

## RAPPORT TECHNIQUE

# Recommandations provisoires pour les PCI et le port d'ÉPI pour les soins aux personnes ayant la rougeole (suspectée ou confirmée)

Date de publication : Mars 2024

## Messages clés

- Tous les travailleurs du secteur de la santé les travailleurs de la santé doivent avoir une immunité documentée contre la rougeole<sup>1-19</sup>. Cette immunité se définit comme suit : deux doses de vaccin contenant la rougeole ou des antécédents d'infection confirmés en laboratoire ou de preuves sérologiques d'immunité, quelle que soit l'année de naissance<sup>20</sup>. Seuls les travailleurs de la santé ayant une immunité présumée contre la rougeole peuvent prodiguer des soins aux cas de rougeole suspectée ou confirmée, en raison du risque accru de transmission de la rougeole à des personnes à risque<sup>21-24</sup>.
- La littérature scientifique récente décrit la transmission de la rougeole et les épidémies qui y sont associées dans les hôpitaux, à la fois chez les travailleurs de la santé à risque et chez les travailleurs de la santé ayant une immunité présumée<sup>4,5,14-17,25-27</sup>.
- Tous les travailleurs de la santé devraient porter un masque respiratoire N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés lorsqu'ils entrent dans la chambre ou s'occupent d'un patient dont la rougeole est suspectée ou confirmée, étant donné les rapports de transmission de la rougeole à des travailleurs de la santé ayant une immunité présumée<sup>6,23,24,28</sup>. Les patients devraient également être placés dans une chambre d'isolement contre les infections aéroportées (CIIA) chaque fois que cela est possible<sup>6,23,24,28-30</sup>.
- Le personnel peut devoir porter de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), tel que des gants, une blouse d'hôpital et des lunettes de protection, si nécessaire selon l'évaluation du risque au point de service (ÉRPS) Par exemple, les précautions supplémentaires en cas d'infection respiratoire aiguë (IRA) (anciennement connues sous le nom de précautions contre les gouttelettes et les contacts) doivent être prises pour les patients présentant des symptômes respiratoires ou des symptômes viraux indifférenciés<sup>29,30</sup>.

## Contexte

Les cas et les épidémies de rougeole ont augmenté de manière significative dans le monde au cours des dernières années. La rougeole est redevenue endémique dans les pays où elle avait été éliminée (p. ex. au Royaume-Uni, en Albanie, en République tchèque et en Grèce). De 2022 à 2023, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a observé une hausse de 79 % dans les cas mondiaux et les foyers d'écllosion dans 40 des 53 pays de la région européenne et dans dix pays de l'UE/EEE<sup>31-33</sup>. Plusieurs facteurs sont en cause, notamment le recul des vaccinations contre la rougeole pendant la pandémie de SRAS-CoV-2, ainsi que l'augmentation continue de l'hésitation face aux vaccins. Au Canada, la plupart des cas de rougeole proviennent de l'étranger; les épidémies ont été sporadiques et la transmission secondaire a été limitée<sup>20</sup>.

La littérature scientifique récente décrit la transmission de la rougeole et les épidémies qui y sont associées dans les hôpitaux, à la fois chez les travailleurs de la santé à risque et chez les travailleurs de la santé présumés immunisés<sup>4-6,14-17,25-27</sup>.

Les travailleurs de la santé courent un risque accru d'infection par la rougeole d'origine professionnelle, en partie parce qu'ils sont plus exposés aux patients atteints de rougeole en quête de soins<sup>6,13,21</sup>. Ils sont plus à risque que la population générale. Dans le cas de patients assez gravement malades pour être hospitalisés, la transmissibilité du virus est à son maximum (virémie et excrétion virale élevées)<sup>18,26</sup>.

Entre 2001 et 2014, 6 % des infections de rougeole survenues aux États-Unis et ne provenant pas de l'étranger ont eu lieu dans des établissements de santé<sup>34</sup>.

Compte tenu de la transmissibilité et du risque d'exposition du personnel soignant, il existe un consensus sur le fait que seul le personnel soignant ayant une présomption d'immunité contre la rougeole peut donner des soins directs aux patients atteints de rougeole est suspectée ou confirmée. Tous les travailleurs de la santé doivent avoir une immunité documentée contre la rougeole<sup>1-6,8,9,11-19,34-36</sup>. La preuve présumée d'immunité des travailleurs de la santé se définit comme suit : au moins deux doses de vaccin contenant la rougeole reçues le jour de leur premier anniversaire ou après, ou une preuve d'immunité obtenue en laboratoire, quelle que soit l'année de naissance.

Outre les pratiques de routine, il est recommandé de prendre des précautions supplémentaires pour soigner les patients ayant un cas de rougeole suspecté ou confirmé. Les présentations cliniques peuvent varier et évoluer dans le temps. Pour cette raison, il faut effectuer une ÉRPS avant chaque rencontre avec un patient.

- Des ÉPI supplémentaires, tels que des gants, des blouses d'hôpital et des lunettes de protection, peuvent être ajoutés si nécessaire, d'après une ÉRPS. Il est recommandé de prendre des précautions pour se protéger contre les particules respiratoires (p. ex., protection des yeux, protection du visage, blouse d'hôpital et gants) pour les patients présentant des symptômes respiratoires ou des symptômes viraux indifférenciés<sup>29,30</sup>.
- Il existe un consensus sur la plupart des pratiques recommandées en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour la prise en charge des cas suspects/confirmés de rougeole, mais il existe des disparités entre les juridictions sur l'utilisation des ÉPI comme mesure de contrôle pour réduire l'acquisition de la rougeole nosocomiale par les travailleurs de la santé ayant une preuve présumée d'immunité :
  - Agence de la santé publique du Canada : « Les travailleurs de la santé immunisés n'ont pas besoin de prendre de précautions supplémentaires (c.-à-d. port d'un appareil de protection respiratoire) pour entrer dans la CCIA d'un cas suspect ou confirmé de rougeole »<sup>22</sup>.
  - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : « Le personnel de santé doit porter une protection respiratoire (c'est-à-dire un masque respiratoire) au moins aussi protectrice qu'un masque filtrant jetable N95 testé et certifié par le NIOSH, quelle que soit la preuve présumée de l'immunité, lorsqu'il entre dans la chambre ou la zone de soins d'un patient atteint de rougeole avérée ou suspectée »<sup>23</sup>.
  - Autorité des services de santé du Royaume-Uni : « Le personnel doit porter un 'équipement de protection respiratoire (EPR) défini comme étant un écran facial filtrant'... lorsqu'est admis un patient ayant un agent infectieux connu/suspecté/une maladie qui se propage entièrement ou partiellement par la voie aérienne »<sup>24</sup>.

Afin de s'assurer que les recommandations en matière de PCI concernant l'ÉPI sont fondées sur des données probantes, dans la mesure du possible, et afin de donner suite aux signalements récents de rougeole contractée par des travailleurs de la santé bénéficiant d'une immunité présumée, une recherche bibliographique a été effectuée pour faciliter tout changement dans les recommandations en matière de PCI actuelles.

## Méthodes

Afin de cerner les données pertinentes sur ce sujet, les services de bibliothèque de SPO ont conçu et réalisé des recherches dans la littérature scientifique et grise. Cette recherche s'est limitée aux articles publiés en anglais de 2013 à aujourd'hui. Les bases de données scientifiques ont été consultées le 5 mars 2024. Les recherches dans la littérature grise ont été effectuées le 7 mars 2024.

Les bases de données suivantes ont été consultées pour cerner les données probantes publiées dans des revues scientifiques : MEDLINE (Ovid), et CINAHL (EBSCO).

Plusieurs approches ont été utilisées pour scruter la littérature grise sur ce sujet. Des recherches ciblées ont été effectuées sur les sites Web d'organismes publics pertinents, tant nationaux qu'internationaux, tels que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'Autorité des services de santé du Royaume-Uni (UKHSA). Des recherches ont également été effectuées à l'aide des moteurs de recherche généraux Google et Google Scholar.

La stratégie de recherche dans les bases de données a été conçue pour extraire des documents contenant :

- Au moins un terme de recherche (dans les rubriques principales, le mot-clé du titre ou les champs de descripteurs en langage naturel) ayant trait au concept de rougeole; et
- au moins un terme de recherche (dans les rubriques principales, le mot-clé du titre et les champs de descripteurs en langage naturel) ayant trait au concept de respirateurs N95.

La stratégie de recherche de MEDLINE a été adaptée de manière à créer des interrogations sur le Web afin de trouver la littérature grise. Ces interrogations tenaient compte des limites de fonctionnalité du moteur de recherche (p. ex., limite de 32 mots par requête), mais la logique conceptuelle de la stratégie de recherche dans la base de données était préservée. Comme il n'est ni pratique ni utile d'examiner tous les résultats d'une requête sur un moteur de recherche, une limite de 50 résultats par requête (classés par ordre de pertinence) a été imposée manuellement.

La stratégie de recherche MEDLINE (telle qu'elle a été exécutée) est présentée à l'annexe A. La stratégie de recherche sur MEDLINE a été évaluée par les membres de l'équipe des services de bibliothèque de SPO. Les stratégies de recherche complètes sont disponibles sur demande.

## Transmission de la rougeole aux travailleurs de la santé

Les signalements de transmission de la rougeole aux travailleurs de la santé sont résumés ci-dessous et englobent diverses épidémies de rougeole dans des hôpitaux en Europe, en Corée du Sud et aux États-Unis. Des cas de rougeole ont été observés non seulement chez les travailleurs de la santé à risque, mais aussi chez ceux qui avaient des antécédents d'immunité documentée.

En septembre 2023, S. Choi et coll. ont décrit une épidémie de rougeole dans un hôpital de Corée du Sud en 2018, où deux travailleurs de la santé ayant des preuves présumées d'immunité contre la rougeole ont été infectés par un patient atteint d'une rougeole typique<sup>17</sup>. L'un des travailleurs avait déjà reçu deux vaccins contre la rougeole et l'autre était présumé immunisé en raison de son âge (né en 1967).

En 2023, D. Pampaka et coll. ont décrit une épidémie multirégionale en Espagne concernant 148 cas confirmés en laboratoire, dont six étaient épidémiologiquement liés<sup>16</sup>. La principale voie de transmission était nosocomiale; au moins six établissements de santé et 41 travailleurs de la santé étaient touchés.

K. Song et coll. ont décrit en 2022 une épidémie de rougeole survenue en 2019 chez des travailleurs de la santé et des patients préalablement vaccinés<sup>15</sup>. Les patients avaient une rougeole confirmée en laboratoire

par des prélèvements de gorge testés au moyen de réactions quantitatives en chaîne par polymérase (PCR). Les documents de vaccination obtenus ont montré que parmi les 26 patients atteints de rougeole (22 travailleurs sociaux, quatre patients hospitalisés) âgés de 18 à 28 ans, 25 avaient déjà reçu le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) et (12/26) 46 % avaient reçu deux doses.

Berry et coll. ont décrit en 2019 un cas survenu dans un hôpital en Angleterre en 2017, où un diagnostic tardif chez un patient a entraîné sept autres cas confirmés, dont cinq avaient reçu deux doses de vaccin RRO<sup>15</sup>. Ce rapport souligne l'importance de ne pas se baser sur le statut vaccinal pour exclure le diagnostic de rougeole.

S. Gohil et coll. ont décrit un foyer survenu en 2014 dans le comté d'Orange, en Californie<sup>6</sup>. Parmi les 22 cas de rougeole confirmés, cinq cas secondaires sont survenus chez des travailleurs de la santé, dont quatre avaient été en contact direct avec des patients atteints de rougeole, et aucun ne portait de masque respiratoire N95. Quatre travailleurs de la santé présentaient des signes d'immunité et ont continué à travailler après avoir ressenti des symptômes, ce qui a donné lieu à 1 014 expositions, mais à aucune transmission. Dans l'ensemble, 13 des 15 cas secondaires avaient été en contact direct avec des patients atteints de la rougeole, dont huit présentaient des signes d'immunité. Les conclusions étaient que les travailleurs de la santé ayant un contact direct et non masqué avec des patients atteints de rougeole risquent de contracter la maladie malgré la preuve d'une immunité antérieure, ce qui se traduit par un nombre potentiellement élevé d'expositions et nécessite des enquêtes de longue haleine. Les auteurs ont conclu que la vaccination pouvait réduire l'infectivité. Quel que soit leur statut immunitaire, les travailleurs de la santé doivent porter des respirateurs N-95 (ou équivalent) lors de l'évaluation des patients suspects de rougeole.

S. Hahné et coll. ont décrit, dans une étude publiée en 2016, une épidémie de rougeole parmi les travailleurs de la santé aux Pays-Bas en 2014<sup>5</sup>. Huit travailleurs de la santé ont été infectés; six d'entre eux avaient reçu deux doses de vaccin contre la rougeole.

Dans la phase post-élimination de la rougeole en Espagne, N. López-Perea et coll. ont décrit une proportion croissante de cas de rougeole chez des personnes ayant reçu deux doses de vaccin<sup>26</sup>. La gravité de la maladie et sa présentation clinique étaient moindres chez les personnes vaccinées. Chez les personnes entièrement vaccinées, un tiers des cas de rougeole ont été contractés dans des établissements de soins, principalement parmi des médecins et des infirmières.

F. P. Bianchi et coll. ont réalisé une revue systématique et une méta-analyse en 2022 afin d'estimer la prévalence des travailleurs de la santé sensibles dans les pays de l'UE/EEE et au Royaume-Uni et d'explorer les caractéristiques (différences liées au sexe et à l'âge)<sup>14</sup>. Sur les dix-neuf études examinées, la prévalence des travailleurs de la santé sensibles à la rougeole était de 13,3 % (95 % IC : 10,0-17,0 %). En comparant l'âge (né après ou avant 1980), le RR était de 2,78 (95 % IC = 2,20-3,50), ce qui indique que les personnes nées plus tard couraient un risque accru. Les études les plus récentes proposent la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé.

Outre la discussion sur la transmission de la rougeole aux travailleurs de la santé dont l'immunité est documentée, certains auteurs ont abordé l'absence de protection respiratoire et le rôle qu'elle a pu jouer dans la transmission de la rougeole aux travailleurs de la santé présumés immunisés. Ces auteurs ont recommandé l'utilisation systématique d'un masque respiratoire N95 ajusté et dont l'étanchéité a été vérifiée.

## Hiérarchie des mesures de contrôle des risques

La hiérarchie des mesures de prévention et de contrôle des risques peut contribuer à réduire le risque de transmission d'infections aux patients, aux travailleurs de la santé et aux autres membres du personnel et aux visiteurs, et ce dans tous les lieux où des soins de santé sont dispensés. Une hiérarchie des mesures de contrôle (HMC) est utilisée dans les établissements de soins de santé (et autres lieux de travail) pour réduire le risque de transmission des maladies infectieuses<sup>29,37,38</sup>.

Recommandations provisoires pour la PCI et le port d'ÉPI pour les soins aux personnes ayant la rougeole (suspectée ou confirmée)

La hiérarchie des mesures de contrôle des risques décrit cinq niveaux de contrôle, par ordre décroissant d'efficacité. La plus grande réduction de l'exposition aux dangers combine souvent plusieurs niveaux. Le niveau de contrôle le plus élevé est l'élimination, suivie de la substitution, des contrôles techniques, des contrôles administratifs et des équipements de protection individuelle. Utilisés en combinaison, ils renforcent les couches de protection du travailleur contre le danger.

En appliquant la hiérarchie des contrôles à la protection des travailleurs de la santé contre l'acquisition de la rougeole, l'élimination de la maladie serait la plus efficace. Bien que de grands progrès aient été accomplis dans l'élimination de la rougeole dans de nombreux pays, dont le Canada qui, en 1998, a obtenu le statut d'élimination de l'Organisation mondiale de la Santé, on a assisté à une résurgence de cette maladie, en particulier en Europe et en Afrique.

Le contrôle technique le plus courant dans la lutte contre la rougeole est le placement des patients dans une chambre d'isolement contre les infections aéroportées (CIIA) où l'air est sous pression négative et où la porte est fermée.

Les principaux contrôles administratifs comprennent la vaccination contre la rougeole. Parmi les autres mesures de contrôle administratif figurent les politiques et procédures de santé des employés en matière de vaccination et de surveillance, ainsi que les programmes en matière de PCI assortis d'une formation des employés concernant l'utilisation d'une ÉRPS et les précautions contre la transmission, et la formation au choix, ainsi que la bonne utilisation et élimination des ÉPI.

Enfin, l'équipement de protection individuelle est la dernière barrière de sécurité du travailleur. Comme la rougeole se transmet par voie aérienne, dans de petites particules respiratoires, il est recommandé de porter un masque respiratoire N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés pour soigner les cas suspects ou confirmés dans le cadre des précautions contre la transmission par voie aérienne<sup>6,23,29,30</sup>.

## Recommandations

- Conformément au rôle des mesures de contrôle administratif dans la hiérarchie des contrôles, tous les établissements où sont prodigués des soins aigus, en commençant par les établissements les plus à risque (y compris les services d'urgence), doivent déployer des efforts immédiats pour s'assurer que l'immunité contre la rougeole est documentée pour tous les travailleurs de la santé et lancer une enquête ou une vaccination pour les travailleurs dont le dossier est incomplet.
- Tous les travailleurs de la santé, indépendamment de leur immunité présumée contre la rougeole, doivent suivre toutes les recommandations en matière de PCI concernant les soins aux patients dans le cadre des précautions contre la transmission par voie aérienne, y compris le port d'un respirateur N95 dont l'ajustement et le scellement ont été vérifiés, comme niveau de protection supplémentaire, et le placement du patient dans une chambre d'isolement contre les infections transmissibles par voie aérienne (CIIA) chaque fois que cela est possible.
- Les précautions supplémentaires peuvent également inclure des ÉPI tels que des gants, une blouse d'hôpital et une protection oculaire, d'après l'ÉRPS. Par exemple, des précautions supplémentaires contre les gouttelettes et les contacts en cas d'infection respiratoire aiguë (IRA) (protection des yeux, protection du visage, blouse d'hôpital et gants) pour les patients présentant) doivent être prises en présence de patients ayant des symptômes respiratoires et/ou des symptômes viraux indifférenciés.

## Sommaire

Malgré les efforts considérables déployés au niveau mondial pour éliminer la rougeole, on continue d'assister à une résurgence des cas et des épidémies, y compris des cas sporadiques et des épidémies caractérisées par une transmission secondaire limitée au Canada. Il existe un risque accru d'exposition du personnel soignant à la maladie dans les établissements de soins de santé, notamment les hôpitaux et les cabinets de soins primaires, où les patients se présentent souvent pour un diagnostic ou un traitement. Bien que la vaccination à deux doses de vaccin contenant la rougeole ou une sérologie positive laisse supposer l'existence d'immunité, cette immunité présumée pourrait faillir à empêcher les travailleurs de la santé de contracter la rougeole dans le milieu de travail. Le respect de la hiérarchie des mesures de contrôle et l'ajout d'une protection respiratoire (respirateur N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés) pour tous les travailleurs, quel que soit leur statut immunitaire, ainsi que la prise en charge des cas suspects/confirmés de rougeole, offrent un niveau de protection supplémentaire.

## Références

1. K. Tajima, H. Nishimura, S. Hongo, M. Hazawa, A. I. Saotome-Nakamura, K. Tomiyama et coll. « Estimation of secondary measles transmission from a healthcare worker in a hospital setting ». *Int J Infect Dis*. 2014; vol. 24, p. 11 à 13. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.1377>
2. A. P. Fiebelkorn, J. F. Seward et W. A. Orenstein. « A global perspective of vaccination of healthcare personnel against measles: systematic review ». *Vaccine*. 2014; vol. 32, n° 38, p. 4823 à 4839. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.11.005>
3. W. A. Orenstein, A. Hinman, B. Nkowane, J. M. Olive et A. Reingold. « Measles and Rubella Global Strategic Plan 2012-2020 midterm review ». *Vaccine*. 2018; vol. 36, supp. 1, p. A1-A34. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.09.026>
4. W. de Vries, F. B. Plötz et J. W. Dorigo-Zetsma. « Measles infection despite 2-dose vaccination in health care workers ». *Pediatr Infect Dis J*. 2014; vol. 33, n° 9, p. 992. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000000390>
5. S. J. Hahné, L. M. Nic Lochlainn, N. D. van Burgel, J. Kerkhof, J. Sane, K. B. Yap et coll. « Measles outbreak among previously immunized healthcare workers », Pays-Bas, 2014. *J Infect Dis*. 2016; vol. 214, n° 12, p. 1980 à 1986. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/infdis/jiw480>
6. S. K. Gohil, S. Okubo, S. Klish, L. Dickey, S. S. Huang, M. Zahn. « Healthcare workers and post-elimination era measles: lessons on acquisition and exposure prevention ». *Clin Infect Dis*. 2016; vol. 62, n° 2, p. 166 à 172. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/civ802>
7. F. George, J. Valente, G. F. Augusto, A. J. Silva, N. Pereira, T. Fernandes et coll. « Measles outbreak after 12 years without endemic transmission », Portugal, février à mai 2017. *Euro Surveill*. 2017; vol. 22, n° 23. Disponible à : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2017.22.23.30548>
8. U. Hiller, A. Mankertz, N. Köneke et S. Wicker. « Hospital outbreak of measles - evaluation and costs of 10 occupational cases among healthcare worker in Germany, February to March 2017 ». *Vaccine*. 2019; vol. 37, n° 14, p. 1905 à 1909. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.02.068>
9. L. Coppeta, L. Morucci, A. Pietroiusti et A. Magrini. « Cost-effectiveness of workplace vaccination against measles ». *Hum Vaccin Immunother*. 2019, vol. 15, n° 12, p. 2847 à 2850. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1616505>
10. J. W. Park, S. N. Yu, E. Park, Y. Lee, S. M. Park et M. H. Jeon. « Modified measles in an anti-measles immunoglobulin G-negative healthcare worker who had received two doses of measles-containing vaccine ». *Infect Chemother*. 2019; vol. 51, n° 3, p. 305 à 309. Disponible à : <https://doi.org/10.3947/ic.2019.51.3.305>
11. S. Rana, M. Saavedra-Campos, S. Perkins, R. Mohammed-Klein, A. Wright, R. Cordery et coll. « A descriptive analysis of an outbreak of measles and a multilevel mixed-effects analysis of factors associated with case isolation in healthcare settings », London (February-June 2016). *Public Health*. 2020; vol. 183, p. 55 à 62. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.02.015>
12. A. Orsi, F. Butera, M. F. Piazza, S. Schenone, P. Canepa, P. Caligiuri et coll. « Analysis of a 3-months measles outbreak in western Liguria, Italy: are hospital safe and healthcare workers reliable? ». *J Infect Public Health*. 2020; vol. 13, n° 4, p. 619 à 624. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.08.016>

13. B. Camilloni, F. Stracci, M. C. Lio, A. Mencacci, E. Cenci et S. Bozza. « Measles immunity in healthcare workers of an Italian hospital ». *J Infect Public Health*. 2020; vol. 13, n° 8, p. 1123 à 1125. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.04.001>
14. F. P. Bianchi, P. Stefanizzi, P. Trerotoli et S. Tafuri. « Sex and age as determinants of the seroprevalence of anti-measles IgG among European healthcare workers: a systematic review and meta-analysis ». *Vaccine*. 2022; vol. 40, n° 23, p. 3127 à 3141. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.04.016>
15. K. Song, J. M. Lee, E. J. Lee, B. R. Lee, J. Y. Choi, J. Yun et coll. « Control of a nosocomial measles outbreak among previously vaccinated adults in a population with high vaccine coverage: Korea », 2019. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2022;41(3):455-66. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10096-021-04390-4>
16. D. Pampaka, N. López-Perea, A. Fernández-García, I. Huertas-Zarco, M. Castellanos-Martínez, K. Villatoro-Bongiorno et coll. « An interregional measles outbreak in Spain with nosocomial transmission, November 2017 to July 2018 ». *Euro Surveill*. 2023; vol. 28, n° 17. Disponible à : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2023.28.17.2200634>
17. S. Choi, J. W. Chung, Y. J. Chang, E. J. Lim, S. H. Moon, H. H. Do et coll. « A lesson from a measles outbreak among healthcare workers in a single hospital in South Korea: the importance of knowing the prevalence of susceptibility ». *Vaccines (Basel)*. 2023; vol. 11, n° 9. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/vaccines11091505>
18. A. Limavady, I. T. Tu et H. Bedford. « Guarding the gatekeepers: a comprehensive approach to control nosocomial measles ». *Infection*. 14 février 2024 [publication en ligne avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s15010-024-02186-0>
19. J. P. Vink, L. B. Snell, K. Bernard, H. Mitchell, R. T. Heathcock, R. Cordery et W. Newsholme. « Mapping a nosocomial outbreak of measles, coinciding with a period of sustained transmission in South London in 2018 ». *J Hosp Infect*. 2020; vol. 105, n° 4, p. 747 à 751. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.06.004>
20. Agence de la santé publique du Canada; Comité consultatif national de l'immunisation; Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Guide canadien d'immunisation* [en ligne]. Evergreen ed. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2015 [modifié le 8 sept. 2023; cité le 11 mars 2024]. Part 4. Immunizing agents: measles vaccines. Disponible à : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-12-measles-vaccine.html#p4c11t1>
21. Ontario Hospital Association; Ontario Medical Association. *Measles surveillance protocol for Ontario hospitals*. Toronto (Ont.) : Ontario Hospital Association; 2019.
22. Agence de la santé publique du Canada, Groupe de travail pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole. « Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosons de rougeole au Canada ». *Can Commun Dis Rep*. 2013; vol. 39, n° Acs-3, p. 1 à 52. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-3/assets/pdf/meas-roug-fra.pdf>
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim infection prevention and control recommendations for measles in healthcare settings [en ligne]. Atlanta (Géorgie) : CDC; 2019 [modifié le 23 juillet 2019; cité le 11 mars 2024]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/Measles-Interim-IC-Recs-H.pdf>

24. NHS England. National infection prevention and control manual (NIPCM) for England [en ligne]. Londres : droit d'auteur de la Couronne; 2024 [cité le 11 mars 2024]. Chapter 2: Transmission based precautions (TBPs). Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/national-infection-prevention-and-control-manual-nipcm-for-england/>
25. L. Berry, T. Palmer, F. Wells, E. Williams, B. Sibal et J. Timms. « Nosocomial outbreak of measles amongst a highly vaccinated population in an English hospital setting ». *Infect Prev Pract.* 2019; vol. 1, n° 2, p. 100018. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2019.100018>
26. N. López-Perea, A. Fernández-García, J. E. Echevarría, F. de Ory, M. Pérez-Olmeda et J. Masa-Calles. « Measles in vaccinated people: Epidemiology and challenges in surveillance and diagnosis in the post-elimination phase ». Spain, 2014-2020. *Viruses.* 2021; vol. 13, n° 10. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/v13101982>
27. O. Zmerli, A. Chamieh, E. Maasri, E. Azar, C. Afif. « A challenging modified measles outbreak in vaccinated healthcare providers ». *Infect Prev Pract.* 2021; vol. 3, n° 1, p. 100105. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100105>
28. E. M. Alves Graber, F. J. Andrade, Jr, W. Bost et M. A. Gibbs. « An update and review of measles for emergency physicians ». *J Emerg Med.* 2020; vol. 58, n° 4, p. 610 à 615. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.02.007>
29. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3<sup>e</sup> édition.* Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr>
30. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins.* Ottawa (Ont.) : Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2016. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections-2016-FINAL-fra.pdf>
31. Agence de la santé publique du Canada. *Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'augmentation mondiale du nombre de cas de rougeole et le risque qu'elle pose aux Canadiens et aux Canadiennes* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2024 [cité le 11 mars 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2024/02/statement-from-the-chief-public-health-officer-of-canada-on-global-increase-in-measles-and-risk-to-canada.html>
32. Organisation mondiale de la Santé (OMS). « A 30-fold rise of measles cases in 2023 in the WHO European Region warrants urgent action ». OMS [en ligne], 11 décembre 2023 [cité le 11 mars 2024]; *News.* Disponible à : <https://www.who.int/europe/news/item/14-12-2023-a-30-fold-rise-of-measles-cases-in-2023-in-the-who-european-region-warrants-urgent-action>
33. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). *Measles on the rise in the EU/EEA: considerations for public health response*, 16 février 2024. Stockholm : ECDC; 2024. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/measles-eu-threat-assessment-brief-february-2024.pdf>
34. A. P. Fiebelkorn, S. B. Redd, D. T. Kuhar. « Measles in Healthcare facilities in the United States during the postelimination era, 2001 à 2014 ». *Clin Infect Dis.* 2015; vol. 61, n° 4, p. 615 à 618. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/civ387>

35. B. Caplin, D. Ashby, K. McCafferty, R. Hull, E. Asgari, M. L. Ford et coll. « Risk of COVID-19 disease, dialysis unit attributes, and infection control strategy among London in-center hemodialysis patients ». *Clin J Am Soc Nephrol*. 2021; vol 16, n° 8, p. 1237 à 1246. Disponible à : <https://doi.org/10.2215/cjn.03180321>
36. S. Park, R. Mistrick, D. Rim. « Performance of upper-room ultraviolet germicidal irradiation (UVGI) system in learning environments: effects of ventilation rate, UV fluence rate, and UV radiating volume ». *Sustain Cities Soc*. 2022; vol. 85, p. 104048. Disponible à : <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scs.2022.104048>
37. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Mesures intérimaires de prévention et de contrôle des infections en fonction des risques de transmission des virus respiratoires dans les établissements de soins de santé*, 1<sup>re</sup> édition [en ligne]. Toronto (Ont.) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [modifié le 30 nov. 2023, cité le 11 mars 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/1/2023/ipac-measures-transmission-risks-technical-brief.pdf>
38. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée*, 3<sup>e</sup> édition [en ligne]. Toronto (Ont.) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 11 mars 2024]. Disponible à : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?sc\\_lang=fr](https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?sc_lang=fr)

## Annexe A

Tableau 1 : Ovid MEDLINE(R) TOUS <de 1946 au 6 mars 2024>

#	Recherches
1	Rougeole/ ou virus de la rougeole/ ou (rougeole ou (virus edmonston adj3*) ou rubéole).mp.
2	Respirateurs N95/ ou (N95 ou N-95 ou N95s ou N-95s ou KN95 ou KN-95 ou KN95s ou KN-95).mp.
3	1 et 2
4	Rougeole/ ou virus de la rougeole/ ou (rougeole ou (virus edmonston adj3*) ou rubéole).kf,kw,ti. Masques/ ou appareils de protection respiratoire/ ou équipements de protection individuelle/ ou ((masque facial* ou masque* ou ((visage ou visages ou facial ou yeux ou bouche ou bouches ou nez ou nez) adj3 (protect* ou ÉPI ou cover* ou masque* ou respirateur*)) ou "protect respiratoire*" ou respirateur* ou « équipement de protection individuelle » ou ((protecteur/protectrice ou protection) adj3 (dispositif* ou équipement)) ou PPE).kf,kw,ti. à l'exclusion de medline.st.)
5	4 et 5
6	3 ou 6
7	limite 7 à année = « 2013-présent »
8	limite 8 à anglais
9	

# Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario).

*Recommandations provisoires pour les MCPI et le port d'ÉPI pour les soins aux personnes ayant la rougeole (suspectée ou confirmée).* Toronto (Ont.) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024.

ISBN : 978-1-4868-7937-3

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter [santepubliqueontario.ca](https://santepubliqueontario.ca).

©Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Ontario 