



## Vigie – Interventions

### Rage : services et outils à l'usage des professionnels de la santé

L'exposition significative d'un humain à un animal (domestique ou sauvage) suspect de rage a un impact sur la gestion et l'administration de prophylaxie post-exposition. Ainsi, chaque année, plus de 300 animaux sont analysés à la suite d'une exposition significative. Par ailleurs, au cours des derniers mois, un nouveau foyer d'infection de rage chez les rats-laveurs a été documenté dans l'État de New York, juste au sud de la MRC du Haut-Saint-Laurent, en Montérégie, et à quelques kilomètres de la frontière américaine. Au 20 mai 2015, 11 rats-laveurs et moutettes avaient été confirmés rabiques. Cette situation menace particulièrement la population du sud-ouest de la Montérégie, bien que les efforts de vaccination des animaux sauvages se poursuivent.

Dans ce contexte, il importe que les professionnels de la santé connaissent les services et outils à leur disposition au regard de l'évaluation du risque de rage à la suite d'une exposition à un animal. Voici donc les mises à jour les plus récentes pour les interventions en la matière.

**Changements dans l'offre de service de l'ACIA.** Depuis avril 2014, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) s'est retirée de certaines interventions reliées à la rage. Le laboratoire de l'ACIA maintient toutefois le service de diagnostic de la rage animale, qui demeure une maladie à déclaration obligatoire en vertu de la réglementation fédérale.

La gestion du dossier de la rage au Québec repose dorénavant sur une responsabilité partagée entre les médecins vétérinaires praticiens, le ministère des Forêts, de la Faune et des Parcs, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux.

**Outil d'aide à la décision.** Cet outil vise à soutenir les professionnels de la santé dans le processus de gestion d'une personne ayant été exposée (mordue, griffée, etc.) à un animal potentiellement rabique. L'outil a aussi été conçu pour guider de façon simple et efficace l'utilisateur dans l'application des consignes en fonction de chaque cas. Pour accéder à l'[outil](#).

**Formation en ligne.** Une formation en ligne est maintenant diffusée sur le site du Ministère. Cette formation d'une durée de 60 minutes vise à ce que les professionnels de la santé acquièrent les connaissances nécessaires à l'évaluation du risque de rage à la suite d'une exposition animale. Pour accéder à la [formation en ligne](#).

### Élimination de la rubéole

Le 29 avril dernier, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), une sous-division de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a déclaré la région des Amériques exempte de rubéole. Les Amériques sont ainsi devenues la première région du monde à obtenir le statut d'élimination de la rubéole. Après la poliomyélite en 1994, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC) constituent les maladies évitables par la vaccination à être éliminées des Amériques. La variole est quant à elle devenue, en 1971 et est toujours, la seule maladie évitable par la vaccination à obtenir le statut d'éradication.

Après examen des données épidémiologiques fournies par l'OPS et ses pays membres, le Comité international d'experts pour la rougeole et la rubéole mis sur pied par l'OMS a conclu qu'il n'y avait aucune preuve de transmission endémique de rubéole ou de SRC pour les cinq dernières années; l'exigence, pour déclarer la maladie éliminée sur un continent, étant de trois années consécutives sans transmission.

**Un effort panaméricain.** Ce succès est le fruit de quinze ans d'efforts de vaccination soutenue et extensive. De fait, après avoir introduit le vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons) dans leurs programmes d'immunisation nationaux, en 1994, les pays membres de l'OPS s'étaient donné l'objectif d'éliminer la rougeole avant l'année 2000 puis, en 2003, d'éliminer la rubéole avant 2010.

L'élimination de la rubéole est de toute évidence attribuable aux campagnes de vaccination massives entreprises à la fin des années 1990. Ainsi, entre 1998 et 2008, quelque 250 millions de personnes de 32 pays et territoires ont bénéficié du vaccin RRO. Ces efforts ont porté fruit : les derniers cas endémiques (acquis localement) de rubéole et de SRC dans les Amériques ont été rapportés en 2009. Depuis, seuls quelques cas importés continuent d'être déclarés, notamment au Canada, aux États-Unis et en Argentine, en raison de la circulation du virus dans d'autres parties du monde.

Avant la vaccination massive contre la rubéole, entre 16 000 et 20 000 enfants naissaient chaque année en Amérique latine et dans les Caraïbes avec un SRC. En 1997, plus de 158 000 cas de rubéole y ont été rapportés. Aux États-Unis, 20 000 enfants sont nés avec un SRC pendant la dernière épidémie majeure de rubéole, qui a eu lieu au cours de l'année 1964-1965.

**La maladie.** La rubéole est une maladie virale aiguë, en général bénigne, dont l'importance en santé publique est principalement due au potentiel tératogène du virus. Ce virus est un togavirus appartenant au genre Rubivirus. Le virus de la rubéole est un virus ARN ayant un sérotype unique et pour lequel l'humain est le seul hôte connu.

Les symptômes et signes cliniques associés à la rubéole sont peu spécifiques et ont peu de valeur pour poser un diagnostic. L'infection se manifeste le plus souvent sous la forme d'une éruption maculopapulaire généralisée. D'autres agents infectieux peuvent provoquer une éruption similaire, par exemple le virus de la rougeole, le parvovirus, les entérovirus et les adénovirus.

**Morbidité.** La rubéole est une infection généralement bénigne, sauf dans les cas de transmission à l'enfant à naître chez une femme non immune. L'infection du fœtus, au cours des 12 premières semaines de grossesse ainsi qu'au 2<sup>e</sup> trimestre, peut entraîner un syndrome de rubéole congénitale (SRC) qui peut provoquer de la surdité, des cataractes, des malformations cardiaques ou un retard mental.

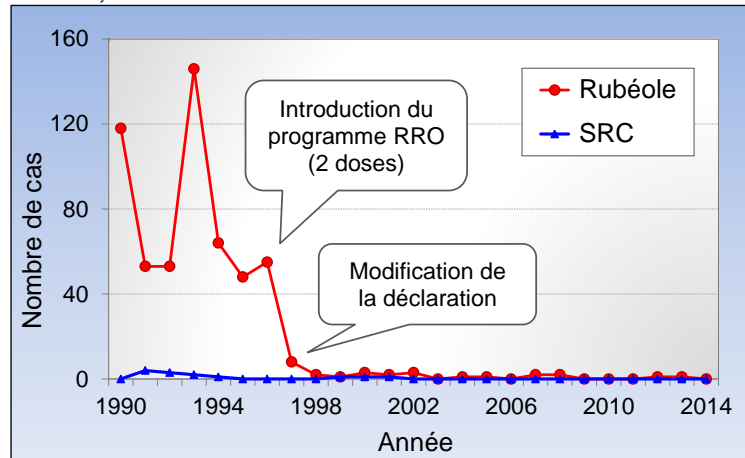
**Situation provinciale.** Au Québec, la vaccination a commencé en 1971, par l'administration d'une dose du vaccin vivant atténué contre la rubéole. Depuis 1976, c'est le vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) qui est administré. Afin d'éviter la circulation du virus et le risque de SRC, l'OMS recommande une couverture vaccinale minimale de 80 % pour une dose de vaccin.

Depuis 1996, étant donné que, d'une part, le calendrier vaccinal prévoit l'administration de deux doses du vaccin contre la rougeole et que, d'autre part, le vaccin contre la rougeole comprend la composante rubéole, les personnes reçoivent deux doses de vaccin contre la rubéole.

Entre 1990 et 1996, plus de 50 cas de rubéole étaient déclarés annuellement au fichier provincial MADO. En 1997, une importante réduction de l'incidence de la maladie est constatée. Cette baisse s'explique essentiellement par le changement apporté à la définition nosologique de la rubéole, laquelle comprenait jusqu'alors les cas cliniques. La catégorie « cas clinique » a été retirée et depuis lors, seuls les cas confirmés sont visés par la déclaration obligatoire.

Depuis 1998, l'incidence est négligeable, puisque de 0 à 3 cas sont rapportés annuellement (figure 1). Le dernier cas de rubéole déclaré date de 2013 et était d'acquisition extérieure (Afrique). Le dernier cas de SRC remonte à 2001.

**Figure 1**  
Nombre de cas de rubéole et de SRC déclarés  
Québec, 1990 à 2014



Source : Bureau de surveillance et de vigilance, à partir de la liste de cas produite à l'Infocentre (extraction du 21 mai 2015, 9 h).

**Confirmation d'un cas de rubéole.** Dans un contexte où la maladie est rare, un résultat positif d'IgM contre la rubéole doit être interprété avec prudence car les faux positifs sont relativement courants. Aussi, **en l'absence d'une immunisation récente, d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé ou d'une exposition lors d'un séjour dans un pays où la maladie circule**, la confirmation d'un cas repose sur l'une des deux conditions suivantes :

1. isolement du virus de la rubéole dans un échantillon clinique approprié (ex. : nasopharynx, gorge, urine) ou la détection d'acides nucléiques du virus;
2. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rubéole entre le sérum prélevé en phase aiguë et le sérum prélevé en phase de convalescence.

Pour connaître les autres critères permettant la confirmation d'un cas, consulter le [Guide des définitions nosologiques](#) du Québec.

**Situation au Canada.** La transmission endémique du virus de la rubéole a été éliminée depuis au moins 2005. Les cas importés, soit les cas acquis à la suite d'une exposition à l'extérieur du Canada, sont peu fréquents; le dernier cas rapporté remonte à 2014 et était associé à un séjour aux Philippines. L'Agence de la santé publique du Canada ne rapporte aucun cas depuis le début de

l'année 2015. La possibilité d'exposition à la maladie persiste néanmoins, compte tenu que le virus continue de se propager à l'échelle mondiale.

**Se prémunir contre la maladie.** Les personnes non protégées contre la rubéole (parce qu'elles ne sont pas vaccinées ou parce qu'elles n'ont jamais fait la maladie) présentent un risque de contracter la maladie. Le risque d'exposition est accru durant les voyages à l'étranger. S'assurer que son immunisation est à jour avant d'entreprendre un voyage, peu importe la destination, est donc le moyen le plus efficace d'éviter la maladie.

Pour plus d'information, consulter le *Guide d'intervention – La rubéole*<sup>1</sup>, révisé en avril 2015. Ce document est disponible à la Direction de santé publique de votre région.

- 
1. Perron, Lina. *Guide d'intervention - La rubéole*. Table de concertation nationale en maladies infectieuses, 2015, 59 p.

Pour plus d'information sur l'élimination de la rubéole des Amériques, consulter la [déclaration de l'OPS](#) (en anglais seulement).

#### Auteurs

Lina Perron et Patricia Hudson de la Direction de santé publique de la Montérégie; France Markowski de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS.

**Avec la collaboration** de Louise Valiquette, Danielle Auger, Colette Gaulin, Monique Landry, Bruno Turmel et Marlène Mercier de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS; et Marie-Josée Archetto de la Direction de santé publique de la Montérégie.

---

Le *FlashVigie* est un bulletin produit et diffusé le quatrième jeudi de chaque mois par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a pour but de rapporter les problématiques relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuient sur diverses sources de données et demandent la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski, à l'adresse : [france.markowski@msss.gouv.qc.ca](mailto:france.markowski@msss.gouv.qc.ca). Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/30bc6f2f39299a32852572720070cc98?OpenDocument>.

**NOTE :** Les données du fichier MADO reposent sur les déclarations faites aux directions régionales de santé publique et, de ce fait, l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration peut être sous-estimée.

---

