

PROTCOLE

ROUGEOLE

V5.1 – 28 mars 2024

Prévention des infections

Rédaction juin 2011:

Nathalie Pigeon, infirmière clinicienne, service de prévention des infections, CHU Sainte-Justine

Relecture par Céline Laferrière, pédiatre microbiologiste infectiologue, co-responsable de la prévention des infections au CHU Sainte-Justine. Professeure agrégée de clinique, département de microbiologie et immunologie, Université de Montréal.

Révisions # 1 (Février 2019)

Chantal Véronneau, infirmière, service de prévention des infections, CHU Sainte-Justine

Caroline Quach, microbiologiste-infectiologue pédiatrique et épidémiologiste et officier de prévention et contrôle des infections au CHU Sainte-Justine. Médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans la Direction des risques biologiques et de la santé au travail (immunisation et prévention des infections). Professeure titulaire, Département de microbiologie, infectiologie et immunologie, Université de Montréal.

Révision # 2 (Août 2022)

Ariane Daoust, conseillère en prévention des infections, CHU Sainte-Justine

Relecture par Nathalie Audy, cheffe du service de prévention des infections, CHU Sainte-Justine

Révision #3 (Août 2023)

Laura Ocampo, conseillère en prévention et contrôle des infections, CHU Sainte-Justine

Relecture par :

Nathalie Audy, Cheffe du service de prévention et contrôle des infections, CHU Sainte-Justine

Caroline Quach, microbiologiste-infectiologue et pédiatre, officier de prévention et contrôle des infections au CHU Sainte-Justine. Médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans la Direction des risques biologiques. Professeure titulaire, Départements de microbiologie, infectiologie et immunologie et de Pédiatrie, Université de Montréal

Révision #4 (Février 2024)

Géraldine Suau, conseillère en prévention et contrôle des infections, CHU Sainte-Justine

Révision #5 (Mars 2024)

Laura Ocampo, cheffe du service de prévention et contrôle des infections, CHU Sainte-Justine

Caroline Quach, microbiologiste-infectiologue et pédiatre, officier de prévention et contrôle des infections au CHU Sainte-Justine. Médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans la Direction des risques biologiques. Professeure titulaire, Départements de microbiologie, infectiologie et immunologie et de Pédiatrie, Université de Montréal

<https://intranet.chusj.org/fr/Vie-au-travail-RH/Sante-et-securite/Prevention-des-infections/Protocoles-et-procedures/Rougeole>

Table des matières

1. ROUGEOLE	4
1.1. Définition	4
1.2. Épidémiologie	4
1.3. Période d'incubation	4
1.4. Manifestations cliniques	4
1.5. Durée de la maladie	5
1.6. Modes de transmission	5
1.7. Période de contagiosité	5
1.8. L'immunité	5
1.9. Définition d'une personne à risque	6
1.10. Confirmation du diagnostic	6
1.11 Mesures de prévention et contrôle des infections	7
1.12 Prise en charge	7
1.13. Mesures d'isolement	8
1.14. Déclaration des cas de rougeole	11
2. CONTACT SIGNIFICATIF	12
2.13. Définition d'un contact significatif	12
3. UNITÉ DE SOINS	12
3.1. Cas de rougeole	12
3.2. Contacts à l'unité	13
3.3. Patient admis avec histoire de contact de rougeole dans la communauté :	13
4. CLINIQUES EXTERNES, CENTRE DE JOUR, URGENCE ET AUTRES SERVICES (EX : RADIOLOGIE)	14
4.1. Cas de rougeole	14
4.2. Contacts de rougeole en externe	15
4.3. Prophylaxie pour les patients ayant eu un contact significatif avec un cas de rougeole (voir section 4.4 pour les doses)	16
4.4. Administration d'Immunoglobulines (Ig)	17
5. PERSONNEL EN CONTACT AVEC UN CAS DE ROUGEOLE - PRISE EN CHARGE	17
ANNEXE 1	19
ANNEXE 2	20

1. ROUGEOLE

1.1. Définition

La rougeole est une maladie virale hautement contagieuse qui se transmet facilement par voie aérienne. L'humain est l'unique réservoir. La rougeole est causée par un virus ARN du genre *Morbillivirus*, de la famille des *Paramyxoviridae*. Le plus souvent bénigne chez l'enfant en bonne santé, la rougeole peut être fatale ou engendrer des complications graves chez les enfants de moins d'un an (1^{ère} dose de vaccin à 12 mois), les immunodéprimés et les femmes enceintes non immunes. La maladie se transmet principalement par voie aérienne (microgouttelettes qui restent en suspension dans l'air) lorsque les sécrétions de la bouche et du nez sont excrétées. Les objets fraîchement souillés par des sécrétions respiratoires peuvent aussi être un vecteur de transmission.

La plupart des nouveau-nés, nés après 28 semaines de mères immunes, ont une certaine protection conférée par la présence d'anticorps maternels transmis par voie placentaire.

Une fois la maladie contractée, l'immunité acquise persiste pendant toute la vie chez la grande majorité des personnes en santé.

1.2. Épidémiologie

La rougeole est une des maladies les plus contagieuses. Une personne non-immune exposée au virus risque à plus de 80% d'être infectée. Étant donné que la rougeole se transmet par voie aérienne, le risque de transmission peut persister jusqu'à plus de 1 heure après le départ de la personne contagieuse. Cette durée varie en fonction de la ventilation et du nombre d'échanges d'air à l'heure dans la pièce en question.

1.3. Période d'incubation

La période d'incubation moyenne est de 7 à 14 jours entre le premier contact avec le virus et l'apparition des premiers symptômes. La période d'incubation peut aller de 5 à 21 jours chez les personnes immunodéprimées ou qui ont reçu des immunoglobulines (Ig).

1.4. Manifestations cliniques

La période prodromique (symptômes avant-coureurs) dure de 3 à 5 jours et se caractérise par une fièvre élevée, de la toux, un coryza (obstruction nasale et écoulement nasal important), une conjonctivite et une atteinte de l'état général.

L'éruption cutanée apparaît par la suite. Elle consiste en un rash maculopapulaire et exanthématique débutant au visage et au cou qui se généralise. Le rash dure entre 4 à 7 jours. Chez les jeunes bébés encore partiellement protégés par les anticorps maternels, la présentation peut être modifiée. Les taches de Koplik (taches rouges avec un point blanc saillant ressemblant à du gros sel, apparaissant sur la face interne de la joue) sont aussi présentes dans 50 à 80 % des cas, un à deux jours avant l'apparition de l'éruption.

En raison des complications, 10 à 20 % des personnes ayant contracté le virus de la rougeole pourraient avoir besoin d'être hospitalisés.

1.5. Durée de la maladie

La maladie dure en moyenne entre 7 et 10 jours.

1.6. Modes de transmission

La transmission survient lorsque le virus se dépose sur les muqueuses des voies respiratoires supérieures par la projection de gouttelettes (transmission gouttelettes) et microgouttelettes (transmission aérienne), au contact de sécrétions respiratoires ou buccales ou d'objets fraîchement souillés par ces sécrétions (transmission contact direct et indirect). Le seul fait d'avoir partagé un même espace (ex : salle d'attente) avec une personne contagieuse durant une courte période de temps, peut suffire à transmettre l'infection.

Le virus de la rougeole peut rester en suspension dans l'air jusqu'à 2 heures après le passage d'une personne infectée, selon la ventilation et le nombre d'échanges d'air par heure.

1.7. Période de contagiosité

L'enfant est contagieux **4 jours avant l'apparition de l'éruption cutanée et jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption cutanée (inclusivement)**. Les immunodéprimés ou patients avec VIH demeurent contagieux tant et aussi longtemps qu'ils ont des symptômes.

1.8. L'immunité

L'infection par le virus de la rougeole confère une immunité permanente. Par contre, la maladie est hautement contagieuse et peut entraîner des complications pour les clientèles vulnérables.

Il n'existe pas de traitement spécifique pour la maladie. Toutefois, la rougeole est évitable par un vaccin qui est sécuritaire et efficace contre la maladie. Il fait d'ailleurs partie du Programme québécois d'immunisation (PQI). <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/programme-quebecois-d-immunisation#:~:text=Le%20Programme%20québécois%20d'immunisation,gratuits%20et%20à%20participation%20volontaire.>

Il est recommandé que l'enfant reçoive sa première dose de vaccin entre 12 et 15 mois, puis une 2^e dose à l'âge de 18 mois.

Les clientèles considérées comme étant protégées (immunisées) sont les suivantes :

- Personnes nées avant 1970
- Personnes ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps (IgG) contre la rougeole

- Personnes ayant une attestation médicale confirmant qu’elles ont eu la rougeole avant le 1^{er} janvier 1996 (Depuis cette date, les cas doivent être confirmés par un examen de laboratoire ou par des manifestations cliniques compatibles avec la maladie chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé)
- Personnes ayant une preuve écrite de vaccination contre la rougeole, selon les recommandations du PIQ. Le nombre de doses requises pour considérer une personne protégée varie : (voir tableau)

Nombre de doses de vaccin à recevoir pour être considéré comme protégé contre la rougeole	
Année de naissance	Nombre de doses
Avant 1970	Population considérée comme protégée. Aucune dose n’est nécessaire.
Entre 1970 et 1979	1 dose, le jour de son premier anniversaire ou après*. * Dans le cas des travailleurs de la santé, des recrues militaires et des voyageurs, 2 doses sont nécessaires.
Depuis 1980	2 doses, dont la première le jour de son premier anniversaire ou après. Le calendrier régulier de vaccination prévoit une dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons à l’âge de 12 mois et une deuxième dose à l’âge de 18 mois. Dans certains cas, les doses ont pu être données à d’autres moments.

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/rro-vaccin-contre-la-rougeole-la-rubeole-et-les-oreillons/#indications>

Il se pourrait que ces critères diffèrent dans d’autres provinces ou pays.

1.9. Définition d’une personne à risque

- enfant de moins de 12 mois,
- enfant de 12 mois ou plus n’ayant pas reçu toutes les doses prévues dans le calendrier vaccinal en vigueur et sans preuve d’immunité
- patients immunodéprimés
- femmes enceintes non immunes nées avant 1970 et femmes enceintes nées entre 1970-1979 n’ayant reçu qu’une seule dose de vaccin.

1.10. Confirmation du diagnostic

La confirmation du diagnostic se fait soit par la mise en évidence du virus de la rougeole ou par un dosage des IgM et IgG spécifiques à la rougeole pendant la phase aiguë de la maladie.

Test diagnostique	Échantillons	Délai pour prélever l’échantillon
Isolement du virus de la rougeole (culture)	Sécrétions nasopharyngées	≤ 4 jours après début éruption
	Urine (50-100 ml)	≤ 7 jours après début éruption
Sérologie IgM	Sang	3 à 28 jours après début éruption
Sérologie IgG	1 ^{er} sérum (phase aiguë)	≤ 7 jours après début éruption

Test amplification acides nucléiques (TAAN)	2 ^e sérum (convalescence)	1 – 3 semaines après 1 ^{er} échantillon
	Sécrétions nasopharyngées	≤ 4 jours après début éruption
	Urine (50-100 ml)	≤ 7 jours après début éruption

Réf : La Rougeole - Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts, octobre 2017.

Au CHUSJ, le diagnostic de la rougeole se fait d’abord et avant tout par un TAAN (PCR) pour recherche de la rougeole sur un écouvillon nasopharyngé (Flocked swab). Pour plus de détails voir :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-271-06W.pdf>

À des fins d’intervention, un cas de rougeole est défini comme suit :

- a) Cas clinique : présence de fièvre ET toux ou coryza ou conjonctivite ET éruption maculopapulaire généralisée d’une durée minimale de 3 jours
- b) Cas probable : cas clinique en l’absence d’épreuves de laboratoires appropriées
- c) Cas confirmé :
 - Isolement ou détection d’acides nucléiques du virus de la rougeole à partir d’échantillons cliniques appropriés

OU

 - Détection d’une augmentation significative du taux d’anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum aigu et convalescent, en l’absence d’une vaccination récente

OU

 - Détection sérologique d’IgM contre le virus de la rougeole chez une personne avec un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Il est à noter que les IgM peuvent demeurer positifs jusqu’à 15 jours après le début de l’éruption. Il est aussi recommandé de faire un dosage des IgM spécifiques du parvovirus B19 et de la rubéole afin d’éliminer les diagnostics alternatifs (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011).

1.11 Mesures de prévention et contrôle des infections

Questionnaire de triage et accès

À l’arrivée, toute personne entrant dans le CHUSJ avec des symptômes (fièvre ou symptômes respiratoires ou rash) doit procéder à l’hygiène des mains et revêtir un masque de procédure (des masques sont disponibles à tous les accès de l’hôpital incluant le CRME et Decelles).

Un questionnaire d’aide à la décision au triage doit être utilisé à l’urgence pédiatrique, à l’urgence gynéco-obstétrique et dans les cliniques ambulatoires afin d’évaluer le risque d’exposition à la maladie.

1.12 Prise en charge

Prise en charge d’un cas confirmé à l’urgence pédiatrique et au triage obstétrical

- Demander au patient et aux membres de la famille de pratiquer l'hygiène des mains et leur faire porter un masque de procédure en tout temps;
- Diriger le patient et les personnes qui l'accompagnent vers une salle à pression négative si disponible (salle 1, salle 3, salle REA 4 si les deux premières sont occupées, salle 7 si les 3 premières sont occupées). Si non disponible, suivre les mesures établies dans le secteur (annexes à venir);
- **Porter l'équipement de protection individuelle recommandé à partir de ce moment** pour toutes les personnes qui entrent dans la salle (masque N95);
- Mettre l'affiche d'isolement AÉRIEN sur la porte de la salle;
- **Faire évaluer le patient rapidement par le médecin et limiter les intervenants au chevet;**
- Privilégier les équipements diagnostics portatifs et effectuer les examens au chevet;
- **Ne jamais utiliser les chambres à pression positive;**
- Limiter toute IMGA (aspiration en circuit ouvert, nébulisation, intubation, etc.) autres que les procédures essentielles ;
- Si une intervention produisant des IMGA est nécessaire, ajouter un **filtre HEPA** au circuit si possible.
- Si le patient doit sortir de la chambre pour examen, s'assurer que le patient soit toujours accompagné par un membre du personnel lors de ses déplacements et que le patient porte un masque de procédure ou protecteur pour poussette;
- **S'assurer de changer le papier de la table d'examen et de désinfecter rigoureusement les surfaces fréquemment touchées et celles ayant pu être en contact avec des lésions ou des liquides biologiques.**

Arrivée d'un cas (confirmé ou suspecté) de rougeole par ambulance

Le transfert du patient entre l'équipe d'Urgence-Santé et du CHUSJ peut se faire normalement en respectant les précautions recommandées. Urgence-Santé devrait aviser le CHUSJ de l'arrivée d'un patient nécessitant un isolement.

Le patient sera évalué à l'urgence dans la salle appropriée à son état et sa symptomatologie, selon les directives établies.

Pour un transfert interhospitalier « lit à lit », le patient sera dirigé directement à sa chambre dans l'unité ciblée. Pour éviter des déplacements inutiles, il est préférable d'assurer les transferts avant 17h00.

1.13. Mesures d'isolement

Isolement aérien

Tout patient atteint de la rougeole, au cours de la période de contagiosité (voir section 1.7) ou ayant eu un contact significatif (durant la période d'incubation) **et** qui n'est pas considéré immun contre la rougeole doit être placé en isolement aérien.



- Chambre à pression négative (voir algorithme décisionnel si aucune chambre disponible)
- Respecter les principes d'utilisation d'une chambre à pression négative (ne pas ouvrir la grande porte et toujours passer par l'antichambre en s'assurant que la 1^{re} porte soit fermée avant d'ouvrir la seconde).
- Port du masque N-95 pour tous les professionnels de la santé qui entrent dans la chambre ou qui sont en contact avec des cas de rougeole confirmés ou en investigation, **peu importe le statut vaccinal**.
- Port de la blouse si risque de souillure avec les sécrétions ou les liquides biologiques
- Port d'une protection oculaire, si risque d'éclaboussure.
- Port des gants lors des contacts avec les muqueuses ou les liquides biologiques
- **SEULS** les parents sont autorisés à visiter l'enfant, à condition qu'ils soient immuns contre la rougeole (Voir section 1.8).
- Si les parents ne sont pas considérés immuns et doivent être présents, ils devront suivre les règles d'isolement (demeurer dans la chambre et ne pas fréquenter les aires communes). S'ils doivent quitter l'hôpital, ils doivent porter un masque de procédure et se diriger directement à l'extérieur.
- Si possible, réaliser les investigations dans la chambre. Si impossible, les réaliser en fin de journée et suivre les recommandations ci-dessous.

Dans tous les cas, l'EPI **doit être revêtu à l'extérieur de la chambre selon les indications sur les affiches**. Les affiches en vigueur sont disponibles dans la section « Nos équipes/Prévention des infections » de l'intranet. L'équipe PCI fera les mises à jour et déposera les modifications en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique.

Si le patient doit sortir de la chambre pour un examen :

Limiter au maximum les déplacements du patient à l'extérieur de la chambre.

Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible. Privilégier l'équipement de diagnostic portable. Ex: appareil de radiographie au chevet, etc.

Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre, sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé.

Si un déplacement est requis : suivre procédure du guide d'arrimage des services soutien (CHU Sainte-Justine, 2021).

Un accompagnateur doit être présent lors du déplacement du patient.

- Aviser à l'avance le secteur qui réalisera l'examen et attendre que la salle soit prête.
- Inscrire sur la requête qu'il s'agit d'un cas de rougeole confirmé ou suspecté.
- Faire suivre l'affiche d'isolement AÉRIEN avec le patient lorsqu'il quitte sa chambre.
- Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière avant d'y installer le patient;
- Vêtir le patient de vêtements propres et d'une nouvelle couche au besoin;
- Faire porter un masque de procédure au patient et à son accompagnateur,
- Si impossible, recouvrir la poussette d'un drap ou d'un couvre-poussette en plastique.
- Lors des transports, réserver un ascenseur à l'usage exclusif de ce patient.
 - ⇒ Utiliser les ascenseurs dédiés au transport des patients.
 - ⇒ Bâtiment existant : utiliser les ascenseurs moins achalandés si possible (5-6)
 - ⇒ Bloc 11-17 : se référer aux *Lignes directrices : Circulation, utilisation des ascenseurs et gestion des accès* disponible sur Intranet.
[Présentation PowerPoint \(chusj.org\)](#)
- Demander aux autres personnes présentes dans l'ascenseur de sortir pour le transport du patient, comme dans les procédures habituelles;
- À moins qu'une IMGA ne soit réalisée dans l'ascenseur, pas de désinfection particulière requise.
- Ne pas faire attendre le patient dans le corridor ou les salles d'attente.
- Si le patient est placé dans une chambre à pression négative, utiliser l'antichambre pour les entrées et sorties, en attendant que la 1^{re} porte soit fermée avant d'ouvrir la 2^e.

Pour le brancardier ou le professionnel qui accompagne le patient :

- Port de l'EPI requis pour un isolement AÉRIEN.

Dans la salle d'examen:

- Port du masque N-95 pour toutes les personnes dans la pièce
- Au départ du patient, attendre le temps nécessaire pour l'élimination de 99,99% des contaminants dans l'air (**voir tableau dans l'annexe 2 pour la durée d'attente selon le**

nombre d'échanges d'air par heure), portes fermées, avant de faire entrer un nouveau patient dans cette même pièce. Dans le doute, attendre 1 heure.

- Le personnel entrant dans la chambre avant la période de temps établie au tableau dans l'annexe 2, doit porter un masque N-95.
- Le personnel d'hygiène et salubrité peut commencer le nettoyage et la désinfection de la pièce après le départ du patient et sans période d'attente, en portant un masque N95.

Si le patient doit subir une intervention chirurgicale :

- a) **Patient immun** (2 doses de vaccin contre la rougeole après l'âge de 1 an, documentées dans le registre ou le carnet de vaccination, dont la dernière est reçue depuis au moins 2 semaines) : même si contact avec un cas de rougeole, peut être opéré selon les procédures habituelles.
- b) **Patient non-immun** (qui n'a pas reçu ses 2 doses de vaccin après l'âge de 1 an) avec **CONTACT avec un cas de rougeole dans les derniers 21 jours :**
 - si pas de symptômes de rougeole, attendre 21 jours après le dernier contact avant de procéder à l'intervention chirurgicale
 - si rougeole (voir symptômes ci-dessus) : attendre 5 jours après le début du rash avant de procéder à l'intervention chirurgicale.

Si une intervention chirurgicale ne peut être repoussée après la période de contagiosité du patient atteint ou à la fin de la période d'incubation pour un contact significatif, celle-ci devra obligatoirement être réalisée dans une salle avec antichambre à pression négative du bloc opératoire (salle 13). Les mesures PCI requises par l'isolement aérien devront être suivies par tout le personnel entrant dans la salle lors de l'intervention (masque N95). L'extubation et la période de réveil se faire dans une salle à pression négative. Cette recommandation s'applique également dans le cas d'une femme enceinte qui serait dans sa période de contagiosité ou contact significatif qui doit subir une césarienne.

1.14. Déclaration des cas de rougeole

Puisqu'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO), il faut s'assurer de déclarer tout cas soupçonné ou confirmé de rougeole à la Direction de la santé publique, dans un délai de <48 heures. Comme le PCR rougeole est disponible au CHUSJ, le résultat devrait être disponible dans cette fenêtre de temps et sera alors communiqué à la DrSP. Cette déclaration de résultat positif se fait par le laboratoire en collaboration avec le microbiologiste ou le médecin prescripteur.

2. CONTACT SIGNIFICATIF

2.13. Définition d'un contact significatif

Toute personne, considérée non-immune à la rougeole, exposée au virus de la rougeole pendant la période de contagiosité d'une personne atteinte (4 jours avant jusqu'à 4 jours après le début de l'éruption) et qui rencontre UNE de ces conditions :

- S'est trouvée dans la même chambre qu'un cas de rougeole, sans protection appropriée
- A eu un contact face à face avec une personne contagieuse, dans un endroit ouvert sans protection appropriée
- S'est trouvée dans une salle d'attente, une chambre ou une salle d'examen, sans protection appropriée, jusqu'à 1 heure* après le passage d'un patient contagieux
- A séjourné sur la même unité de soins qu'un cas de rougeole **SI** la porte de la chambre du cas de rougeole était demeurée ouverte pendant sa période de contagiosité

* La période d'une heure après le départ d'un cas de rougeole est dérivée du temps requis pour qu'une chambre puisse éliminer la présence du virus. Ce délai peut être adapté selon le nombre de changements d'air à l'heure du secteur. Voir tableau dans l'annexe 2.

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

3. UNITÉ DE SOINS

3.1. Cas de rougeole

- Transférer le patient le plus rapidement possible dans une chambre à pression négative ou lui donner congé si la condition le permet.
- En attendant le transfert dans une chambre à pression négative:
 - Placer le patient en **Isolement aérien et garder la porte fermée.**
 - Faire porter un masque de procédure au patient en attendant le transfert.
 - Garder **toutes** les portes des chambres de l'unité fermées
 - Faire la liste des patients à risque (voir définitions, 1.9)
 - Aviser l'infirmière en prévention des infections. Les soirs, nuits et fins de semaine, aviser la coordonnatrice de garde qui rejoindra la PCI de garde.
 - Au départ du patient, attendre au moins le temps nécessaire à l'élimination de 99,99% des contaminants dans l'air (voir tableau dans l'annexe 2 pour la durée)

- d'attente selon le nombre d'échanges d'air par heure), portes fermées avant de faire entrer un nouveau patient dans cette même pièce. Dans le doute, attendre 1 heure.
- Le personnel entrant dans la chambre avant la période de temps établie au tableau dans l'annexe 2, doit porter un masque N-95.
 - Le personnel d'hygiène et salubrité peut commencer le nettoyage et la désinfection de la pièce après le départ du patient et sans période d'attente, en portant un masque N95.
 - Nul besoin de jeter le matériel à usage unique qui est emballé puisque le virus ne se transmet pas par contact.
 - Appliquer le protocole de prise en charge des contacts et aviser le bureau de santé (voir [section 4.3](#))

3.2. Contacts à l'unité

- Faire une liste des patients, membres de la famille et du personnel présents sur le département qui sont non immuns ou à risque (transférer à la PCI et bureau de santé);
- Placer en **isolement aérien** tous les patients non immuns ou à risque à partir du 5^e jour après le premier contact et jusqu'au 21^e jour après le dernier contact
 - ⇒ Si le patient a reçu un vaccin en prophylaxie post-exposition à la rougeole, il doit tout de même être isolé à partir du 5^e jour après le premier contact et jusqu'au 21^e jour après le dernier contact.
 - ⇒ Si le patient a reçu des immunoglobulines (IM ou IV) en prophylaxie post-exposition à la rougeole, il doit être isolé à partir du 5^e jour après le premier contact et jusqu'au 21^e jour après le dernier contact.

(Note : Le Red Book recommande un isolement jusqu'au J28 post contact pour les personnes ayant reçu des Ig. Cependant, dans un contexte de gestion de risque et de disponibilité des chambres à pression négative, nous maintenons un isolement jusqu'au J21 en concordance avec les recommandations québécoises).

- Offrir la prophylaxie aux patients à risques ([section 4.3](#))
- Si le patient a congé durant la période d'isolement post-contact de rougeole
 - Aviser les parents de la durée de l'incubation et leur dire de suivre les directives d'isolement de la santé publique.
 - Demander aux parents d'informer l'infirmière en prévention et le secteur concerné si :
 - L'enfant développe la maladie ou si
 - L'enfant doit revenir pour un rendez-vous durant la période d'incubation. (Remettre carte de contact de rougeole aux parents) ([annexe 1](#)).
- L'équipe de prévention et contrôle des infections procèdera à l'enquête épidémiologique et fera le pont avec la Direction régionale de santé publique pour communiquer la période d'exposition établie et la liste des contacts possibles.

3.3. Patient admis avec histoire de contact de rougeole dans la communauté :

- Appliquer le protocole de prise en charge des contacts si le patient est non immun et que le contact a eu lieu dans les 3 dernières semaines.

4. CLINIQUES EXTERNES, CENTRE DE JOUR, URGENCE ET AUTRES SERVICES (EX : RADIOLOGIE)

4.1. Cas de rougeole

Lorsque le cas est connu (rougeole confirmée, suspectée ou contact rougeole):

- ⇒ Reporter les visites en ambulatoire jusqu'à la fin de la période de contagiosité si possible (J4 après début du rash, inclusivement).
- ⇒ Si cas urgent ou impossibilité de reporter le rendez-vous, prévoir la visite dans les chambres à pression négative de l'unité de médecine d'un jour (salle 2 ou salle 3), après une organisation appropriée.
- ⇒ **Ne pas faire attendre le patient dans la salle d'attente et l'évaluer le plus rapidement possible**
- ⇒ Dès l'arrivée du patient au CHUSJ et lors des déplacements, faire porter un masque de procédure au patient dès son arrivée. Si impossible de porter le masque, recouvrir la poussette d'un drap ou d'un couvre-poussette en plastique.
- ⇒ Faire porter un masque de procédure au parent (ou accompagnateur de l'enfant) en tout temps.
- ⇒ Placer en isolement AÉRIEN.
- ⇒ Les patients peuvent être vus avec port des EPI requis.

Lorsque le cas n'est pas connu et qu'il se présente à son RDV (rougeole confirmée, suspectée ou contact rougeole):

- ⇒ **Ne pas faire attendre le patient dans la salle d'attente.**
- ⇒ Placer le patient dans une pièce fermée, avec un isolement AÉRIEN et faire porter un masque de procédure au patient, si impossible, utiliser un couvre-poussette.
- ⇒ Si le rendez-vous peut être reporté après la période de contagiosité, retourner le patient à la maison en s'assurant qu'il sorte directement à l'extérieur, avec port du masque de procédure ou couvre-poussette.
- ⇒ Lors des déplacements, faire porter un masque de procédure au patient dès son arrivée. Si impossible de porter le masque, recouvrir la poussette d'un drap ou d'un couvre-poussette en plastique.

- ⇒ Si le patient doit absolument être vu, organiser rapidement son transfert dans une chambre à pression négative. S'il n'y a pas de salle à pression négative dans le secteur, utiliser une des salles à pression négative de l'unité de médecine d'un jour (salle 2 ou salle 3) ou de l'urgence (salle 1 ou salle 3).
- ⇒ Faire porter un masque de procédure au parent (ou accompagnateur de l'enfant) en tout temps.

Au départ du patient :

- ⇒ Attendre au moins le temps nécessaire à l'élimination de 99,99% des contaminants dans l'air (voir tableau dans l'annexe 2 pour la durée d'attente selon le nombre d'échanges d'air par heure), portes fermées avant de faire entrer un nouveau patient dans cette même pièce. Dans le doute, attendre 1 heure.
- ⇒ Le personnel entrant dans la chambre avant la période de temps établie au tableau dans l'annexe 2, doit porter un masque N-95.
- ⇒ Le personnel d'hygiène et salubrité peut commencer le nettoyage et la désinfection de la pièce après le départ du patient et sans période d'attente, en portant un masque N95.

*Algorithme de prise en charge à l'ambulatorio à venir.

4.2. Contacts de rougeole en externe

Si un patient avec suspicion de rougeole ou avec rougeole confirmée n'a pas été isolé dès son arrivée :

- Faire la liste de tous les patients à risque (voir définition à la section 1.9) qui étaient présents en même temps que le cas index et jusqu'à **1 heure** après son départ.
- Aviser l'infirmière en prévention des infections. Les soirs, nuits et fins de semaine, aviser la coordonnatrice de garde;
- L'équipe de prévention et contrôle des infections procèdera à l'enquête épidémiologique et fera le pont avec la Direction régionale de santé publique pour communiquer la période d'exposition établie et la liste des contacts possibles.
- Aviser tous les patients qui ont été en contact et qui sont à risque ou non immuns. L'équipe de prévention des infections, le secteur concerné ainsi que l'équipe de la DSI procéderont aux appels.
- Offrir la prophylaxie post-exposition à la rougeole selon le protocole pour les patients qui peuvent la recevoir (voir section 4.3).
- Pour les employés, aviser le service de santé et sécurité au travail (voir section 5.0).

- Si admission : s'assurer d'aviser l'unité du contact afin que le patient soit placé **dans une chambre à pression négative à partir du 5^e jour après le contact et jusqu'au 21^e jour inclusivement.** (Point 1.7)
 - ⇒ Si le patient a reçu un vaccin en prophylaxie post-exposition à la rougeole, il doit tout de même être isolé à partir du 5^e jour après le premier contact et jusqu'au 21^e jour après le dernier contact.
 - ⇒ Si le patient a reçu des immunoglobulines (IM ou IV) en prophylaxie post-exposition à la rougeole, il doit être isolé à partir du 5^e jour après le premier contact et jusqu'au 21^e jour après le dernier contact.

(Note : Le Red Book recommande un isolement jusqu'au J28 post contact pour les personnes ayant reçu des Ig. Cependant, dans un contexte de gestion de risque et de disponibilité des chambres à pression négative, nous maintenons un isolement jusqu'au J21 en concordance avec les recommandations québécoises).

4.3. Prophylaxie pour les patients ayant eu un contact significatif avec un cas de rougeole (voir section 4.4 pour les doses)

- Enfant de moins de 6 mois :
 - Administrer des immunoglobulines (Ig) dans un délai de moins de 7 jours après le premier contact
- Enfant de 6 à moins de 12 mois :
 - Devrait être vacciné dans un délai de 72 heures après le contact, si impossible :
 - Administrer les Ig dans un délai de moins de 7 jours après le contact –
 - *Afin d'assurer une immunité à long terme, deux doses du vaccin RRO devront être administrées après l'âge de 12 mois, avec un intervalle minimum de 6 mois après les Ig.
 - Si ces patients ont déjà reçu une dose de vaccin contre la rougeole, ils n'ont pas à recevoir des Ig à la suite d'une exposition.
- Patient immunodéprimé
 - Administrer des Ig le plus tôt possible, de préférence dans les 3 jours et moins de 7 jours après la première exposition (PIQ, 2018)
 - La décision d'administrer des Ig se fera sur une base individuelle par le médecin traitant en collaboration avec le service de prévention des infections
- Patient immunodéprimé recevant déjà des IVIG (400mg/kg)
 - Il n'est pas nécessaire de redonner des Ig si la dernière perfusion a eu lieu dans les 3 dernières semaines (PIQ, 2018).
- Femme enceinte non immune
 - Faire une sérologie IgG rougeole STAT
 - Sérologie positive : Aucune intervention
 - Sérologie négative : Suggérer l'administration d'immunoglobulines IV selon la section 4.4, si le contact a eu lieu dans les 7 derniers jours

Attention : Faire la sérologie avant l'administration des Ig.

- Tous les autres patients non-immuns et sans contre-indication
 - Administrer le vaccin si le contact date de moins de 72 heures.

Les patients-contacts qui ont eu congé à la maison et qui doivent recevoir une prophylaxie seront pris en charge par l'équipe de la clinique des maladies infectieuses en collaboration avec l'équipe de prévention des infections ou selon les corridors de services de leur DrSP respectives.

Se référer à la « Procédure pour administration de la prophylaxie post-exposition des personnes vulnérables exposées à la rougeole » du CHUSJ.

4.4. Administration d'Immunoglobulines (Ig)

Les immunoglobulines doivent être administrées par la voie intramusculaire (pour les personnes de moins de 30 kg) afin de prévenir ou diminuer le risque de développer la maladie. Les Ig doivent être administrées en moins de 7 jours suivant le contact, mais de préférence dans les 3 jours suivant le contact.

La dose est de : 0.50 ml/kg IM (max. 15 ml)

En situation de post-exposition à la rougeole chez les personnes de plus de 30 kg, ou immunodéprimées et les femmes enceintes réceptives, des IgIV (400 mg/kg), administrées en milieu clinique spécialisé, sont recommandées. En effet, afin d'obtenir une concentration suffisante d'Ig pour prévenir l'infection, le volume à administrer par voie **IM** serait trop grand. On recommande donc l'administration par voie **IV**.

La décision d'administrer des IgIV se fera sur une base individuelle par le médecin traitant en collaboration avec le service d'infectiologie. (PIQ, 2018)

Il faut attendre 6 mois après l'administration d'immunoglobulines (pour les patients ayant reçu 0.50 ml/kg) avant d'administrer un vaccin vivant.

5. PERSONNEL EN CONTACT AVEC UN CAS DE ROUGEOLE - PRISE EN CHARGE

- Faire une liste du personnel exposé (toute personne présente sur l'unité sans port approprié du masque N95, si le patient n'était pas dans une chambre à pression négative) et potentiellement non immun, en collaboration avec le service de santé;
- **Personnel non immun**
 - S'assurer que la personne n'est pas enceinte ou ne prévoit pas l'être dans les 4 semaines et qu'il n'y a aucune contre-indication au vaccin RRO*
 - Donner une dose du vaccin RRO dans les 72 heures suivant le premier contact.
 - Prévoir la deuxième dose 4 semaines plus tard.

- Informer les personnes des signes et symptômes de la maladie;
- Les personnes doivent aviser le service de santé si présence de symptômes
- Exclure la personne des soins directs avec les patients vulnérables soit du 5^e jour jusqu'au 21^e jour, inclusivement, après le contact (voir protocole du bureau de santé).

➤ **Femmes enceintes**

- Faire une sérologie IgG rougeole
 - Sérologie positive : Aucune intervention
 - Sérologie négative : Suggérer l'administration d'immunoglobulines selon la section 4.4, si le contact a eu lieu dans les 7 derniers jours

➤ **Personne immunodéprimée**

- Faire une sérologie IgG rougeole
 - Sérologie positive : Aucune intervention, sauf si personne greffée ou avec leucémie/lymphome – à discuter avec le médecin traitant de la personne.
 - Sérologie négative : Administrer immunoglobulines, si le contact a eu lieu dans les 7 derniers jours
 - Informer la personne des signes et symptômes de la maladie
 - La personne doit aviser le service de santé si présence de symptômes
 - Exclure la personne des soins directs avec les patients vulnérables, soit du 5^e jour jusqu'au 21^e jour, inclusivement, après le contact (voir protocole du bureau de santé).

ANNEXE 1

**ROUGEOLE**

Contact le _____ :

Vaccin administré le :

Isolement aérien (dans hôpital/clinique)

Du _____ **au** _____

- Si votre enfant a un RDV à l'hôpital ou dans une clinique, veuillez appeler à l'avance pour les aviser du contact.
- Si votre enfant doit consulter à l'urgence ou être hospitalisé, veuillez aviser du contact.

**ROUGEOLE**

Contact le _____ :

Vaccin administré le :

Isolement aérien (dans hôpital/clinique)

Du _____ **au** _____

- Si votre enfant a un RDV à l'hôpital ou dans une clinique, veuillez appeler à l'avance pour les aviser du contact.
- Si votre enfant doit consulter à l'urgence ou être hospitalisé, veuillez aviser du contact.

**ROUGEOLE**

Contact le _____ :

Vaccin administré le :

Isolement aérien (dans hôpital/clinique)

Du _____ **au** _____

- Si votre enfant a un RDV à l'hôpital ou dans une clinique, veuillez appeler à l'avance pour les aviser du contact.
- Si votre enfant doit consulter à l'urgence ou être hospitalisé, veuillez aviser du contact.

**ROUGEOLE**

Contact le _____ :

Ig administrées le :

Isolement aérien (dans hôpital/clinique)

Du _____ **au** _____

- Si votre enfant a un RDV à l'hôpital ou dans une clinique, veuillez appeler à l'avance pour les aviser du contact.
- Si votre enfant doit consulter à l'urgence ou être hospitalisé, veuillez aviser du contact.

**ROUGEOLE**

Contact le _____ :

Ig administrées le :

Isolement aérien (dans hôpital/clinique)

Du _____ **au** _____

- Si votre enfant a un RDV à l'hôpital ou dans une clinique, veuillez appeler à l'avance pour les aviser du contact.
- Si votre enfant doit consulter à l'urgence ou être hospitalisé, veuillez aviser du contact.

**ROUGEOLE**

Contact le _____ :

Ig administrées le :

Isolement aérien (dans hôpital/clinique)

Du _____ **au** _____

- Si votre enfant a un RDV à l'hôpital ou dans une clinique, veuillez appeler à l'avance pour les aviser du contact.
- Si votre enfant doit consulter à l'urgence ou être hospitalisé, veuillez aviser du contact.

ANNEXE 2

Tableau du temps nécessaire à l'élimination de 99,9% des contaminants dans l'air

Renouvellements d'air par heure (RAH)	Temps, T, nécessaire à l'élimination, min
	99,9%
2	207
4	104
6	69
8	52
10	41
12	35
15	28
20	21
50	8

Normes nationale du Canada, Groupe CSA. (2018). *Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé*. Version CAN/CSA-Z317.13-17 de Janvier 2

Références

Gouvernement du Québec, Problèmes de santé : Rougeole, juin 2019
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/rougeole#c2798>

Gouvernement du Canada, Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes –
Le virus de la rougeole, septembre 2011

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-rougeole.html>

Gouvernement du Canada – Agence de santé publique du Canada : Lignes directrices concernant les éclosons de rougeole au Canada. Octobre 2013.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2013-39/lignes-directrices-prevention-contrôle-eclosions-rougeole-canada.html>

Gouvernement du Canada/ Pour les professionnels de la santé : rougeole, mise à jour juin 2023

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/rougeole/pour-professionnels-sante-rougeole.html>

Red Book: Report of the committee on infectious diseases 2018, 30^e Edition, p. 537-550.

Ministère de la santé et des services sociaux, rougeole/ mise à jour juillet 2019.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/rougeole/>

Publication du MSSS – Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec – Guide d’intervention. Edition 2015.

Pink book: Epidemiology & Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 12^e Edition,

p. 173-192. Accessible à <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/meas.pdf>

Publication du MSSS - Protocole d’immunisation du Québec : RRO : vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, novembre 2019 .

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-immunoglobulines/ig-immunoglobulines-non-specifiques/#administration>

Publication du MSSS – Protocole d’immunisation du Québec : Immunoglobulines, juin 2023.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-immunoglobulines/ig-immunoglobulines-non-specifiques/>

Publication du MSSS – La rougeole : Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts, Révision octobre 2017.

Publication du MSSS – Guide garderie : Maladies infectieuses – Rougeole. Chapitre 7, p. 395 à 399. Janvier 2019.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/guide-garderie/chap7-rougeole.pdf>