

# Précisions sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion de la rougeole en milieux de soins

OPINION D'EXPERTS – COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MAI 2024

## PRINCIPAUX CONSTATS

La rougeole se transmet principalement par voie aérienne. Il est recommandé en présence d'un cas suspecté ou confirmé d'appliquer les précautions additionnelles aériennes.

En milieu de soins :

- La présence d'un seul cas de rougeole doit être considérée comme une éclosion.
- La gestion des cas et des contacts de rougeole doit se faire en collaboration avec la direction régionale de santé publique.
- Un cas de rougeole devrait être hébergé dans une pièce ou une chambre à pression négative.

## AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

Cette opinion d'experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec s'adresse aux équipes en prévention et contrôle des infections (PCI) des milieux de soins concernés du Québec, ainsi qu'à celles en maladies infectieuses des directions régionales de santé publique. Elle apporte des précisions sur certaines mesures de PCI pour la gestion de la rougeole dans les milieux de soins.

Ce document s'inscrit en complément des recommandations contenues dans la [Fiche technique sur la rougeole](#) (MSSS, 2024) ainsi que des autres [documents publiés par l'INSPQ sur la rougeole](#).

## MÉTHODOLOGIE

Les recommandations présentées dans ce document ont été établies suite à une revue de la littérature grise de plusieurs instances nationales et internationales (voir tableau ci-dessous) effectuée en mars 2024. Une recherche ciblée de la littérature scientifique a également été effectuée en février 2024 afin de répondre à une question concernant la durée d'exposition. La revue de littérature grise a permis de détailler les recommandations pour les mesures de PCI en lien avec la rougeole dans les milieux de soins en dehors du Québec. Cette comparaison permet une concordance avec les orientations nationales et internationales.

Enfin, les mesures qui ne sont pas appuyées par la littérature scientifique ou dont l'application est divergente ou non précisée dans les recommandations des instances nationales et internationales ont été discutées avec les membres du CINQ afin d'établir un consensus d'experts sur la question.

Les présentes recommandations seront révisées en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances nationales et internationales.

### Instances consultées

<b>AGDHAC</b>	Australian Government Department of Health and Aged Care
<b>ASPC</b>	Agence de la Santé Publique du Canada
<b>BCCDC</b>	British Columbia Center for Diseases Control
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and prevention
<b>ECDC</b>	European Centre for Disease prevention and Control
<b>H CSP</b>	Haut Conseil de la Santé Publique de la République française
<b>MSO</b>	Ministère de la santé de l'Ontario
<b>MSSRF</b>	Ministère des Solidarités et de la Santé de la République Française
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>NHS England</b>	National Health Service England
<b>OFSP</b>	Office Fédéral de la Santé Publique - Suisse
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>SPO</b>	Santé Publique Ontario
<b>UKHSA</b>	United Kingdom Health Security Agency

## ORIENTATIONS POUR LA GESTION DE LA ROUGEOLE

Au départ, il est important de souligner que l'objectif de la gestion de la rougeole au Québec est de maintenir le statut d'élimination, en concordance avec les orientations de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS, 2016) (en anglais Pan American Health Association - PAHO). En effet, depuis 1998, le virus de la rougeole ne circule plus naturellement parmi la population au Canada (ASPC, 2024).

Dans ce contexte d'élimination de la rougeole, les interventions de gestion de la rougeole ont comme objectifs :

- Prévenir les conséquences de la rougeole chez les individus considérés comme vulnérables;
- Minimiser la transmission secondaire et le nombre de contacts exposés.

## PRÉPARATION AVANT LA SURVENUE D'UN CAS

Les préparatifs en amont de la réception d'un cas de rougeole sont très importants. Plusieurs interventions sont à mettre en place pour être en mesure de recevoir un cas suspecté ou confirmé de rougeole de façon sécuritaire dans un milieu de soins.

- Éducation et sensibilisation des travailleurs de la santé (TdeS) sur :
  - La détection et l'isolement immédiat des cas suspectés de rougeole;
  - L'utilisation des chambres à pression négative;
  - L'utilisation adéquate des équipements de protection individuelle (ÉPI);
  - Le mécanisme en place dans l'établissement pour aviser l'équipe de PCI et l'équipe de santé et sécurité au travail lors de la suspicion de rougeole;
  - Le mécanisme de mobilisation des équipes pour la prise en charge des contacts;
  - Les trajectoires de services :
    - pour la réalisation rapide et sécuritaire des tests diagnostiques lors d'une suspicion de rougeole;
    - pour acheminer les prélèvements effectués pour analyse;
    - pour offrir la prophylaxie post-exposition, le cas échéant.
- Hébergement :
  - Identifier à l'avance, à l'aide de l'équipe des services techniques de l'installation, des pièces pour recevoir les cas suspectés ou confirmés de rougeole. Le nombre de pièces à identifier dépend des différents secteurs d'activités présents et de l'organisation physique des installations (ex. : infrastructure du bâtiment) couverts par l'établissement;
  - Ces pièces devraient idéalement être à pression négative. La validation de la pression négative de ces pièces est essentielle.

- Promotion et rehaussement de la couverture vaccinale des TdeS :
  - S’assurer que les TdeS connaissent leur statut immunitaire et les encourager à compléter leur vaccination si incomplète après évaluation;
  - Rappeler aux TdeS que la vaccination est le meilleur moyen de prévention de la rougeole.

## TRANSMISSION ET GESTION DES CAS

### Mode de transmission

La rougeole est une maladie infectieuse hautement contagieuse : le taux d’attaque secondaire est supérieur à 90 % chez les personnes réceptives exposées (ASPC, 2024; Merck, 2024). Le virus de la rougeole se transmet de personne à personne, principalement à partir des sécrétions émises lorsqu’une personne infectée respire, tousse, éternue ou parle. Il peut également se propager par contact direct avec des objets contaminés ou des sécrétions du nez et de la gorge d’une personne infectée (ASPC, 2024; SPO, 2024; CDC, 2020; NHS England, 2024; ECDC, 2023; UKHSA, 2024; AGDHAC-Australie, 2020; MSSRF-France, 2018; OFSP-Suisse, 2019). Certaines de ces instances mentionnent que ce type de propagation se fait moins fréquemment (UKHSA, 2024; MSSRF-France, 2018; OFSP-Suisse, 2019; AGDHAC-Australie, 2020).

Les virus de la rougeole présents dans les aérosols peuvent demeurer en suspension dans l’air d’une pièce et être infectieux jusqu’à deux heures après le départ de la personne infectée (ASPC, 2024; MSSS, 2024) et être dispersés à d’autres pièces selon les mouvements d’air. La durée de survie de la rougeole dans l’environnement est conditionnelle au temps écoulé (maximum 2 heures). La dispersion est affectée par les mouvements d’air et le nombre de changements d’air de la pièce. Ainsi, plus le nombre de changements d’air dans une pièce est élevé, moins longue est la présence du virus dans l’air de cette pièce.

De façon occasionnelle, la rougeole peut survenir chez des personnes considérées adéquatement vaccinées<sup>1</sup>. Ces personnes peuvent alors présenter un tableau clinique modifié<sup>2</sup> et certaines études suggèrent qu’elles généreraient moins de cas secondaires (Rosen *et al.*, 2014; Rota *et al.*, 2011; Hickman *et al.*, 2011). Dans cette situation, les mesures de gestion des cas et des contacts s’appliquent de la même façon que lors de la survenue d’une rougeole chez une personne non protégée.

Des cas de transmission de rougeole congénitale sont rapportés dans la littérature scientifique lorsque la mère développe des symptômes dans les 10 jours précédant l’accouchement (Rasmussen *et al.*, 2015). La rougeole congénitale se définit par la présence d’une éruption à la naissance ou l’apparition de celle-ci dans les 10 premiers jours de vie.

---

<sup>1</sup> Voir le [Protocole d’immunisation du Québec](#) (PIQ) pour connaître la liste des personnes considérées adéquatement vaccinées.

<sup>2</sup> Pour plus d’informations sur le tableau clinique modifié de la rougeole chez les personnes adéquatement vaccinées, voir le [webinaire](#) du Collège des médecins du 12 mars 2024.

## Précautions additionnelles

Des mesures de précautions additionnelles contre la transmission aérienne doivent être instaurées le plus rapidement possible dès la suspicion d'un cas de rougeole :

- Port d'un appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent par les travailleurs de la santé dès qu'ils entrent dans la pièce, sans égard à leur statut immunitaire.

Un cas confirmé de rougeole parmi les usagers doit être isolé jusqu'au 4<sup>e</sup> jour (inclusivement) après le début du rash. Si l'usager confirmé est immunosupprimé, une évaluation de la situation doit être faite avec le médecin traitant avant de cesser l'application des précautions additionnelles.

Il est recommandé d'affecter, si possible, seulement les travailleurs de la santé (TdeS) immuns aux soins de ces usagers.

Lors de la revue de la littérature grise, quelques instances consultées mentionnaient la possibilité de propagation du virus de la rougeole par contact direct avec des objets contaminés ou des sécrétions du nez et de la gorge d'une personne infectée. Certaines instances (SPO, 2024; MSSRF-France, 2018) évoquent la possibilité d'une analyse au cas par cas de la situation et, si nécessaire, de l'utilisation d'équipements de protection individuelle (ÉPI) additionnels (ex. : blouse, gants, protection oculaire) dans le cadre des pratiques de base. Toutefois, les précautions recommandées par ces instances demeurent des précautions additionnelles contre la transmission aérienne.

Si d'autres ÉPI doivent être utilisés, ceux-ci doivent être retirés à l'intérieur de la chambre contrairement à l'APR de type N95 qui doit être retiré à l'extérieur de la chambre.

### **Nouveau-né atteint de rougeole congénitale**

Si l'enfant présente des signes de rougeole, des précautions additionnelles contre la transmission aérienne doivent être instaurées jusqu'au 4<sup>e</sup> jour (inclus) après le début du rash.

## Hébergement

Comme décrit dans le document [Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles](#) (CINQ, 2018), l'usager requérant des précautions additionnelles contre la transmission aérienne doit être placé dans une chambre individuelle à pression négative avec toilette réservée :

- La porte de la chambre et la fenêtre doivent demeurer fermées en tout temps.
- Si la chambre est munie d'une antichambre ou d'un sas, il faut éviter d'ouvrir les deux portes en même temps.
- La vérification de la pression négative doit être faite quotidiennement.
- Avant d'admettre un autre usager dans cette chambre ou d'y entrer sans protection respiratoire, un temps d'attente maximal de 2 heures doit être respecté. Ce temps peut être ajusté à la baisse selon le nombre de changements d'air par heure (voir [annexe](#)). Au besoin, un appareil portatif muni d'un filtre HEPA peut être installé temporairement afin de filtrer l'air contaminé.

En l'absence ou en attente d'une chambre à pression négative :

- Transférer l'usager en chambre individuelle ou dans une pièce fermée.
- Faire porter si possible un masque médical à l'usager tant que celui-ci n'est pas transféré dans une pièce appropriée.
- Avant d'admettre un autre usager dans cette chambre ou d'y entrer sans protection respiratoire, un temps d'attente maximal de 2 heures doit être respecté. Ce temps peut être ajusté à la baisse selon le nombre de changements d'air par heure (voir [annexe](#)).

### Déplacement de l'usager

- Limiter les déplacements à ceux identifiés comme essentiels au plan de traitement. Dans la mesure du possible, planifier les examens et procédures en fin de programme et respecter le temps d'attente pour le renouvellement d'air avant d'accueillir un autre usager dans cet espace. (voir annexe).
- Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'usager lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc.).
- Si l'usager doit se déplacer hors de sa chambre, une évaluation doit être faite par l'équipe de PCI locale pour déterminer les modalités à appliquer selon la situation et les infrastructures en place.

### Particularités à l'unité mère-enfant et en néonatalogie

L'incubateur n'offre pas de protection contre la transmission aérienne et ne doit donc pas être considéré comme l'équivalent d'une pièce à pression négative. Le nouveau-né peut être hébergé à l'unité néonatale seulement si une chambre à pression négative est disponible, et ce, même s'il est dans un incubateur.

## Hygiène et salubrité

### Usager qui est un cas de rougeole

- Nettoyer et désinfecter quotidiennement les surfaces selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace et homologué par Santé Canada.
- Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre ou de la zone de soins de l'usager.
- Au départ ou lors du transfert d'un usager qui est encore dans sa période de contagiosité, deux options sont possibles pour l'équipe d'hygiène et salubrité lors du nettoyage et de la désinfection :
  - Porter un APR de type N95 ou l'équivalent et débiter le nettoyage et la désinfection dès le départ de l'usager;
  - Respecter un temps d'attente minimal de 2 heures et débiter ensuite le nettoyage et la désinfection. Ce temps peut être ajusté à la baisse selon le nombre de changements d'air par heure (voir annexe). Il n'est pas requis de porter un APR de type N95 dans cette situation.

- À la cessation des précautions additionnelles d'un usager qui est un cas de rougeole et qui a terminé sa période de contagiosité :
  - Le port de l'APR de type N95 n'est pas requis;
  - Procéder au nettoyage complet de l'environnement de l'usager selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace et homologué par Santé Canada.

## ENQUÊTE ET GESTION DES CONTACTS DANS UN MILIEU DE SOINS

### Recherche des contacts

La recherche des contacts est une démarche importante. Dès la confirmation d'un cas de rougeole, celle-ci doit être effectuée le plus rapidement possible, idéalement dans les 24 heures suivant la déclaration. Une fois les contacts significatifs<sup>3</sup> identifiés, il est important de vérifier si ceux-ci possèdent les critères de protection<sup>4</sup> (PIQ, 2024). Cette recherche de contacts doit être effectuée même si le cas de rougeole portait un masque médical ou un APR de type N95.

Pour accélérer la gestion et la prise en charge des contacts, il est possible de débiter la recherche des contacts dès la suspicion du cas de rougeole qui nécessite un test diagnostique, dans l'attente du résultat de celui-ci.

La recherche des contacts doit être réalisée en collaboration avec la direction régionale de santé publique (DSPublique) et le service de santé et sécurité au travail (SST), selon les modalités régionales établies. Une évaluation des mesures de PCI qui étaient en place et de leur application adéquate doit être faite pour déterminer l'ampleur de la recherche des contacts à effectuer.

### Durée d'exposition

Il n'existe pas de seuil de durée au-dessous duquel une exposition en milieu de soins serait jugée non significative. Ainsi, il faut considérer toute présence d'un cas de rougeole dans un milieu de soins, sans égard au temps d'exposition.

**Toute exposition non protégée (sans port d'un APR de type N95) à un cas doit être considérée comme significative, peu importe la durée.**

<sup>3</sup> Référez à la [Fiche technique pour la gestion des cas, des contacts et des éclosions - rougeole - mise à jour février 2024](#).

<sup>4</sup> Voir le [Protocole d'immunisation du Québec](#) (PIQ) pour connaître la liste des personnes considérées adéquatement protégées.

## Assises scientifiques

Dans la recherche de littérature scientifique, une seule référence (Hope *et al.*, 2012) a été trouvée faisant mention d'une durée d'exposition minimum pour déterminer si une exposition est significative ou non. Dans cette étude, les auteurs décrivent une transmission survenue dans un milieu de soins en Australie en 2011. Dans cette situation, la présence de cinq cas de rougeole a entraîné la survenue de sept cas secondaires, qui avaient tous au moins un facteur de susceptibilité. Ceux-ci avaient été exposés à leur cas source respectif pour des périodes variant entre 20 et 162 minutes. Ils en concluent qu'une durée de contact d'au moins 20 minutes apparaît nécessaire pour être infecté. Les auteurs ne semblent toutefois pas avoir regardé si des personnes avec des facteurs de susceptibilité similaires ont été en contact avec les cas sources, mais sans avoir développé d'infection. Il aurait été intéressant de comparer la durée d'exposition entre ceux ayant développé l'infection et ceux qui ne l'ont pas développé, pour savoir s'il existait une différence entre les deux groupes. De plus, les auteurs mentionnent qu'ils peuvent avoir manqué des cas qui auraient eu peu de symptômes et qui n'auraient pas consulté ou qui n'auraient pas été diagnostiqués pour la rougeole.

Parmi les instances nationales et internationales consultées, la plupart (ASPC, 2024; AGDHAC-Australie, 2022; BCCDC, 2024; CDC, 2019; MSO-Ontario, 2022; OMS, 2022; OFSP-Suisse, 2019) retiennent comme contact significatif les personnes ayant partagé le même espace intérieur qu'un cas, peu importe la durée d'exposition, et ce jusqu'à un maximum de deux heures après le départ du cas. Seulement deux instances (MSSRF-France, 2018; NHS England, 2024) indiquent un temps d'exposition de 15 minutes et plus pour retenir un contact significatif lorsque les personnes ont été dans une même pièce qu'un cas de façon concomitante. Toutes les instances consultées mentionnent cependant qu'un contact direct ou face-à-face avec un cas doit être retenu, peu importe la durée d'exposition.

## Gestion des usagers contacts hospitalisés ou hébergés

<b>Tous les contacts (protégés ou non)</b>	Surveiller l'apparition de symptômes pour 21 jours suivant la dernière exposition
<b>Contacts considérés comme adéquatement protégés</b>	Aucun isolement Aucune mesure
<b>Contacts considérés comme non protégés (réceptifs)</b>	<b>Type de précautions additionnelles et durée :</b> Précautions additionnelles contre la transmission aérienne débutant le 5 <sup>e</sup> jour après la première exposition, jusqu'au 21 <sup>e</sup> jour suivant la dernière exposition
	<b>Choix de chambre :</b> Chambre à pression négative Si non disponible, chambre individuelle avec porte fermée



## Particularités à l'unité mère-enfant et en néonatalogie

Un nouveau-né ayant eu un contact avec une personne atteinte de la rougeole doit être placé en précautions additionnelles contre la transmission aérienne débutant le 5<sup>e</sup> jour après la première exposition, jusqu'au 21<sup>e</sup> jour suivant la dernière exposition (HCSP, 2011).

L'incubateur n'offre pas de protection contre la transmission aérienne et ne doit donc pas être considéré comme l'équivalent d'une pièce à pression négative. Le nouveau-né peut être hébergé à l'unité néonatale seulement si une chambre à pression négative est disponible, et ce, même s'il est dans un incubateur.

## Nouveau-né en cohabitation avec sa mère atteinte de rougeole

En l'absence de données probantes sur la recommandation de séparer un nouveau-né de sa mère qui est atteinte de rougeole pendant sa période de contagiosité, une discussion devrait avoir lieu entre le médecin traitant, la DSPublique et l'équipe de PCI afin de discuter des risques et des bénéfices d'une séparation d'avec la mère pour le nouveau-né vu les risques de rougeole plus sévère chez celui-ci (HCSP, 2011).

## Hygiène et salubrité

### Usager hospitalisé ou hébergé qui est un contact d'un cas de rougeole

- Pour un usager contact asymptomatique dans sa période d'incubation :
  - Nettoyer et désinfecter quotidiennement les surfaces selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace et homologué par Santé Canada.
  - Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre ou de la zone de soins de l'usager.
- Au départ ou lors du transfert d'un usager contact qui est dans sa période d'incubation, deux options sont possibles pour l'équipe d'hygiène et salubrité lors du nettoyage et de la désinfection :
  - Porter un APR de type N95 ou l'équivalent et débiter le nettoyage et la désinfection dès le départ de l'usager;
  - Respecter un temps d'attente minimal de 2 heures et débiter ensuite le nettoyage et la désinfection. Ce temps peut être ajusté à la baisse selon le nombre de changements d'air par heure (voir [annexe](#)). Il n'est pas requis de porter un APR de type N95 dans cette situation.
- À la cessation des précautions additionnelles d'un usager contact asymptomatique qui a terminé sa période d'incubation (et qui n'est pas un cas) sans avoir développé de symptômes :
  - Aucun nettoyage et désinfection requis.

## Gestion des contacts non hospitalisés

Une personne considérée comme un contact non protégé (réceptif) d'un cas de rougeole devrait éviter de se rendre dans un milieu de soins.

Si ce contact doit absolument se présenter dans un milieu de soins (s'il doit consulter pour recevoir lui-même des soins médicaux ou pour des raisons humanitaires s'il doit visiter un proche hospitalisé (ex. : enfant hospitalisé), une évaluation doit être réalisée par l'équipe de PCI locale. Le contact doit respecter les recommandations suivantes :

- Porter un masque médical;
- Se diriger directement au lieu de consultation en mentionnant son état de contact ou directement à la chambre où est hébergé son enfant;
- Ne pas circuler dans les aires communes, ni se promener dans le milieu de soins;
- Quitter le milieu de soins dès la fin de sa consultation médicale ou de sa visite à son proche hospitalisé.

## Gestion des travailleurs de la santé exposés

<b>Tous les TdeS (protégés ou non)</b>	Surveiller l'apparition de symptômes pour 21 jours
<b>TdeS considérés comme adéquatement protégés</b>	Aucun retrait Aucune mesure
<b>TdeS considérés comme non protégés (réceptifs)</b>	Retrait du travail Un isolement à domicile <sup>5</sup> est recommandé du 5 <sup>e</sup> jour après la première exposition, jusqu'au 21 <sup>e</sup> jour suivant la dernière exposition

## Éclosion

À des fins d'intervention et dans un contexte d'élimination de la rougeole, il a été déterminé que la présence d'un seul cas dans un milieu doit être considérée comme une éclosion (MSSS, 2024). Ainsi, dans un milieu de soins, il n'est pas nécessaire que le cas ait été acquis dans le milieu ou qu'il y ait eu une transmission démontrée pour mettre en place les mesures de recherche des contacts et de gestion du cas. La même considération doit être faite que le cas soit un usager hospitalisé ou en ambulatoire ou qu'il s'agisse d'un travailleur de la santé.

La fin de l'éclosion est considérée au 32<sup>e</sup> jour suivant la dernière présence du dernier cas contagieux dans le milieu<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Référez à la [Fiche technique pour la gestion des cas, des contacts et des éclosions - rougeole - mise à jour février 2024](#)

<sup>6</sup> La durée de 32 jours a été déterminée sur la base de deux périodes d'incubation moyenne (soit 14 jours x 2) plus la période maximale de transmissibilité de 4 jours après l'apparition de l'éruption cutanée (MSSS, 2024).

## ANNEXE TEMPS REQUIS POUR LEVER LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES POUR UNE INFECTION À TRANSMISSION AÉRIENNE<sup>7</sup>

Nombre de renouvellement d'air par heure (RAH)	Temps requis (minutes) pour l'élimination de 99,9 % des contaminants aéroportés
1	414
2	207
3	138
4	104
5	83
6	69
7	59
8	52
9	46
10	41
11	38
12	35
13	32
14	30
15	28
16	26
17	24
18	23
19	22
20	21

<sup>7</sup> Ce tableau a été adapté des tableaux suivants :

- 1) *Tableau 4 Temps exigé pour l'élimination de 99,9 % des contaminants dans l'air.* Norme CSA Z317.13 :22 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de soins de santé.
- 2) Annexe 8 du document *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé* (ASPC, 2014).

## RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*. Agence de la santé publique du Canada, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante/partie-d.html#D.VIII>

Agence de santé publique du Canada (ASPC, 2024). *Rougeole : Pour les professionnels de la santé*.

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

Australian Government Department of Health and Aged Care (AGDHAC, 2019). *Measles-CNDA National guidelines for public health units*.

<https://www.health.gov.au/resources/publications/measles-cdna-national-guidelines-for-public-health-units>

Australian government, Department of health and aged care. (AGDHAC, 2022). *Measles*.

<https://www.health.gov.au/diseases/measles>

British Columbia Centre for Disease Control. (BCCDC, 2024). *Communicable Disease Control, Chapter 1 – Management of Specific Diseases, Measles*.

<http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/Measles.pdf>

Canadian Standards Association. (CSA, 2022). CSA Z317.13: *F22 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé*. Consulté le 25 avril 2024 : <https://www.csagroup.org>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2020). *Transmission of measles*.

<https://www.cdc.gov/measles/transmission.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019). *Interim infection prevention and control recommendations for measles in healthcare settings*. [https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/measles/index.html#anchor\\_1563477550](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/measles/index.html#anchor_1563477550)

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ, 2018). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2436>

Haut Conseil de la Santé Publique de la République française (HCSP, 2011). *Avis relatif à la problématique de la rougeole chez les femmes enceintes*. [hcspa20110523\\_rougeolefemmeenceinte.pdf](https://www.hcsp.fr/IMG/pdf/hcspa20110523_rougeolefemmeenceinte.pdf)

Hickman, C.J., Hyde, T.B., Sowers, S.B., Mercader, S., McGrew, M., et al. (2011). Laboratory characterization of measles virus infection in previously vaccinated and unvaccinated individuals. *Journal of Infectious Diseases*, 204 suppl 1, S549-58.

<https://doi.org/10.1093/infdis/jir106>

Hope, K., Boyd, R., Conaty, S. et Maywood, P. (2012). Measles transmission in health care waiting rooms: implications for public health response. *Western Pacific Surveillance and Response Journal*, 3(4): 33–38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729094/>

Merck (2024). *Rougeole*. Le Manuel Merck, Version pour les professionnels de la santé. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/p%C3%A9diatrie/diverses-infections-virales-chez-le-nourrisson-et-enfant/rougeole>

Ministère de la Santé de l'Ontario. (MSO, 2024). *Case Definitions and Disease Specific Information – Measles*. <https://www.ontario.ca/files/2024-03/moh-measles-appendix-en-2024-03-19.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2024). *Fiche technique pour la gestion des cas, des contacts et des éclosions – Rougeole*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000061/>

Ministère des Solidarités et de la Santé de la République Française (MSSRF, 2018). *Instruction relative à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole*. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44038>

National Health Service England (NHS, 2024). *Guidance for risk assessment and infection prevention and control measures for measles in healthcare settings*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/guidance-for-risk-assessment-and-infection-prevention-and-control-measures-for-measles-in-healthcare-settings/>

Office Fédéral de la Santé Publique - Suisse (OFSP, 2019). *Directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-risikogruppen-risikosituationen/masern-richtlinien-bekaempfung.pdf.download.pdf/masern-richtlinien-bekaempfung-fr.pdf>

Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2022). *Measles outbreak guide*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052079>

Organisation panaméricaine de la santé (OPS, 2016). *Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la région des Amériques : rapport final*. <https://www.paho.org/fr/documents/cd55inf10-plan-daction-pour-maintenir-lelimination-rougeole-rubeole-et-le-syndrome>

Protocole d'immunisation du Québec (PIQ, 2024) *RRO : vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/rro-vaccin-contre-la-rougeole-la-rubeole-et-les-oreillons/#0>

Rasmussen, S.A., et Jamieson, D.J. (2015). What obstetric health care providers need to know about measles and pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 126 (1), 163-170. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000903>

Santé Publique Ontario (SPO, 2024). *Interim IPAC recommendations and use of PPE for care of individuals with suspect or confirmed measles*. [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/M/24/measles-interim-ipac-recommendations-ppe.pdf?rev=2bdae839507c4251857632615e875a3c&sc\\_lang=en](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/M/24/measles-interim-ipac-recommendations-ppe.pdf?rev=2bdae839507c4251857632615e875a3c&sc_lang=en)

Rosen, J.B., Rota, J.S., Hickman, C.J., Sowers, S.B., Mercader, S. et al. (2014). Outbreak of measles among persons with prior evidence of immunity, New-York city, 2011. *Clinical Infectious Diseases*, 59 (9), 1205-10. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu105>

Rota, J.S., Hickman, C.J., Sowers, S.B., Rota, P.A., Mercader, S. et William J.B. (2011). Two cases studies of modified measles in vaccinated physicians exposed to primary measles cases: high risk of infection but low risk of transmission. *Journal of Infectious Diseases*, 204 suppl1, S559-63. <https://doi.org/10.1093/infdis/jir098>

United Kingdom Health Security Agency (UKHSA, 2024). *Guidance : National measles guidelines*. <https://www.gov.uk/government/publications/national-measles-guidelines>

Zmerli, O., Chamieh, A., Maasri, E., Azar, E. et Claude A. (2021). A challenging modified measles outbreak in vaccinated healthcare providers. *Infection Prevention in Practice*, 3(1), 100105. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100105>

## COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

### MEMBRES ACTIFS

Nathalie Bégin  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
de la Montérégie-Centre

Karine Boissonneault  
Natasha Desmarteau  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale

Stéphane Caron  
Direction de la santé environnementale, au travail et  
de la toxicologie  
Institut national de santé publique du Québec

Catherine Dufresne  
Marie-Claude Roy, présidente  
Roseline Thibeault  
Pascale Trépanier  
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

Kevin Dufour  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Judith Fafard  
Laboratoire de santé publique du Québec  
Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal  
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Yves Longtin  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan  
Centre intégré de santé et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent

Bianka Paquet-Bolduc  
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie  
de Québec

Sara Pominville  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de l'Estrie

Chantal Richard, secrétaire du CINQ  
Jasmin Villeneuve  
Direction des risques biologiques

Patrice Savard  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Institut national de santé publique du Québec

### MEMBRES D'OFFICE

Dominique Grenier  
Patricia Hudson  
Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du Québec

### MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray  
Silvana Perna  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

### INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil  
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Maude Bigras  
Marielle Bolduc  
Annick Boulais  
Fanny Desjardins  
Valérie Labbé  
Natasha Parisien  
Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du Québec

---

# Précisions sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion de la rougeole en milieux de soins

---

## AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec  
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers  
Marielle Bolduc, conseillère en soins infirmiers  
Maude Bigras, conseillère scientifique  
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil  
Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claude Roy, présidente du CINQ  
Centre hospitalier universitaire de Québec –  
Université Laval

## SOUS LA COORDINATION DE

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil  
Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du Québec

## COLLABORATION

Karl Forest-Bérard, conseiller scientifique  
Direction des affaires publiques, communications et  
transfert des connaissances  
Institut national de santé publique du Québec

## RÉVISION

Valérie Dancause, adjointe à la direction des soins  
infirmiers  
Centre hospitalier universitaire de Québec –  
Université Laval

Stéphane Perron, médecin-conseil  
Direction de la santé environnementale, au travail  
et de la toxicologie  
Institut national de santé publique du Québec

Noémie Savard, médecin-conseil  
Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du Québec

## MISE EN PAGE

Marie-Amélie Bras, agente administrative  
Direction des risques biologiques

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :*

*<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2024  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-97555-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

N° de publication : 3493