



**GUIDE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

**RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE**

*La rougeole*

**COMITÉ MÉDICAL PROVINCIAL  
EN SANTÉ AU TRAVAIL DU QUÉBEC**

*Adopté le 26 mars 1998.*

Guide de pratique élaboré à partir du consensus professionnel développé et publié en octobre 1996 par le sous-comité sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite du Comité médical provincial en santé au travail « Consensus de pratique en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. les agresseurs biologiques : rougeole et grossesse ».

*Adopté le 26 mars 1998*

Le comité médical provincial a tenu compte des informations disponibles dans le document qui suit et résumées ci-dessous, pour formuler sa recommandation devant guider les médecins désignés par le directeur de santé publique dans l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte au regard du danger résultant de l'exposition au virus de la rougeole.

- ◆ La rougeole est une maladie infectieuse très contagieuse; les épidémies font éclosion principalement dans les écoles secondaires.
- ◆ Selon le «Immunization Practices Advisory Committee» (ACIP) (MMWR, 1989), une épidémie de rougeole existe dans une communauté lorsqu'un cas de rougeole est confirmé.
- ◆ Durant la grossesse, la rougeole est associée à de sérieuses complications maternelles telles que pneumonie, hépatite, méningo-encéphalite, insuffisances respiratoire et cardiaque. Il y aurait aussi un risque accru d'avortements spontanés et de prématurité.

#### **DANS LES MILIEUX À RISQUE :**

- centres hospitaliers :
  - pouponnières (si on y réhospitalise des nourrissons)
  - pédiatries
  - urgence
- cliniques de médecine familiale et de pédiatrie
- garderies
- écoles
- camps de vacances
- centres d'accueil pour jeunes
- autobus d'écoliers

**Recommandations** : lors de la déclaration d'un cas dans un secteur d'éclosion<sup>1</sup>, on doit vérifier l'état de protection des travailleuses enceintes travaillant dans les milieux à risque. Est considérée protégée :

- une femme née avant le 1<sup>e</sup> janvier 1957 ;
- une femme avec histoire documentée de rougeole (l'histoire clinique doit être accompagnée d'un contact épidémiologique prouvé avec un cas) ;
- une femme avec vaccination adéquate (réf. tableau page 4 du texte ci-joint) ;
- une femme séropositive à l'Élisa IgG au cours des 5 dernières années [la protection vaccinale peut diminuer avec le temps (Delage, 1995)].

---

<sup>1</sup>. Sont considérés les lieux où l'on retrouve une probabilité de contacts avec un sujet-contact réceptif.

Toute travailleuse non-protégée, considérée parmi les cas contacts<sup>2,3</sup>, doit être réaffectée à l'extérieur des milieux à risque en attendant les résultats de la sérologie. Les travailleuses séronégatives doivent être réaffectées jusqu'à 21 jours après le dernier cas déclaré.

- 
- <sup>2</sup>. Santé Canada, *Relevé des maladies transmissibles*, vol. 21, 15 nov. 1995, p. 193 : « Dans les 24 heures qui suivent le signalement d'un cas suspect de rougeole, tous les contacts qui se sont trouvés dans le même environnement (p. ex., maison, école, garderie, autobus d'écoliers, cabinet du médecin, salle d'urgence, etc.)... doivent être retracés... Étant donné que la rougeole se répand rapidement, en particulier dans les écoles, tous les élèves qui fréquentent la même école ou le même établissement devraient être considérés comme des contacts, et il y aurait peut-être lieu d'inclure ceux qui fréquentent des écoles du voisinage s'il y a eu risque d'exposition.
- <sup>3</sup>. CCMI (groupe de travail ad hoc), *Protocole d'intervention : Rougeole*, avril 1997, p. 5 et 6 : Sont définis comme contacts : le personnel de toute la garderie, le personnel de toute l'école (secondaire ou primaire), les personnes partageant les mêmes heures et les mêmes locaux de travail, les autobus scolaires, le cabinet de médecin, la salle d'attente, la salle d'urgence et la clinique sans rendez-vous.

## ANNEXE

### CONSENSUS DE PRATIQUE EN MATIÈRE DE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

---

**Les agresseurs biologiques :  
rougeole et grossesse**

Septembre 1997

## AVANT-PROPOS

Ce document a été rédigé par Myreille Arteau, médecin-conseil en santé au travail, et Joane Désilets, adjointe médicale en maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de Lanaudière.

Préparé par le Comité provincial sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite et entériné en juin 1997.

Président : D<sup>r</sup> Robert Breton, Montérégie et Estrie

Membres : D<sup>re</sup> Myreille Arteau, Lanaudière  
D<sup>r</sup> André Dupré, Côte-Nord et Saguenay/Lac St-Jean  
D<sup>r</sup> Pierre Gourdeau, Québec  
D<sup>re</sup> Sylvie Lemieux, Chaudière/Appalaches  
D<sup>r</sup> Christian Lévesque, Laval  
D<sup>r</sup> Aubert Nadeau, Bas St-Laurent et Gaspésie  
D<sup>re</sup> Marie-Claude Théroux, Laurentides, Abitibi et Outaouais  
D<sup>r</sup> Robert Simard, Montréal  
D<sup>r</sup> Christian Vinette, Mauricie/Bois-Francs

Ce document a aussi été soumis à la critique du Comité de concertation en maladies infectieuses en juin 1997.

## TABLE DES MATIÈRES

	Page
Identification .....	1
Mode de transmission .....	1
Période d'incubation .....	1
Période de contagiosité .....	1
Cas clinique .....	1
Cas confirmé .....	1
Immunisation .....	2
Échecs vaccinaux .....	4
Effets maternels, effets sur la grossesse et effets sur le foetus .....	5
Traitement .....	5
Bibliographie .....	5

## **ROUGEOLE ET GROSSESSE**

La rougeole est une maladie infectieuse très contagieuse causée par le virus de la rougeole, de la famille des paramyxovirus. Le mode de transmission de la maladie est par projection de gouttelettes aériennes ou par contact direct avec les sécrétions nasales ou pharyngées d'individus infectés. « En théorie, un malade peut transmettre la rougeole à une personne vulnérable de tout âge. En pratique, toutefois, on constate qu'il la transmet surtout à des personnes du même groupe d'âge. Et le risque de transmission augmente en fonction du nombre de personnes côtoyées par le malade » (De Serres, 1996).

Toujours selon cet auteur, les épidémies font éclosion principalement dans les écoles secondaires. C'est dans le groupe des 15-19 ans que le nombre de personnes côtoyées est maximal, diminuant progressivement dans les groupes suivants : 10-14 ans, 5-9 ans, 0-4 ans et plus de 20 ans. La période d'incubation dure de 7 à 14 jours. Le prodrome survient 3 jours avant l'exanthème et les manifestations cliniques sont les suivantes :

- hyperthermie
- coryza
- toux
- conjonctivite
- tache de Koplick sur la muqueuse buccale

Survient, par la suite, une éruption maculopapulaire généralisée.

La période de contagiosité est de 2 à 4 jours avant l'éruption jusqu'à 5 jours après l'éruption. Les définitions nosologiques suivantes sont celles habituellement utilisées par les directions de santé publique pour préciser un cas de rougeole :

### **CAS CLINIQUE**

Tous les symptômes suivants :

- a) fièvre  $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ ;
- b) toux, coryza ou conjonctivite suivi de :
- c) éruption maculo-papuleuse généralisée pendant au moins 3 jours.

### **CAS CONFIRMÉ**

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- isolement ou détection antigénique rapide du virus de la rougeole dans des échantillons cliniques appropriés ou
- détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole ou

- détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence

OU manifestations cliniques compatibles telles que :

- fièvre d'au moins 38,3°C;
- toux, coryza ou conjonctivite;
- éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire sus-mentionnés.

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

## **IMMUNISATION**

Lors de la conférence nationale de concertation qui a eu lieu à la fin de l'année 1992, l'objectif était d'éliminer la rougeole indigène au Canada d'ici l'an 2005. Pour ce faire, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a recommandé un programme d'immunisation comportant les éléments suivants :

- 2 doses de vaccins (au Québec : 12 mois et 18 mois), avec un rattrapage de tous les enfants des écoles primaires et secondaires;
- dans le cas des populations à risque, une surveillance intensive et la déclaration immédiate des cas de rougeole;
- une intervention rapide dans les cas d'épidémie.

Selon le «Immunization Practices Advisory Committee» (ACIP) (MMWR, 1989), une épidémie de rougeole existe dans une communauté lorsqu'un cas de rougeole est confirmé. Selon le «Relevé des maladies transmissibles au Canada» du 15 novembre 1995, un cas suspect (fièvre  $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ , toux, coryza ou conjonctivite suivi d'une éruption maculo-papuleuse généralisée) devrait être déclaré aux autorités de santé publique et dans les 24 heures qui suivent cette déclaration, et tous les contacts qui se sont trouvés dans le même environnement (maison, école, garderies, autobus d'écoliers, cabinet de médecin, salle d'urgence, etc.) pendant la période infectieuse devraient être retracés et leur dossier de vaccination vérifié. Idéalement, les écoles et les garderies devraient examiner les dossiers d'immunisation lors de l'admission des enfants afin d'identifier les sujets réceptifs.

Comme la rougeole se répand très rapidement, tous les élèves qui fréquentent la même école ou le même établissement devraient être considérés comme des sujets-contacts et, toujours selon cette même référence, il y aurait lieu d'inclure les enfants qui fréquentent les écoles du voisinage s'il y a eu risque d'exposition. Pour une intervention efficace, dans des populations fermées, comme dans les écoles, l'enquête épidémiologique et la prise

en charge des cas et des contacts devraient être terminées dans les 10 jours suivant l'apparition de l'éruption chez le cas primaire dans au moins 80 % des cas (Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1995)

Au Québec, avant l'introduction de 2 doses de vaccin au calendrier régulier et avant la campagne de rattrapage en 1996, les sujets non vaccinés étaient évalués à 2 -3 % et les échecs vaccinaux primaires à 10 %, donc,

- 11 - 12 % des élèves du primaire étaient vulnérables;
- 8 - 9 % des élèves du secondaire aussi (le nombre est inférieur à celui du primaire parce que certains adolescents ont été touchés par l'épidémie de 1989);
- le pourcentage des adultes vulnérables (de plus de 18 ans) était inférieur à 3 %.(De Serres, 1996).

La campagne de vaccination antirougeoleuse de 1996 et l'introduction d'une deuxième dose de vaccin MMR à 18 mois devrait faire diminuer davantage le nombre d'enfants vulnérables à la maladie.

### Sont considérés protégés contre la rougeole (MSSS, 1995)

CATÉGORIE DU SUJET	NOMBRE DE DOSES REQUISES POUR ÊTRE CONSIDÉRÉ PROTÉGÉ		
	1 dose <sup>1</sup>	2 doses <sup>2</sup>	aucune dose <sup>3</sup>
Né depuis 1980		X	
Né entre 1970 et 1979 : - stagiaire de la santé ou travailleur de la santé à risque - les autres	X	X	
Né entre 1957 et 1969	X		
Né en 1956 ou avant			X
Ayant une attestation médicale certifiant avoir fait la rougeole			X
Ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole			X

(1) 1 dose de vaccin vivant

(2) 2 doses, dont l'une après l'âge d'un an en respectant un intervalle d'un mois entre les doses

(3) les sujets sont déjà considérés protégés et n'ont pas besoin d'être vaccinés.

Source : Protocole d'immunisation du Québec (Mise à jour 1996), p. 7-75.

Et dans le contexte de la campagne de rattrapage 1996 (campagne qui s'adressait aux élèves du primaire, du secondaire et au préscolaire âgés de 19 mois à 5 ans) ,sont considérés protégés contre la rougeole :

- les personnes ayant une preuve écrite d'immunisation, avec 2 doses de vaccin contre la rougeole à virus vivant, dont l'une après l'âge d'un an, en respectant un intervalle minimal d'un mois entre les 2 doses;
- les personnes ayant une attestation médicale certifiant avoir fait une rougeole antérieurement;
- les personnes ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole.

Ne sont pas considérés protégés contre la rougeole les personnes vaccinées ayant reçu :

- le vaccin inactivé;
- le vaccin vivant moins de 3 mois après le vaccin inactivé;
- le vaccin vivant administré en même temps que des immunoglobulines ou moins de 3 mois (à 10 mois selon la dose et la voie d'administration des IG) après avoir reçu des immunoglobulines (réf. PIQ, chapitre 1 ou Guide canadien d'immunisation);
- une seule dose de vaccin vivant;
- et les personnes ne correspondant pas aux critères de protection.

Les vaccins inactivés n'ont pas été utilisés au Canada après 1970.

## **ÉCHECS VACCINAUX**

Les titres d'anticorps obtenus après la vaccination contre la rougeole sont inférieurs à ceux observés après l'infection naturelle mais n'en demeurent pas moins décelables pendant au moins vingt ans (Santé Canada, 1993). Donc, pour la rougeole, les échecs secondaires sont pratiquement inexistantes (les échecs secondaires sont les échecs liés à la durée de l'immunité induite par la vaccination). La deuxième dose de vaccin (séroconversion de 90 à 95 % augmentant à 99 %) permet donc de diminuer le pourcentage d'échecs vaccinaux primaires (on parle d'échec primaire lorsque la vaccination n'induit pas de réponse immunitaire décelable et protectrice).

Les échecs primaires sont causés principalement lorsque les anticorps transmis durant la grossesse sont encore présents au moment de la vaccination du jeune enfant. Ils détruisent alors le virus du vaccin et empêchent alors l'induction d'une bonne réponse immunitaire (De Serres, 1996). Les anticorps maternels décroissent lentement avec l'âge. Ainsi, plus la vaccination est faite tôt, plus les échecs vaccinaux sont élevés (10 - 15 % à 12 mois, 5 % à 15 mois).

## **EFFETS MATERNELS, EFFETS SUR LA GROSSESSE ET EFFETS SUR LE FOETUS**

Différentes études, principalement depuis 1990, ont démontré que la rougeole durant la grossesse est associée à de sérieuses complications maternelles telles que pneumonie, hépatite, méningo-encéphalite, insuffisances respiratoire et cardiaque. Une complication rare (1 cas / 8 millions) mais très grave est aussi décrite : la panencéphalite sclérosante subaiguë survenant plusieurs années après l'infection rougeoleuse (Atmar et al, 1992).

Il y aurait aussi un risque accru d'avortements spontanés et de prématurité (Aaby et al., 1988, 1990; Atmar, 1992; Grandien, 1990; Laboratoire de santé publique du Québec, 1995). En ce qui concerne la tératogénicité du virus, aucune étude, à ce jour, n'est concluante.

## **TRAITEMENT**

Femme enceinte réceptive en contact avec un cas de rougeole : immunoglobulines à raison de 0.25 ml/kg, pour un maximum de 15 ml, en dedans de 72 heures de l'exposition.

Femme enceinte avec infection rougeoleuse : la thérapie antivirale (Ribavirin en aérosol) ne pourrait être administrée qu'après la 20<sup>e</sup> semaine de gestation, en raison des effets néfastes de ce médicament pour le foetus durant le 1<sup>er</sup> trimestre (Grandien et al., 1990; MSSS, 1995).

## **BIBLIOGRAPHIE**

AABY, P.; BUKH, J.; KRONBORG, D. (1990). Delayed excess mortality after exposure to measles during the first six months of life. *American Journal of epidemiology*, vol. 132, no 2, p. 211-218.

AABY, P.; BUKH, J. (1988). Increased perinatal mortality among children of mothers exposed to measles during pregnancy. *The Lancet*, 5 mars, p. 516-520.

ATMAR, R. et al. (1992). Complications of measles during pregnancy. *Clinical Infectious Disease*, 14 : 217-226.

CHEN, R. (1989). An explosive point-source measles outbreak in a highly vaccinated population. *American Journal of Epidemiology*, vol. 129, no 1, p. 173-183.

DE SERRES, G. (1996). Rougeole : pourquoi faut-il deux doses de vaccin? *Le Clinicien*, janvier, p. 55-67.

GRANDIEN, N.; STERNER, G. (1990). Measles in pregnancy. *Scand. J. Infect. Dis. supp.*, 71 : 45-48.

HURSEY, G.D.; KIEIN, M. (1990). A randomized controlled trial of vitamin A in children with severe measles. *The New England Journal of Medicine*. 19 juillet, p. 160-164.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (1995). Delage, G. : Avis concernant les risques pour la grossesse en cas d'épidémie de rougeole. 25 mai 1995.

LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE (1996). L'élimination de la rougeole au Canada. *Le médecin de famille canadien*, vol. 42, janvier, p. 118-120.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). Protocole d'immunisation du Québec : anexe : Protocole de vaccination contre la rougeole, campagne de rattrapage 1996. Février 1996.

MMWR (1989). Measles Prevention Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee. Vol. 38, no 5-9.

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA (1995). Directives pour la lutte contre les épidémies de rougeole au Canada (révision 1995), 15 novembre, p. 189-195.

REGROUPEMENT DES DSC-MM (1989). Rougeole, vaccin et prévention : réponses à quelques questions à l'intention des professionnels. Bureau des maladies infectieuses.

SANTÉ CANADA (1993). Guide canadien d'immunisation, 4e édition, p. 119-128.

STEBEN, M. (1989). La rougeole. *Le médecin du Québec*, déc. p. 49-51.

STEIN, S.; GREENSPOON, J. (1991). Rubella during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, vol. 78, no 5, part 2, novembre, p. 925-929.