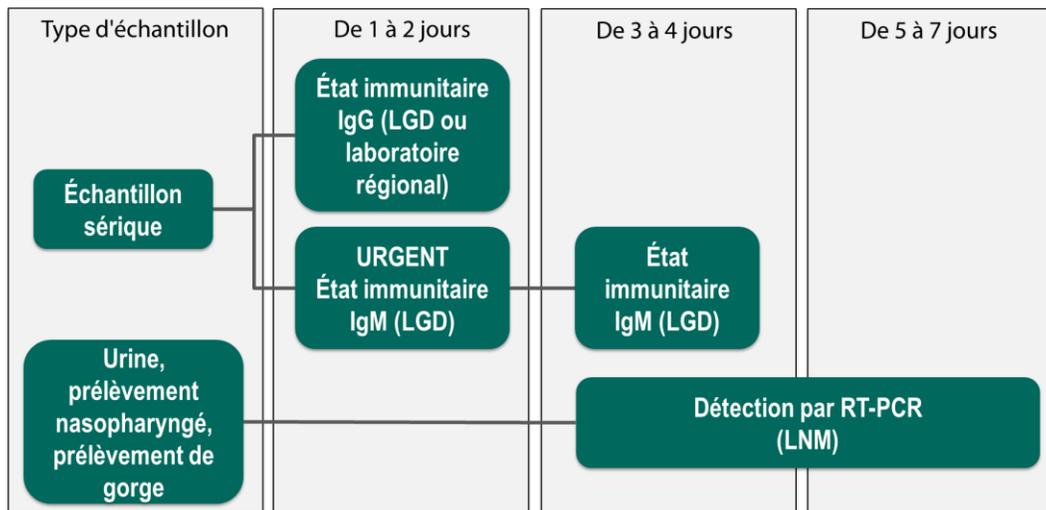
Élément d'analyses diagnostiques de laboratoire	Description
	<p>confirmation en laboratoire.</p> <p>Pour la détection du virus, des prélèvements nasopharyngés (de préférence) ou de gorge doivent être effectués dès que possible et au plus tard quatre jours après l'apparition de l'éruption cutanée. Le virus de la rougeole peut être détecté plus de sept jours après l'apparition de l'éruption, mais la sensibilité diminue rapidement. Les échantillons doivent être prélevés au moyen d'un écouvillon approuvé pour l'isolement viral, et il doit être placé dans un milieu de transport viral.</p> <p>Bien qu'il soit préférable de prélever des échantillons nasopharyngés, le virus de la rougeole peut aussi être détecté dans l'urine, laquelle doit être prélevée dans les sept jours suivant l'éruption pour assurer un maximum de sensibilité.</p> <p>Pour l'analyse sérologique, un échantillon de sérum doit être prélevé dès que possible, quand le patient est examiné pour la première fois.</p> <p>Pour la sérologie IgM, un échantillon prélevé plus de 3 jours avant l'éruption et plus de 28 jours après l'éruption peut générer un résultat faux négatif.</p> <p>Pour la sérologie IgG, le premier échantillon (phase aiguë) doit être prélevé au plus tard dans les 7 jours suivant l'apparition de l'éruption et le deuxième échantillon (phase de convalescence) doit être prélevé de 10 à 30 jours après le premier échantillon.</p>
<b>Sérologie</b>	<p>La présence d'anticorps de classe IgM dirigés contre la rougeole indique une infection aiguë par la rougeole si une éruption cutanée était présente et si la personne a un historique d'exposition à la rougeole au cours d'un voyage dans une région endémique ou en raison d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé.</p> <p>Les résultats positifs au test de détection de l'IgM qui ne sont pas associés à une infection par la rougeole peuvent être causés par les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un résultat positif au test de détection de l'IgM dirigé contre la rougeole dans un cas sporadique d'éruption sans historique d'exposition est peut-être un faux positif, et il doit faire l'objet d'une analyse attentive.</li> </ul> <p>Le taux d'anticorps IgM dirigés contre la rougeole est souvent élevé chez les patients qui ont reçu le vaccin RRO dans les six semaines précédant l'apparition de l'éruption.</p> <p>Des résultats négatifs au test de détection de l'IgM obtenus dans un cas réel de rougeole peuvent aussi survenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si l'échantillon est prélevé chez le patient plus de 3 jours avant l'apparition de l'éruption ou plus de 28 jours après l'éruption.</li> </ul> <p>Il est possible que la réponse immunitaire à une infection par la rougeole chez des personnes ayant précédemment été immunisées ou chez celles ayant une immunité préexistante ne soit pas représentative de la réponse observée chez une personne n'ayant jamais été en contact avec la rougeole, et il se peut que de tels cas n'entraînent pas une réponse de l'IgM. Une confirmation virologique ou une analyse de l'IgG en phase aiguë et en phase de convalescence doit être réalisée pour confirmer l'infection dans de tels cas.</p>

Élément d'analyses diagnostiques de laboratoire	Description
	<p>La séroconversion (c'est-à-dire passage d'un résultat négatif à un résultat positif) ou l'augmentation par un facteur de quatre ou plus du titre de l'IgG entre le sérum de convalescence et le sérum en phase aiguë indique une infection aiguë par la rougeole. Les personnes déjà vaccinées (échec vaccinal secondaire) peuvent représenter une exception, en ce sens qu'on pourrait s'attendre à ce qu'une augmentation rapide du titre d'IgG dirigés contre la rougeole entraîne des résultats positifs nets au test de détection de l'IgG dirigé contre la rougeole et de la possible absence d'augmentation par un facteur de quatre du titre d'IgG dans le sérum de convalescence (36,37).</p> <p>La présence d'anticorps IgG dirigés contre la rougeole, telle qu'elle est déterminée par épreuve immunoenzymatique (EIA), permet de prévoir l'immunisation protectrice, mais elle n'établit pas nécessairement de corrélation avec les anticorps protecteurs et neutralisants mesurés par le test de référence, c'est-à-dire le test de séro-neutralisation par réduction des plages (38). L'absence de détection par EIA d'IgG dirigés contre la rougeole peut refléter la sensibilité moindre de l'EIA comparativement à une analyse plus sensible, en particulier chez les jeunes nourrissons.</p> <p>Il a été estimé que le niveau protecteur d'IgG contre la rougeole variait entre 120 (39) et 200 mUI (40), mais ce niveau n'a pas été déterminé avec précision.</p>
<b>Diagnostic d'encéphalite épidémique sclérosante subaiguë</b>	<p>L'encéphalite épidémique sclérosante subaiguë est une complication rare causée par une infection persistante par le virus de la rougeole dans le système nerveux central.</p> <p>En présence des signes cliniques, neurologiques et pathologiques caractéristiques, le diagnostic peut être confirmé par la détection d'une augmentation du titre d'IgG dirigés contre la rougeole dans le liquide céphalorachidien (LCR) par rapport au titre mesuré dans le sérum.</p>
<b>Détection du virus de la rougeole</b>	<p>La technique de RT-PCR représente le test le plus fiable pour poser un diagnostic définitif d'infection par la rougeole, mais sa sensibilité peut varier en fonction de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le moment où l'échantillon a été prélevé;</li> <li>• l'intégrité de l'échantillon (traitement rapide de l'échantillon);</li> <li>• les antécédents de vaccination.</li> </ul> <p>L'isolement du virus de la rougeole dans une culture est aussi un test très spécifique (lorsqu'il est confirmé par immunofluorescence ou RT-PCR), mais il est moins sensible que la technique RT-PCR et il dépend grandement de la collecte en temps opportun et de l'intégrité de l'échantillon.</p>
<b>Génotypage</b>	<p>Le génotypage du virus de la rougeole est nécessaire pour faire la distinction entre une éruption post-vaccinale et une infection causée par un virus de type sauvage.</p> <p>Le génotypage du virus est utile pour faire des liens entre des cas et des éclosions et pour assurer le suivi des importations. L'Organisation panaméricaine de la santé a besoin de données sur le génotype pour assurer le suivi des efforts d'élimination. Il</p>

Élément d'analyses diagnostiques de laboratoire	Description
	<p>est recommandé de procéder au génotypage d'autant de cas de rougeole que possible, idéalement tous les cas sporadiques et des cas représentatifs de toutes les éclosions. Le Laboratoire national de microbiologie effectue le génotypage de la rougeole au Canada, et il accepte tous les échantillons appropriés.</p> <p>Le génotypage nécessite le même type d'échantillon que celui requis pour la technique RT-PCR.</p>
<p><b>Interprétation des résultats de laboratoire</b></p>	<p>Afin d'interpréter correctement les résultats de laboratoire et d'évaluer le rendement des analyses diagnostiques pour la rougeole, il faut prendre en compte les données cliniques et épidémiologiques en même temps que les données de laboratoire (p. ex. antécédents de vaccination, historique de voyages, moment du prélèvement de l'échantillon par rapport à l'apparition des symptômes). Par conséquent, la communication et le partage de l'information entre la Santé publique et le laboratoire sont essentiels.</p> <p>Un résultat positif obtenu par RT-PCR ou un résultat positif au test de détection de l'IgM chez un patient présentant une éruption et ayant voyagé dans une région où la rougeole est endémique ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé représente un diagnostic d'infection par la rougeole.</p> <p>La séroconversion ou une augmentation par un facteur de quatre du titre d'IgG dirigés contre la rougeole chez un patient qui présente une éruption n'a pas d'antécédents de vaccination récente par le RRO représente aussi un diagnostic de rougeole.</p> <p>Dans certains cas, il est possible qu'un résultat négatif par RT-PCR et une détection négative de l'anticorps de classe IgM ne soient pas suffisants pour écarter la possibilité d'une infection par le virus de la rougeole, en particulier si l'échantillon destiné à la PCR a été prélevé plus de sept jours après l'apparition des symptômes.</p> <p>Les résultats sérologiques liés à des personnes ayant déjà été vaccinées (échec vaccinal secondaire) ne suivront probablement pas le paradigme associé à la rougeole aiguë primaire chez les personnes non vaccinées. La réponse des anticorps IgM dirigés contre la rougeole peut être faible ou imperceptible, et on pourrait s'attendre à ce qu'une augmentation rapide du titre d'IgG dirigés contre la rougeole entraîne des résultats positifs nets au test de détection de l'IgG contre la rougeole et la probable absence d'augmentation par un facteur de quatre du titre d'IgG dans le sérum de convalescence (36,37). Chez ces personnes, il est recommandé de prélever les échantillons en temps opportun pour la détection du virus de la rougeole (RT-PCR).</p>

### Dépistage en laboratoire

Voici un aperçu des délais requis pour tester les échantillons après leur réception au laboratoire. Il s'agit de délais moyens pouvant changer selon l'urgence de la situation.



## Déclaration des cas

Conformément à la norme 2.2 – Déclaration des maladies et des événements au BMHC et à la section 3 – Déclaration des maladies et des événements.

- Notification urgente. Pour tous les cas confirmés et probables, un formulaire de signalement d'urgence d'une MT doit être rempli et envoyé dans les plus brefs délais au BMHC.
- Surveillance accrue. Pour tous les cas confirmés et probables, il faut remplir un formulaire de rapport de surveillance et envoyer ces renseignements au BMHC dans les 24 heures suivant la tenue de l'entretien.
- Surveillance de routine (SSMDO) pour tous les cas confirmés.

## Gestion des cas

### Éducation

La personne atteinte ou la personne soignante doit être informée des éléments suivants :

- Nature de l'infection, durée de la période de transmissibilité et mode de transmission
- Lavage les mains
- Précautions contre les maladies respiratoires
- Étiquette en matière de toux et d'éternuement

### Enquête

Lorsqu'une personne est désignée par une clinique ou un laboratoire en tant que cas soupçonné de rougeole, une enquête doit immédiatement être entreprise, et la personne en question doit être traitée en tant que « cas faisant l'objet d'une enquête » aux fins de prise en charge par la Santé publique. Il ne faut pas attendre la confirmation du cas par le laboratoire avant de mettre en place les mesures de contrôle.

Aux fins d'enquête : le premier jour d'exposition peut varier de 7 à 18 jours avant l'apparition du prodrome. Le dernier jour de l'exposition a lieu sept jours avant la première apparition du prodrome.

## Exclusion/éloignement social

Le cas de référence est contagieux du quatrième jour précédant l'apparition de l'éruption (un jour avant l'apparition des symptômes avant-coureurs) au quatrième jour après cette dernière. **Tous les cas faisant l'objet d'une enquête doivent donc être isolés, c'est-à-dire retirés de la garderie, de l'école, du milieu de travail ou de tout autre contexte social et assignés à domicile pour une période de quatre jours après l'apparition de l'éruption (le jour 0 étant le jour de l'apparition de l'éruption), ou jusqu'à ce que le diagnostic de rougeole ait été écarté.**

Peu importe les antécédents de vaccination des cas, les mesures d'exclusion s'appliquent aux centres de la petite enfance, aux écoles, aux établissements d'enseignement postsecondaire, aux lieux de travail, aux établissements de soins de santé et à d'autres milieux de groupe. Les cas doivent également s'isoler des contacts extérieurs à leur ménage jusqu'à la fin du quatrième jour suivant l'apparition de l'éruption cutanée.

## Traitement

L'immunoglobuline (administrée par voie IM ou IV) n'est pas utilisée dans le traitement des cas de rougeole. Il n'existe aucun traitement antiviral spécifique, et les soins sont essentiellement donnés aux fins de soutien.

## Immunisation

Une infection par la rougeole confère habituellement une immunisation qui dure toute la vie; par conséquent, il n'est pas nécessaire de vacciner les personnes qui ont reçu un diagnostic pour cette maladie. En l'absence d'une preuve de confirmation en laboratoire de la rougeole, les antécédents de maladie soupçonnée ou probable n'excluent pas la poursuite de la vaccination.

## Gestion des contacts

### Éducation

Les contacts réceptifs (ou les parents/soignants) doivent être informés du risque d'infection, et il faut leur indiquer de surveiller l'apparition de signes et symptômes à compter de 7 à 18 jours suivant le premier contact avec un cas contagieux.

Il faut éviter tout contact avec des personnes réceptives ou immunodéficientes durant cette période.

Si des symptômes apparaissent, il faut également indiquer aux contacts d'appeler avant de se rendre au bureau de leur médecin, à l'urgence de l'hôpital ou aux services de pathologie afin d'éviter d'être placés avec les autres personnes, et il faut indiquer aux contacts d'appeler la Santé publique locale s'ils soupçonnent être atteints de rougeole.

## Enquête

La rougeole est l'une des maladies les plus contagieuses qui soient. **L'exposition à un cas pendant une période aussi courte que 15 minutes peut suffire à entraîner la contamination chez un sujet réceptif (non immunisé).**

Différents seuils doivent être établis, en fonction de la durée de l'exposition, afin d'en déterminer l'importance chez les contacts. La distance entre le cas de référence et les contacts potentiels, les systèmes de ventilation, la taille de la pièce, l'achalandage, le port d'équipement de protection et sa nature (des masques, par exemple) doivent également être pris en compte.

**Personnes immunocompétentes** (cette catégorie comprend également les femmes enceintes et les nourrissons en santé) :

- Contact de personne à personne, quelle qu'en soit la durée, ou exposition de 15 minutes ou plus dans une même pièce; le niveau de risque demeure le même une fois que le cas a quitté la pièce ou l'espace, c'est-à-dire dans l'air qu'il a respiré alors qu'il se trouvait à cet endroit.
- Du temps passé dans une salle précédemment occupée par une personne atteinte de rougeole, durant la période d'infectiosité de cette personne, moins de deux heures après que cette personne a quitté la salle, peut constituer une exposition significative. De telles situations doivent être évaluées en concertation avec le médecin-hygiéniste.

**Personnes immunodéficientes** (p. ex. personnes atteintes du déficit immunitaire primaire ou acquis, celles suivant un traitement à fortes doses de stéroïdes ou autres médicaments immunodépresseurs, patients souffrant d'hémopathie maligne et ceux ayant fait l'objet d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques) :

- Si des sujets immunodéficients sont reconnus comme des contacts, le médecin-hygiéniste ou le médecin traitant doivent être consultés en ce qui concerne la nature de l'immunodéficiences.
- La rougeole comporte des risques accrus de conséquences et de complications graves pour ces groupes, et les personnes immunodéficientes peuvent demeurer contagieuses plus longtemps. Pour cette raison, il est important d'identifier rapidement ces personnes et de faire un suivi complet.
- Du temps passé dans une salle précédemment occupée par une personne atteinte de rougeole, durant la période d'infectiosité de cette personne, moins de deux heures après que cette personne a quitté la salle, représente vraisemblablement une exposition significative.

### Évaluer la réceptivité des contacts

Immunisé	Réceptif
On présume que les personnes nées avant 1970 ont généralement acquis une immunité naturelle contre la rougeole; cependant, des exceptions subsistent.	Les personnes nées en 1970 ou après n'ayant pas d'antécédents connus d'immunisation, ou pour lesquelles des preuves indiquent qu'elles ont reçu seulement une dose de vaccin contre la rougeole ou qu'elles n'ont reçu aucune dose.
Les personnes nées en 1970 ou après pour lesquelles il existe des preuves documentées indiquant qu'elles ont reçu deux doses valides de vaccin vivant contre la rougeole après leur première année de naissance, ces doses ayant été administrées	Les nourrissons de moins de 12 mois; incluant ceux nés de mères vaccinées ou dont l'immunité maternelle est absente ou incertaine. Ce groupe comprend aussi les nourrissons nés avant 32 semaines de gestation même si les mères sont

à au moins un mois d'intervalle.	naturellement immunisées contre la rougeole.
Les personnes possédant une preuve d'immunité fournie par un laboratoire ou ayant des antécédents d'infection par la rougeole confirmée par un laboratoire (sans égard à la date de naissance).	
Les bébés nés de mères naturellement immunisées contre la rougeole ont de fortes chances de disposer d'anticorps protecteurs jusqu'à l'âge de six mois.	

### Évaluer les contacts immunodéficients

Si des personnes immunodéficientes sont reconnues en tant que contacts, le médecin-hygiéniste ou le médecin traitant doivent être consultés en ce qui concerne la nature de l'immunodéficiência. Des analyses sérologiques ciblant les anticorps IgG dirigés contre la rougeole sont généralement recommandées. Certains états d'immunodéficiência peuvent faire perdre leur immunité à des personnes l'ayant acquise précédemment (par la maladie naturelle ou une immunisation adéquate). À titre informatif, ces états comprennent les déficits immunitaires primaires graves, le sida (et non uniquement le VIH), la réception d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques, jusqu'à douze mois après l'arrêt de tout traitement immunosuppresseur, et la LAL, jusqu'à six mois après l'arrêt de la thérapie immunosuppressive.

### Exclusion/éloignement social

Les contacts réceptifs qui ne sont pas immunisés dans les 72 heures suivant l'exposition doivent faire l'objet de mesures d'exclusion (p. ex. de leur travail, de l'école, de la garderie) pour les deux semaines suivant l'apparition de l'éruption cutanée chez les cas auxquels ils ont été exposés.

Les travailleurs de la santé devraient également éviter tout contact direct avec les patients du 5<sup>e</sup> au 21<sup>e</sup> jour après l'exposition.

### Prophylaxie

La prophylaxie post-exposition comprend l'administration du vaccin RRO le plus tôt possible, dans les trois jours suivant l'exposition, ou d'immunoglobuline, dans les six jours suivant l'exposition (principalement dans les situations où le vaccin RRO est contre-indiqué). La prophylaxie post-exposition doit être offerte aux contacts satisfaisant à l'ensemble des critères suivants :

- Le contact a été exposé à un cas sporadique durant la période d'infectiosité;
- La nature de l'exposition est jugée importante;
- Le contact est jugé réceptif (non immunisé).

En cas d'exposition continue, le vaccin RRO constitue la méthode de prophylaxie post-exposition (PPE) à favoriser.

### **Nourrissons de moins de six mois :**

- Les enfants de moins de six mois peuvent recevoir de l'immunoglobuline à moins d'être réputés immunisés; le médecin-hygiéniste doit être consulté à cet effet.

### **Nourrissons âgés entre 6 et 12 mois :**

- Les enfants âgés entre 6 et 12 mois peuvent recevoir le vaccin RRO ou de l'immunoglobuline, au choix, en fonction du temps écoulé depuis l'exposition.
- En contexte d'éclosion, le vaccin RRO peut être administré dès l'âge de 6 mois; son efficacité, à cet âge, sera toutefois inférieure à celle obtenue à 12 mois ou plus tard (deux autres doses du vaccin contre la rougeole doivent alors être administrées ultérieurement, en plus de celle administrée avant douze mois).

### **Femmes enceintes et personnes immunodéficientes :**

- De l'immunoglobuline doit être administrée aux femmes enceintes ou aux personnes immunodéficientes dans les 6 jours suivant l'exposition.
- Dans certaines circonstances, le vaccin RRO peut être administré aux personnes atteintes du VIH sans immunosuppression significative.
- Chez les personnes faisant l'objet d'un traitement par immunoglobuline intraveineuse (IgIV) régulier et ayant reçu la dernière dose dans les trois dernières semaines, l'administration d'immunoglobuline par voie intramusculaire (IgIM) n'est pas requise.

### **Immunoglobuline et vaccin RRO :**

- Il n'est plus recommandé que les personnes susceptibles d'avoir été exposées et qui ne sont pas des nourrissons, des femmes enceintes ni des personnes immunodéficientes reçoivent de l'immunoglobuline après une exposition à la rougeole.
- L'immunoglobuline ne doit pas être administrée à des personnes présentant un déficit isolé en IgA et à celles souffrant de thrombocytopénie grave ou d'un trouble de la coagulation. Certains hôpitaux peuvent disposer d'une réserve d'immunoglobuline provenant d'autres sources et destinée à d'autres fins.
- Pour une réponse immunitaire optimale au vaccin contre la rougeole, le vaccin doit être administré au moins 14 jours avant l'administration d'une préparation d'immunoglobuline ou d'un produit sanguin.
- Les personnes ayant reçu une préparation d'immunoglobuline ou un produit sanguin doivent retarder l'administration du vaccin contre la rougeole jusqu'à la dégradation des anticorps présents dans cette préparation d'immunoglobuline ou ce produit sanguin. Voir le [tableau 1 : Lignes directrices concernant les intervalles recommandés entre l'administration de préparations d'immunoglobulines ou de produits sanguins et celle du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons \(RRO\), du vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle \(RROV\) ou du vaccin monovalent contre la varicelle](#), Guide canadien d'immunisation, 2023 pour le calendrier en fonction du produit et de la dose.
  - Remarque : l'administration par inadvertance d'immunoglobuline en même temps que le vaccin, ou un peu avant ou après celui-ci, ne pose pas de problème de sécurité supplémentaire. S'il n'est pas possible de retarder l'administration du vaccin contre la rougeole, répéter la dose de vaccin après l'intervalle recommandé.
- Bien que l'utilisation d'immunoglobuline intraveineuse ne soit pas indiquée comme PPE à la rougeole au Canada, le CCNI la recommande maintenant comme solution de rechange aux

injections intramusculaires d'immunoglobuline, car il n'y a pas de stratégies prophylactiques appropriées comparables dans certaines situations.

- Le médecin hygiéniste régional est en mesure de fournir la consultation de spécialiste/d'expert clinique, comme requis par le Bulletin du système de santé PS2030, pour cette utilisation non étiquetée. Il doit donc être consulté avant la sortie d'IgIV de la banque de sang.
- Pour les contacts susceptibles qui sont des femmes enceintes ou des personnes immunodéficientes, si le volume d'injection n'est pas une préoccupation, une injection intramusculaire d'immunoglobuline peut être administrée à une concentration de 0,5 ml/kg, en comprenant que les personnes de 30 kg ou plus recevant l'injection ne recevront pas les concentrations d'anticorps contre la rougeole qui sont considérés comme offrant une protection totale. Dans les cas où le volume d'injection est une préoccupation importante, ou pour les personnes pesant 30 kg ou plus, l'immunoglobuline intraveineuse peut être offerte à une dose de 400 mg/kg.
- Le vaccin contre la rougeole est offert en vaccins combinés RRO, et il est disponible auprès du Dépôt central de sérum et des dépôts auxiliaires locaux.

### Aperçu de la prophylaxie

Voir les nouvelles [recommandations du CCNI en matière de prophylaxie post-exposition contre la rougeole, septembre 2018.](#)

Âge/état immunitaire	Temps écoulé depuis l'exposition à la rougeole	Considérations
	Dans les 6 jours	
Moins de 6 mois	Immunoglobuline Ig IM (0,5 ml/kg)	Si le volume de l'injection constitue une préoccupation importante, l'Ig IV peut être administrée à une concentration de 400 mg/kg.
Femmes enceintes	Immunoglobuline Ig IV (400 mg/kg) Ou Ig IM (0,5 ml/kg), protection limitée	Chez les personnes qui pèsent 30 kg et plus, l'administration d'Ig IM n'assurera pas de protection complète, mais pourrait offrir une protection partielle.

Personnes immunodéficientes 6 mois et plus	Immunoglobuline Ig IV (400 mg/kg) ou Ig IM (0,5 ml/kg), protection limitée		Chez les personnes qui pèsent 30 kg et plus, l'administration d'Ig IM n'assurera pas de protection complète, mais pourrait offrir une protection partielle.
	<b>Dans les 72 heures/3 jours après l'exposition</b>	<b>Entre 3 et 6 jours après l'exposition</b>	
Personnes immunocompétentes 12 mois et plus	RRO	RRO	Le vaccin RRO n'offrira pas de PPE après 72 heures d'exposition. Cependant, une série de deux vaccins devrait être entamée et terminée sans délai afin d'assurer une protection à long terme
6 à 12 mois	RRO*	Immunoglobuline** Ig IM (0,5 ml/kg)	*Deux doses du vaccin contre la rougeole doivent alors être administrées en plus de celle administrée avant douze mois. **Si le volume de l'injection constitue une préoccupation importante, l'Ig IV peut être administrée à une concentration de 400 mg/kg

## Gestion des situations spéciales

### Considérations pour les travailleurs de la santé

- L'état immunitaire des travailleurs de la santé doit être consigné, idéalement avant qu'une exposition ne survienne.
- Si les travailleurs de la santé disposent de documents montrant qu'ils ont reçu deux doses de vaccin contre la rougeole, ou si un laboratoire atteste qu'ils ont les anticorps contre la rougeole, ils peuvent être considérés comme étant immunisés et peuvent continuer à travailler.
- Les travailleurs de la santé qui ont été soumis à une exposition significative à un cas de rougeole durant la période d'infectiosité et qui ne peuvent pas fournir de documents attestant qu'ils ont reçu deux doses de vaccin contre la rougeole lors de leur premier anniversaire ou ultérieurement, ou qu'ils sont bien immunisés, doivent recevoir une ou deux doses de vaccin RRO (en fonction des antécédents en matière de vaccination et s'il n'y a pas de contre-indication).
- Les travailleurs de la santé devraient également éviter tout contact direct avec les patients du cinquième au vingt et unième jour après l'exposition à un cas de rougeole.

- Le personnel des établissements de santé contractant la maladie devrait s'abstenir de tout contact avec les patients pendant les quatre jours suivant l'apparition de l'éruption.

### **Considérations pour les femmes enceintes**

- Les femmes enceintes doivent recevoir le vaccin RRO après l'accouchement si elles ne sont pas immunisées.

### **Considérations pour les écoles et les garderies**

- L'immunisation constitue l'intervention de prédilection pour le contrôle des éclosions dans les écoles et les garderies. Il faut immuniser ou encourager l'immunisation des personnes qui ne sont pas à jour conformément au calendrier d'immunisation systématique du Nouveau-Brunswick.

### **Considérations pour les voyages dans des régions où de nombreux cas de rougeole ont été rapportés**

- Inciter les voyageurs à communiquer avec leur clinique de voyage. Lors des éclosions ou en cas de voyage dans une région où la rougeole est présente, le vaccin peut être administré dès l'âge de six mois. Dans ces circonstances, la série de deux doses habituelles doit être reprise à l'âge d'un an ou ultérieurement, pour un total de trois doses.
- Les adultes envisageant de partir en voyage devraient consulter leur carnet de vaccination afin de s'assurer qu'ils ont bien reçu tous les vaccins nécessaires.

### **Gestion des éclosions**

Le plan local en cas d'éclosion doit être mis en œuvre lorsqu'une éclosion est déclarée.