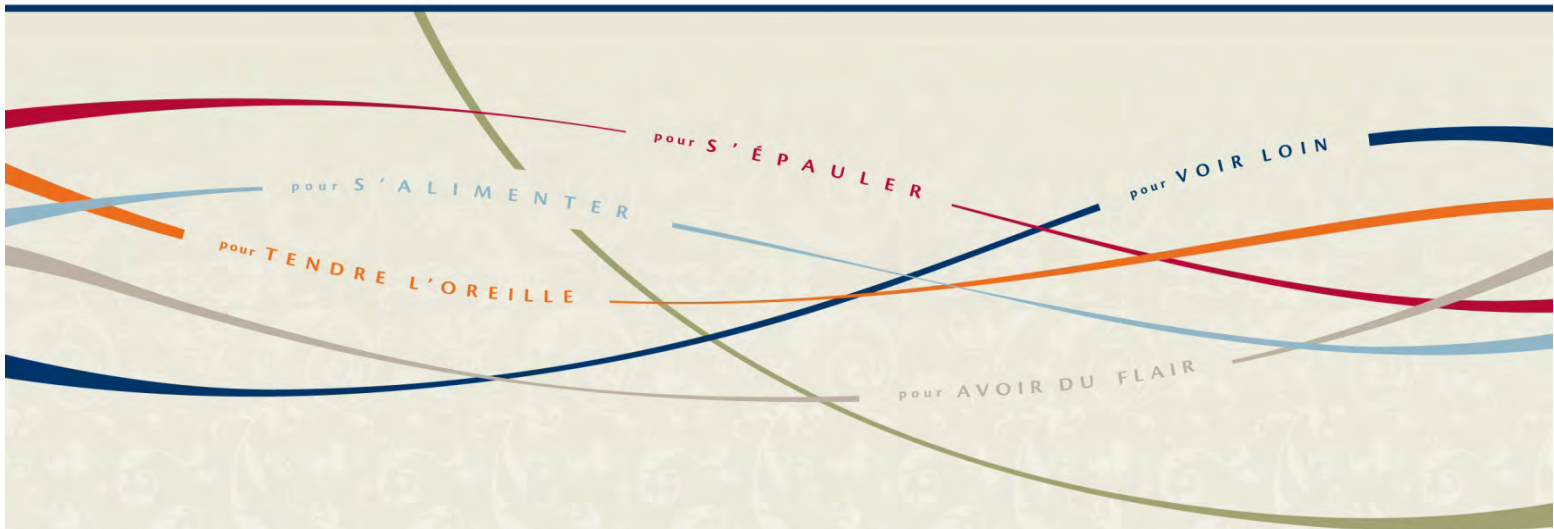





Bilan de l'épidémie de rougeole de 2011 en Mauricie et Centre-du-Québec



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec 

Le présent document a été publié en quantité limitée et est disponible sur le site internet de l'Agence à l'adresse suivante :

www.agencesss04.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Dépôt légal – Mai 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89340-264-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89340-265-9 (version pdf)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Bilan de l'épidémie de rougeole de 2011 en Mauricie et Centre-du-Québec :

Auteurs

- Nicholas Brousseau, médecin-conseil
- Johanne Ferland, coordonnatrice en maladies infectieuses
- Pierre Ferland, agent de planification, de programmation et de recherche
- Frédéric Lemay, technicien en recherche psychosociale
- Linda Milette, médecin-conseil

Collaborateurs

- Fernand Guillemette, médecin-conseil
- Jean-Claude Legault, infirmier-conseil
- Caroline Paquin, conseillère en promotion de la santé
- Danièle Samson, médecin-conseil

Mise en page

- Lise Lacommande, agente administrative

Direction de santé publique
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Mai 2012

Table des matières

Faits saillants.....	7
Introduction.....	9
1 Objectifs du bilan.....	11
2 Méthode utilisée.....	11
3 Bilan de l'épidémie de rougeole de 2011 en Mauricie et Centre-du-Québec.....	12
3.1 Définition de cas.....	12
3.2 Début de l'épidémie.....	13
3.3 Courbe épidémique globale.....	14
3.4 Caractéristiques des cas de rougeole.....	15
3.4.1 Territoires touchés.....	15
3.4.2 Lieux d'acquisition de la rougeole.....	17
3.4.3 Âge et sexe des cas de rougeole.....	18
3.4.4 Vaccination des cas de rougeole.....	19
3.5 Conséquences de l'infection.....	20
3.5.1 Hospitalisations et complications.....	20
3.5.2 Consultations médicales.....	21
3.5.3 Traitements préventifs (immunoglobulines et vaccin contre la rougeole).....	21
4 Bilan des interventions menées par le réseau de santé publique de la région.....	21
4.1 Palier régional.....	21
4.2 Palier local.....	22
5 Bilan des forces et faiblesses de la gestion de l'épidémie et pistes d'action proposées.....	24
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	29

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux CSSS de la région.....	31
Annexe 2 : Préparation à la rencontre de débriefing.....	41

Liste des figures et des tableaux

Figure 1 : Courbe épidémique dans la première école touchée en Mauricie et Centre-du-Québec, avril-mai 2011	14
Figure 2 : Courbe de l'épidémie de rougeole en Mauricie et Centre-du-Québec selon le type de cas, avril-août 2011	14
Figure 3 : Taux d'incidence (cas pour 1 000 personnes) de rougeole pour chaque CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011	15
Figure 4 : Taux d'incidence (cas pour 1 000 personnes) de rougeole pour différentes municipalités de la région Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011 (n = 538 cas).....	16
Figure 5 : Courbe de l'épidémie de rougeole en Mauricie et Centre-du-Québec pour les trois CSSSles plus touchés, avril-août 2011.....	17
Figure 6 : Courbe de l'épidémie de rougeole en Mauricie et Centre-du-Québec selon le lieu d'acquisition, avril-août 2011	18
Figure 7 : Taux d'incidence (cas pour 1 000 personnes) de rougeole selon le groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011	19
Tableau 1 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés pour chaque CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011	15
Tableau 2 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés en fonction du lieu d'acquisition, Mauricie-Centre-du-Québec, avril-août 2011	17
Tableau 3 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés selon le groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011	18
Tableau 4 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés selon le statut vaccinal, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011 (n = 518).....	20
Tableau 5 : Nombre de cas de rougeole hospitalisés et proportion en fonction de l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011 (n = 507).....	20

Faits saillants

- L'épidémie de rougeole qui a sévi au Québec en 2011 est la plus importante à survenir dans les Amériques depuis l'élimination de la maladie en 2002. La région Mauricie et Centre-du-Québec, avec 70 % des 764 cas déclarés, a été de loin la plus touchée.
- Dans la région, une éclosion de rougeole a débuté en avril 2011 avec un premier cas ayant acquis l'infection à l'étranger. Ce cas a donné naissance à d'autres cas dans une école située sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Drummond. Par la suite, une transmission étendue s'est produite et a résulté rapidement en une épidémie à l'échelle régionale, puis à l'échelle provinciale.
- Entre avril et août 2011, 538 cas de rougeole ont été rapportés à la Direction de santé publique de la Mauricie et Centre-du-Québec, dont 351 provenaient du CSSS Drummond (65 % des cas).
- Les élèves du niveau secondaire (12-17 ans) ont été davantage touchés avec plus de la moitié des cas.
- Environ sept personnes atteintes sur dix n'avaient reçu aucun vaccin contre la rougeole.
- Au total, 55 personnes atteintes de rougeole ont dû être hospitalisées (10 % des cas).
- Un traitement préventif (immunoglobulines ou vaccin contre la rougeole) a été administré à environ 200 personnes vulnérables exposées à un cas de rougeole.
- Des efforts importants ont été déployés par l'ensemble des acteurs de notre réseau de santé publique afin de contrer cette épidémie. À titre illustratif, au CSSS Drummond, le nombre de vaccins administrés a doublé entre avril et août 2011 en comparaison avec la moyenne des trois années précédentes (augmentation d'environ 1 000 doses).
- Des rencontres de débriefing ont permis de constater plusieurs bons coups effectués durant la gestion de l'épidémie. À titre d'exemple, l'Agence de santé et de services sociaux (ASSS) a informé régulièrement la population avec plus de 25 interventions devant les médias et a diffusé plusieurs capsules d'information aux professionnels de la santé. À l'échelle locale, la collaboration entre les différents acteurs impliqués (directions des CSSS, milieu scolaire, etc.) a été remarquée. De plus, l'élaboration d'un guide d'autosoins et l'interception des cas suspects dès leur arrivée dans un milieu de soins (prétriage) ont contribué à limiter la transmission de la rougeole.
- Des points à améliorer de même que des pistes d'action ont également été identifiés lors des rencontres de débriefing. Déjà, certaines propositions ont été transformées en actions concrètes. Par exemple, une demande a été faite par la région pour réviser les critères d'administration d'immunoglobulines aux contacts des cas de rougeole. Les critères ont été modifiés pour l'ensemble de la province et ils permettront de réduire le temps à investir pour la recherche de contacts vulnérables en milieu de soins.
- D'autres pistes d'action font actuellement l'objet de discussions et de travaux afin de les actualiser. Elles concernent notamment le partage des rôles et les mécanismes de communication entre l'ASSS et les différentes directions des CSSS lors de la survenue d'éclosions. Cette démarche aidera à répondre encore plus efficacement à une future épidémie de maladies infectieuses.

Introduction

L'épidémie de rougeole qui a sévi au Québec en 2011 est la plus importante à survenir dans les Amériques depuis l'élimination de la maladie en 2002. La région Mauricie et Centre-du-Québec (MCQ), avec 538 des 764 cas (70 %), a été de loin la plus touchée. Les élèves du niveau secondaire ont été particulièrement atteints. Cet événement a eu un impact énorme sur le réseau de santé publique de la région, que ce soit pour l'Agence de santé et de services sociaux (ASSS), les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou d'autres partenaires tels certaines écoles et Info-Santé.

La rougeole est une maladie virale très contagieuse qui se transmet surtout à l'hiver et au printemps (MSSS, 2011). Dans une population non immunisée, un cas de rougeole en engendre en moyenne 15 autres (Giesecke, 2002). Elle se manifeste d'abord par de la fièvre, de la fatigue, un écoulement nasal, une conjonctivite et une toux importante. Dans la semaine qui suit, une éruption (rash) apparaît au visage puis s'étend au corps, aux bras et aux jambes. En général, les personnes atteintes de rougeole sont assez malades et peuvent demeurer alitées pendant quelques jours (MSSS, 2011). Des complications comme l'encéphalite ou le décès peuvent survenir. Pour en stopper la transmission, on estime qu'au moins 95 % de la population doit être protégée contre la rougeole (MSSS, 2011).

L'épidémie de 2011 révèle qu'une proportion suffisante de la population québécoise est susceptible à la rougeole pour permettre une transmission du virus sur plusieurs mois. Une telle épidémie, qu'elle soit causée par la rougeole ou un autre agent pathogène, peut se produire à nouveau dans notre région. Il est donc essentiel d'apprendre de cet événement pour agir encore plus efficacement lors d'une prochaine épidémie. Le bilan qui suit, en plus de décrire l'épidémie de rougeole de 2011 à l'échelle régionale, vise justement à identifier les actions à répéter et celles à éviter si un autre événement du genre survenait.

Il convient déjà de souligner les efforts exceptionnels déployés par tous les acteurs de notre réseau de santé publique en MCQ, incluant le milieu scolaire. Il est essentiel de remercier tous ceux qui ont participé à la réponse à cette épidémie de rougeole. Une mobilisation hors du commun a été nécessaire pour arriver à intervenir efficacement auprès de plus de 500 cas de rougeole et auprès de milliers de contacts exposés. Il convient également de remercier tous ceux qui ont collaboré, à l'automne 2011, à la réalisation de ce bilan, en particulier les directeurs de santé publique des huit CSSS de la région. Cette participation démontre l'engagement des gens de notre réseau pour améliorer la santé de leur population et accroître constamment l'efficacité de nos actions.

1 Objectifs du bilan

L'objectif général du bilan et de la démarche associée est de présenter les répercussions de l'épidémie de rougeole survenue en Mauricie et Centre-du-Québec (MCQ) entre avril et août 2011. Plus spécifiquement, trois objectifs sont poursuivis et le bilan est divisé en fonction de ceux-ci :

- 1) Décrire les caractéristiques épidémiologiques de cet événement ;
- 2) Décrire les interventions menées par le réseau de santé publique de la région pour limiter les conséquences de l'épidémie ;
- 3) Déterminer les forces et les faiblesses dans la gestion de cet événement et recueillir des pistes d'action en prévision de futures épidémies.

2 Méthode utilisée

PREMIÈRE SECTION - Bilan épidémiologique

Les caractéristiques de l'épidémie ont été produites à partir des enquêtes menées auprès des cas de rougeole par la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec (DSP-MCQ). En vertu de la Loi sur la santé publique (Gouvernement du Québec, 2001), la rougeole est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) et doit être rapportée au directeur de santé publique. Les informations collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé ont été saisies dans un fichier « Access » spécifique à la rougeole. Des statistiques descriptives ont pu être produites à partir de ce fichier. Le terme « taux d'incidence » est utilisé dans le bilan, mais cette mesure correspond plus fidèlement à une incidence cumulée (proportion de la population atteinte pendant l'épidémie).

Par ailleurs, certains contacts vulnérables exposés à un cas de rougeole ont reçu des immunoglobulines humaines ou un vaccin à des fins préventives. Des informations démographiques ont été collectées et saisies pour ces contacts. Des statistiques descriptives ont pu être produites quant aux interventions préventives auprès de ces derniers.

Le bilan épidémiologique cherche à reproduire le plus fidèlement possible ce qui est survenu pendant l'épidémie de rougeole en MCQ. Il faut cependant nommer quelques limites à ces données. Premièrement, la DSP-MCQ est tributaire des déclarations faites par les professionnels de la santé et les laboratoires. Il est probable que certains cas de rougeole n'aient pas consulté un professionnel de la santé ou n'aient pas été déclarés par ces derniers. Le portrait actuel sous-estime donc l'importance de l'épidémie. De plus, des erreurs dans la collecte ou la saisie des informations sont toujours possibles. Des efforts soutenus ont cependant été faits pour que les informations sur les cas soient recueillies de la même manière selon l'enquêteur et qu'elles soient saisies avec justesse dans le fichier qui a servi à effectuer les analyses.

DEUXIÈME SECTION - Bilan des interventions menées par le réseau de santé publique de la région

Pour le palier régional, soit l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) dont fait partie la DSP-MCQ, un questionnaire écrit a été utilisé pour énumérer les interventions faites. Ce questionnaire visait à connaître les différentes actions menées par chaque région du Québec durant l'épidémie de rougeole. Il a été complété par plusieurs membres de l'équipe Maladies infectieuses dans le cadre d'une rencontre.

Pour le palier local, un questionnaire écrit a été rempli par chacun des huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région (annexe 1). Les questions étaient principalement ouvertes et traitaient des activités pouvant avoir été faites par les CSSS (mobilisation des ressources, surveillance de l'épidémie, activités de vaccination, mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins, autres activités).

TROISIÈME SECTION - Bilan des forces et faiblesses dans la gestion de l'épidémie et pistes d'action proposées

Trois types de rencontres ont permis de mieux identifier les forces et les faiblesses dans la gestion de l'épidémie et de recueillir des pistes d'action. Celles-ci ont été réalisées rapidement après la fin de l'éclosion. Pour chaque rencontre, les forces et les faiblesses étaient recueillies en fonction de différentes thématiques (qualité des mécanismes de communication, partage des rôles et responsabilités, fonctionnement des différentes actions de santé publique, etc.). La grille ayant permis de structurer les rencontres est présentée à l'annexe 2. Par la suite, des pistes d'action pour améliorer la gestion d'une future épidémie de maladies infectieuses étaient fournies par les participants :

- 1) Trois rencontres ont été menées à l'intérieur de la DSP-MCQ afin de réunir l'ensemble des personnes impliquées pendant l'épidémie. Les propos de 40 personnes ont été recueillis.
- 2) La DSP-MCQ a également rencontré deux tables de concertation de la région MCQ : la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) et la Table de concertation régionale en santé publique (TCRSP). La durée des rencontres était de 30 minutes.
- 3) Finalement, une rencontre a été menée par deux représentants de la DSP-MCQ avec chacun des quatre CSSS les plus touchés par l'épidémie de rougeole. Pour chaque CSSS, cinq à neuf personnes provenant de différentes équipes étaient présentes (infirmière en prévention des infections, infirmière de santé publique, représentant du bureau de santé, représentant du secteur de l'urgence, etc.) et les quatre rencontres ont duré 90 minutes.

Une analyse thématique des propos recueillis a été effectuée. Ceci a permis d'identifier, pour différents volets de la gestion de l'épidémie, les forces et faiblesses notées de même que des pistes d'action. Dans l'ensemble, la démarche décrite s'inspire d'une méthode éprouvée pour effectuer des rencontres de débriefing suite à une épidémie de maladies transmissibles (Dalton et al., 2009).

3 Bilan de l'épidémie de rougeole de 2011 en Mauricie et Centre-du-Québec

Les paragraphes qui suivent décrivent l'épidémie survenue dans la région MCQ entre avril et août 2011. La façon de présenter les données s'inspire d'une vigie sanitaire sur la rougeole faite à l'échelle provinciale (Markowski et Toth, 2012).

3.1 Définition de cas

Une définition nosologique est disponible pour la rougeole (Villeneuve et al., 2011). Le bilan actuel inclut les cas confirmés par laboratoire, les cas confirmés par lien épidémiologique et les cas cliniques. Voici, dans un format légèrement simplifié, les définitions utilisées pour cette infection :

Cas confirmé par laboratoire : Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente contre la rougeole :

1. Isolement ou détection d'acides nucléiques du virus de la rougeole d'un échantillon clinique approprié **ou**
2. Détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole **ou**
3. 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.

Cas confirmé par lien épidémiologique : Présence des trois symptômes suivants et lien épidémiologique :

1. Fièvre $\geq 38,3$ °C (101 °F) **et**
2. Toux ou coryza ou conjonctivite **et**
3. Éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

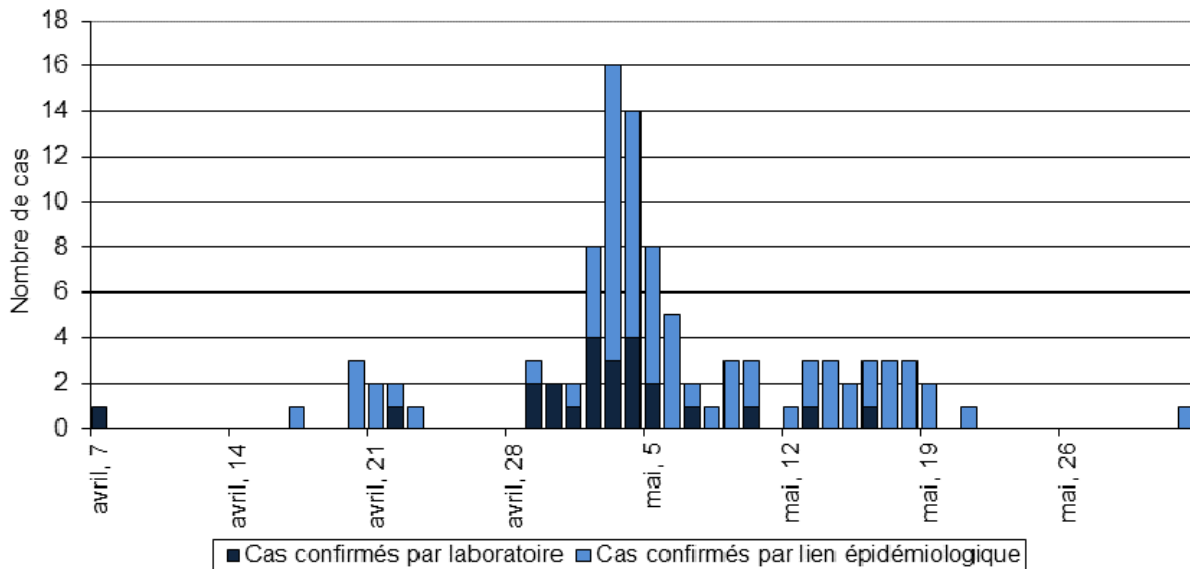
Cas clinique : Présence des trois symptômes ci-haut mentionnés, mais absence de lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

3.2 Début de l'épidémie

Entre janvier et mars 2011, 12 cas de rougeole ont été déclarés dans la province de Québec (Markowski et Toth, 2012). Il s'agissait surtout de cas sporadiques et la transmission était très limitée. En avril 2011, un cas de rougeole est survenu dans la région MCQ. L'acquisition la plus probable a été dans le cadre d'un voyage à l'étranger. Ce cas a donné naissance à d'autres cas dans une école située sur le territoire du CSSS Drummond. Par la suite, une transmission étendue s'est produite et a résulté rapidement en une épidémie à l'échelle régionale, puis à l'échelle provinciale.

La figure 1 décrit la transmission initiale survenue dans la première école touchée. Au total, 98 cas ont été identifiés dans cette école. Les vagues de cas sont espacées d'environ deux semaines, ce qui correspond à la période d'incubation de la rougeole. Suite à la vague du début mai, le nombre de cas dans l'école a diminué progressivement puisqu'il ne restait pas suffisamment de personnes susceptibles à la rougeole pour maintenir la transmission. Plus de quatre élèves non vaccinés sur cinq ont fait la rougeole dans cette école (De Serres et al., sous presse).

Figure 1 : Courbe épidémique dans la première école touchée en Mauricie et Centre-du-Québec, avril-mai 2011

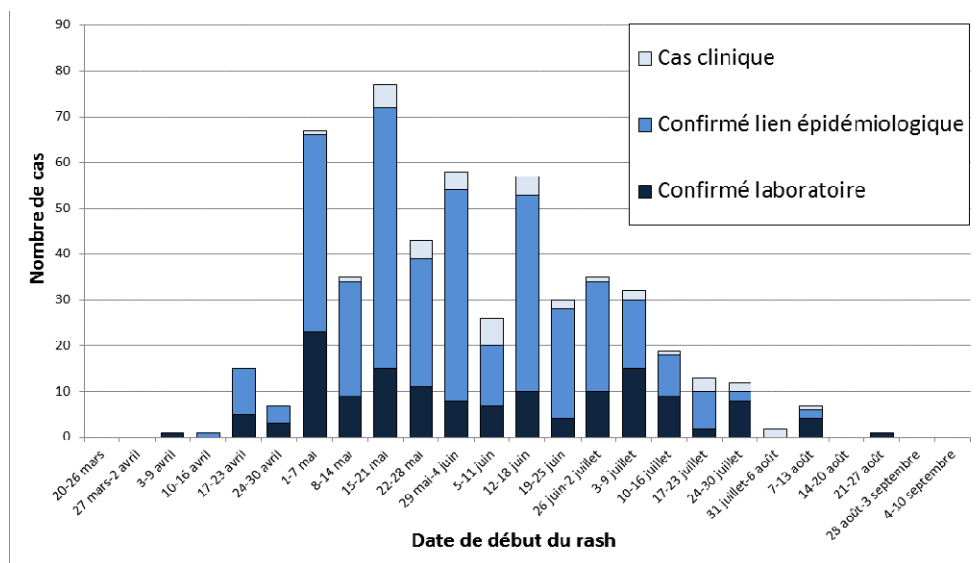


Source : De Serres, G., et al. (sous presse). Adapté avec permission de l'auteur.

3.3 Courbe épidémique globale

Entre avril et août 2011, 538 cas de rougeole ont été rapportés à la DSP-MCO (145 cas confirmés par laboratoire, 354 cas confirmés par lien épidémiologique et 39 cas cliniques). Deux cas supplémentaires sont possibles, mais il n'a pas été possible d'obtenir l'information nécessaire pour confirmer la présence de l'infection. Ces deux cas ont été exclus du bilan actuel. La figure 2 présente la courbe épidémique en fonction du type de cas. Après avoir débuté au mois d'avril, l'épidémie a connu son sommet dans la semaine du 15 mai avec 77 cas de rougeole. Le dernier cas est survenu le 24 août. Encore une fois, des vagues survenant à chaque période de deux semaines peuvent être notées.

Figure 2 : Courbe de l'épidémie de rougeole en Mauricie et Centre-du-Québec selon le type de cas, avril-août 2011



3.4 Caractéristiques des cas de rougeole

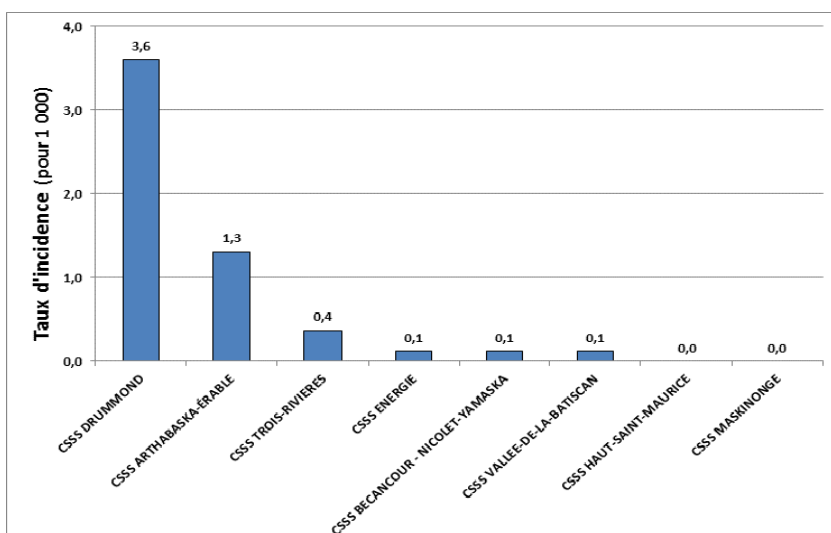
3.4.1 Territoires touchés

Certains territoires de la région ont été affectés davantage par l'épidémie. Le CSSS Drummond a été le plus touché avec 351 cas (65 %). Les CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de Trois-Rivières ont également rapporté plusieurs cas. Le tableau 1 et la figure 3 présentent le nombre de cas et le taux d'incidence (cas pour 1 000 personnes) de rougeole pour chaque CSSS de la région.

Tableau 1 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés pour chaque CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011

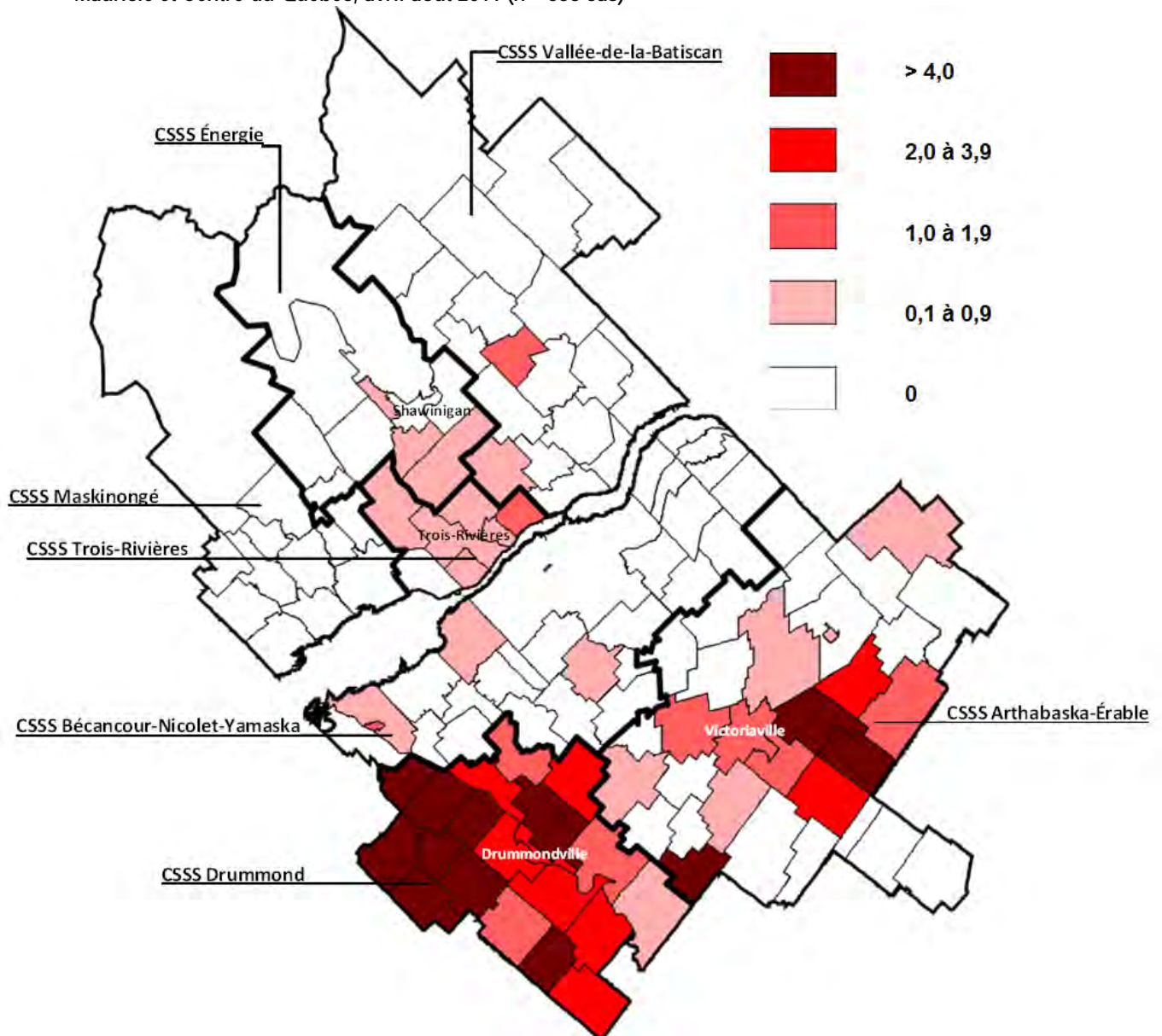
CSSS	Nombre de cas	%
CSSS DRUMMOND	351	65 %
CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	121	23 %
CLSC d'Arthabaska	113	
CLSC de l'Érable	8	
CSSS DE TROIS-RIVIERES	50	9 %
CLSC Trois-Rivières	13	
CLSC Cap-de-la-Madeleine	37	
CSSS DE L'ÉNERGIE	8	2 %
CSSS DE BECANCOUR-NICOLET-YAMASKA	5	1 %
CLSC Bécancour	0	
CLSC Nicolet-Yamaska	5	
CSSS DE LA VALLEE-DE-LA-BATISCAN	3	< 1 %
CLSC Ste-Geneviève de Batiscan	2	
CLSC St-Tite	1	
CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE	0	0 %
CSSS DE MASKINONGE	0	0 %
Total	538	100 %

Figure 3 : Taux d'incidence (cas pour 1 000 personnes) de rougeole pour chaque CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011



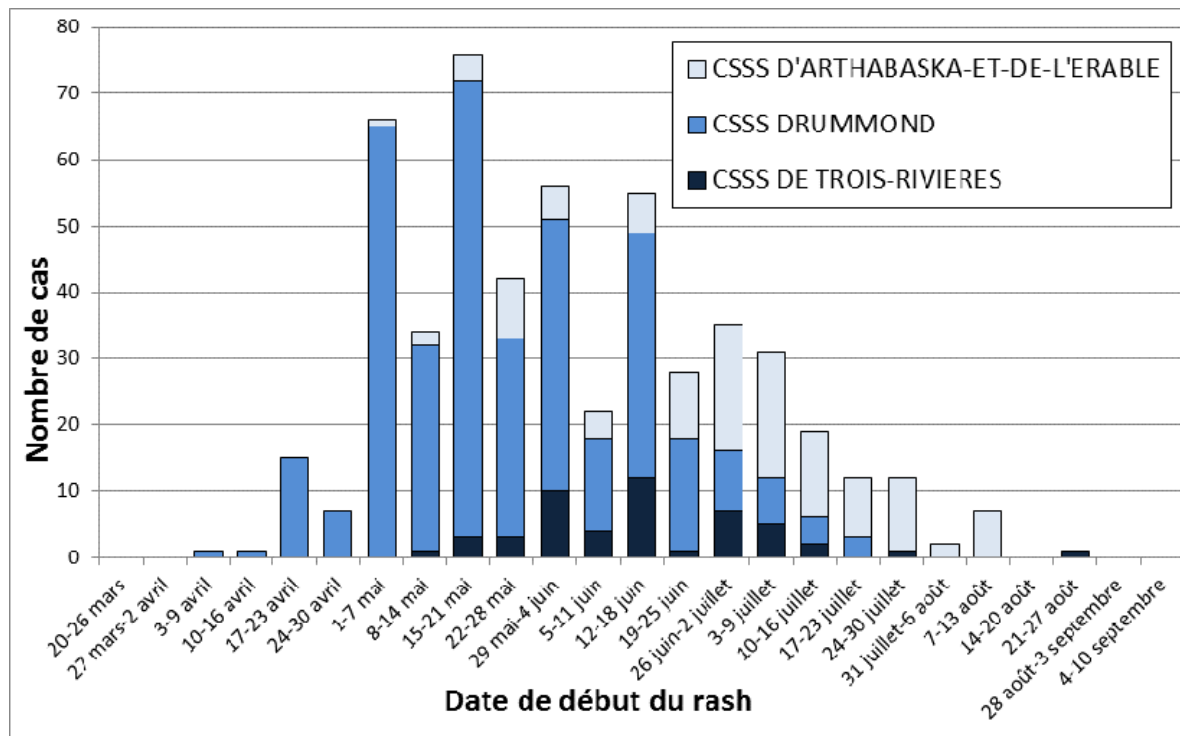
À l'intérieur même des CSSS, les différentes municipalités ont été touchées de façon différente. La carte qui suit (figure 4) décrit le taux d'incidence d'infection (cas par 1 000 personnes) pour les différentes municipalités de la région MCO (des sous-divisions ont été faites pour les municipalités les plus peuplées). Il est à noter que l'ensemble du territoire du CSSS Drummond a été affecté par cette épidémie, mais avec une intensité variable selon la municipalité.

Figure 4 : Taux d'incidence (cas pour 1 000 personnes) de rougeole pour différentes municipalités de la région Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011 (n = 538 cas)



Par ailleurs, l'épidémie ne s'est pas présentée au même moment pour les trois CSSS les plus touchés par la rougeole. L'épidémie a débuté brusquement en avril et en mai dans le CSSS Drummond. Le CSSS de Trois-Rivières a été principalement affecté au début de mois de juin et pour le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, le pic de l'épidémie est survenu au début de mois de juillet. La figure 5 décrit la courbe épidémique pour ces trois CSSS.

Figure 5 : Courbe de l'épidémie de rougeole en Mauricie et Centre-du-Québec pour les trois CSSS les plus touchés, avril-août 2011



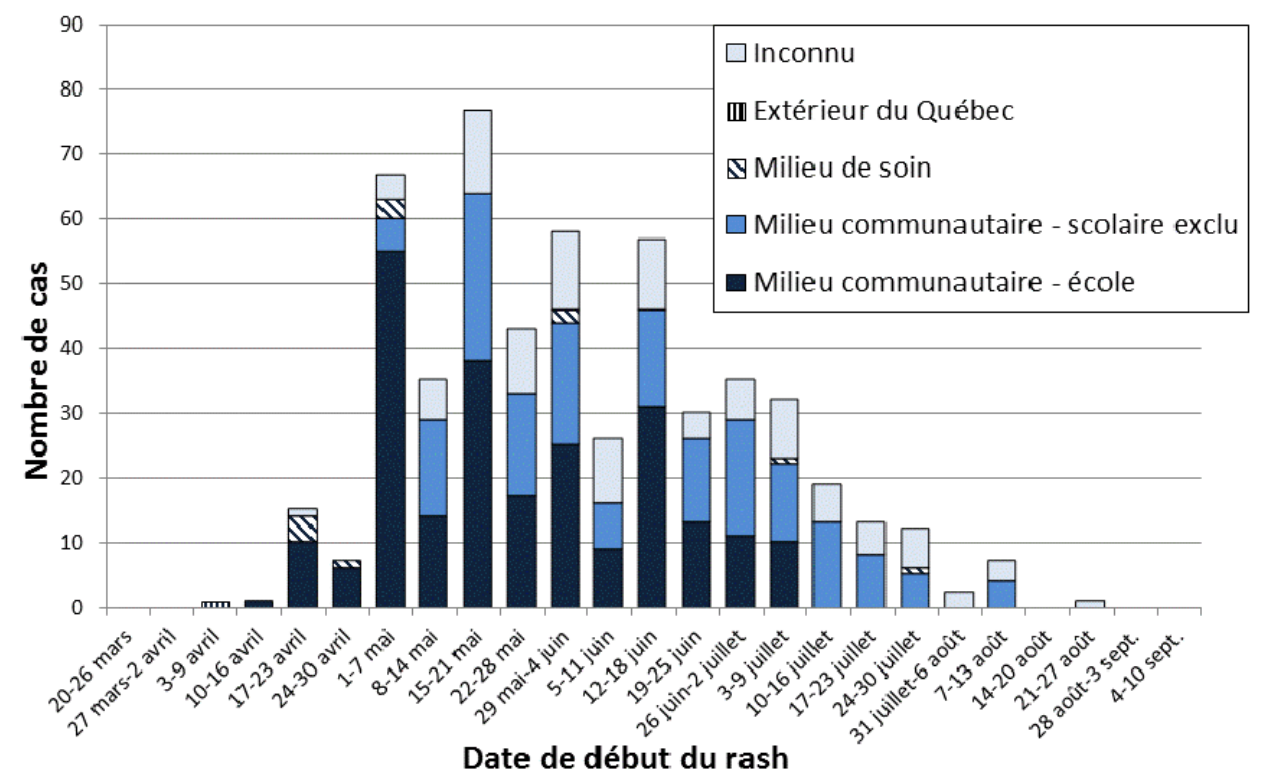
3.4.2 Lieux d'acquisition de la rougeole

Le tableau 2 présente les lieux d'acquisition les plus communs pour les cas de rougeole. Le milieu scolaire a été le lieu d'acquisition le plus fréquent (45 %). Le milieu de soins a été la source d'infection rapportée pour 12 personnes (travailleurs de la santé ou patients) et ceci est principalement survenu au début de l'épidémie. Au moins six employés de milieux de soins de la région ont été infectés par le virus. Par ailleurs, la figure 6 présente l'évolution des lieux d'acquisition tout au long de l'épidémie. Après un premier cas infecté par la rougeole à l'étranger, la transmission s'est rapidement faite en milieu scolaire. La transmission en milieu familial et dans d'autres milieux communautaires est survenue quelques semaines plus tard, puis a persisté jusqu'à la fin de l'épidémie.

Tableau 2 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés en fonction du lieu d'acquisition, Mauricie-Centre-du-Québec, avril-août 2011

Lieu d'acquisition	Nombre de cas	%
Acquis à l'extérieur du Québec	1	< 1 %
Acquis en milieu communautaire		
École	240	45 %
Parenté ou ami	135	25 %
Service de garde	14	3 %
Autre	27	5 %
Acquis en milieu de soins	12	2 %
Inconnu	109	20 %
Total	538	100 %

Figure 6 : Courbe de l'épidémie de rougeole en Mauricie et Centre-du-Québec selon le lieu d'acquisition, avril-août 2011



3.4.3 Âge et sexe des cas de rougeole

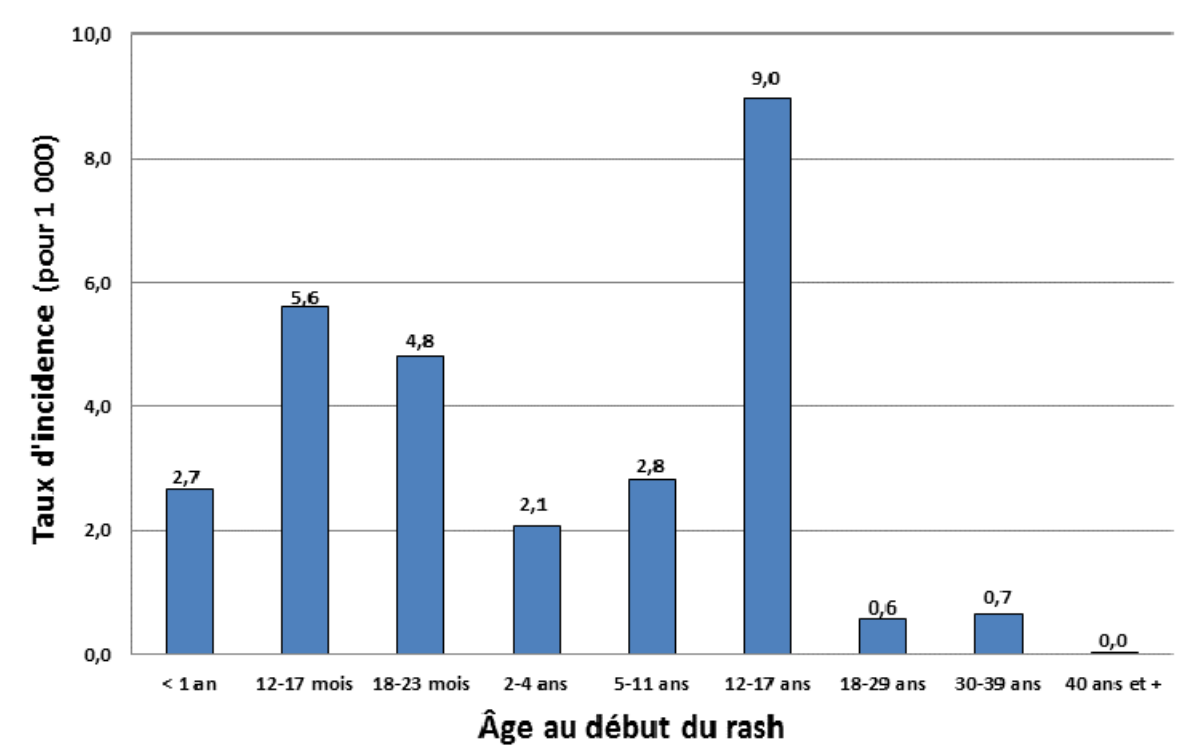
Dans la région, 56 % des personnes touchées étaient des hommes et 44 %, des femmes. Le tableau 3 décrit le nombre de cas pour divers groupes d'âge. On remarque que plus de la moitié des cas étaient âgés entre 12 et 17 ans. Les 5-11 ans ont aussi représenté une proportion importante des cas (17 %). Les écoles abritant une grande densité de personnes, la transmission du virus de la rougeole, extrêmement contagieux, s'en trouve facilitée.

Tableau 3 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés selon le groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011

Groupe d'âge	Nombre de cas	%
< 1 an	13	2 %
12-17 mois	14	3 %
18-23 mois	12	2 %
2-4 ans	31	6 %
5-11 ans	89	17 %
12-17 ans	291	54 %
18-29 ans	42	8 %
30-39 ans	39	7 %
40 ans et +	7	1 %
Total	538	100 %

La figure 7 présente, pour ces mêmes groupes d'âge, le taux d'incidence d'infection (cas pour 1 000 personnes). On remarque que le taux d'infection chez les enfants de 12-23 mois et ceux de moins de 12 mois était élevé. L'explication principale est que les enfants de moins de 12 mois sont trop jeunes pour recevoir le vaccin et les 12-23 mois n'ont souvent pas encore reçu les deux doses requises (le calendrier vaccinal comprend deux doses pour la rougeole, une prévue à 12 mois et l'autre prévue à 18 mois). Ces enfants sont aussi fréquemment exposés lorsqu'un cas du milieu scolaire revient dans son milieu familial et peuvent être infectés suite à l'introduction du virus dans un milieu de garde.

Figure 7 : Taux d'incidence (cas pour 1 000 personnes) de rougeole selon le groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011



3.4.4 Vaccination des cas de rougeole

Pendant l'épidémie, la majorité des cas de rougeole (69 %) n'était pas vaccinée contre l'infection (tableau 4). Le pourcentage de cas adéquatement vaccinés était pour sa part de 23 %. Dans toute épidémie d'une maladie évitable par la vaccination, une certaine proportion des malades est vaccinée. Il est important de mentionner que les personnes vaccinées avaient un risque 20 fois plus faible que les non vaccinées de faire la maladie (De Serres et al., sous presse). Par contre, le vaccin contre la rougeole, comme tout autre vaccin, ne peut offrir une protection parfaite contre l'infection.

Tableau 4 : Nombre de cas de rougeole et proportion des cas déclarés selon le statut vaccinal, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011 (n = 518¹)

Catégorie	Nombre de cas	%
VACCINÉS		
Complet avec preuve	118	23 %
Incomplet avec preuve	21	4 %
Vacciné sans preuve	23	4 %
Total vaccinés	162	31 %
NON VACCINÉS		
Non	337	65 %
Inconnu du sujet	19	4 %
Total non vaccinés	356	69 %
Grand total	518	100 %

¹ Les bébés de moins de 12 mois et les cas nés avant 1970 ont été exclus du tableau puisque le vaccin contre la rougeole n'est pas indiqué chez ces derniers.

3.5 Conséquences de l'infection

3.5.1 Hospitalisations et complications

Au total, 50 cas de la région ont été hospitalisés suite à leur infection, soit 10 % des cas (tableau 5). Par rapport au nombre total de cas rapportés pour chaque groupe d'âge, les jeunes enfants et les adultes étaient plus fréquemment hospitalisés que les enfants d'âge scolaire.

Tableau 5 : Nombre de cas de rougeole hospitalisés et proportion en fonction de l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, avril-août 2011 (n = 507¹)

Groupe d'âge	Nombre de cas hospitalisés	Nombre total de cas	% de cas hospitalisés pour chaque groupe d'âge
< 1 an	1	10	9 %
1-4 ans	8	49	14 %
5-17 ans	27	332	8 %
18-39 ans	12	62	16 %
40 ans et +	2	4	33 %
Total	50	457	10 %

¹ L'information sur l'hospitalisation était inconnue pour 31 cas de rougeole

Au total, des complications de l'infection ont été rapportées chez 44 cas. Ces complications sont principalement survenues chez des cas hospitalisés, mais ont pu également être observées chez des patients traités en externe. Treize pneumonies ont été rapportées. D'autres types de complications respiratoires (dyspnée, bronchite ou difficultés respiratoires) ont été décrites chez 11 personnes. Le reste des complications rapportées regroupe plusieurs problèmes de santé dont une mastoïdite et deux hépatites. Aucun décès n'a été noté pendant l'épidémie.

3.5.2 Consultations médicales

Au total, 337 des 538 cas de rougeole ont consulté un médecin (63 %). Dans environ 85 % de ces situations, les mesures de prévention appliquées ont été suffisantes pour empêcher la possibilité d'une transmission du virus à l'intérieur du milieu de soins. La seule façon d'empêcher adéquatement la transmission de la rougeole en milieu de soins est d'intercepter rapidement le cas suspect à son arrivée et de l'isoler immédiatement dans une pièce fermée (idéalement avec une pression négative).

3.5.3 Traitements préventifs (immunoglobulines et vaccin contre la rougeole)

Pour certains groupes plus vulnérables au virus de la rougeole (bébés de moins d'un an, femmes enceintes non adéquatement protégées et personnes immunosupprimées), il est indiqué d'administrer des immunoglobulines ou un vaccin suite à l'exposition avec un cas de rougeole. Ceci permet de prévenir une infection subséquente dans environ la moitié des cas (MSSS, 2009). Pendant l'épidémie survenue en MCQ, un tel traitement préventif a été rapporté pour 201 personnes. Au total, 114 personnes immunosupprimées, 65 bébés de moins d'un an et 21 femmes enceintes ont reçu des immunoglobulines ou un vaccin suite à un contact à risque.

Selon les données rapportées, deux cas sont survenus chez des personnes ayant eu des immunoglobulines suite à un contact à risque. Ce faible nombre de cas peut s'expliquer par l'efficacité des immunoglobulines pour prévenir la maladie, mais aussi parce que les personnes identifiées pour l'administration du traitement préventif ont parfois eu un contact relativement peu étroit avec le cas de rougeole. De plus, les personnes immunosupprimées et nées avant 1970 ont conservé un certain degré d'immunité face au virus. Suite à l'épidémie, les critères pour l'administration d'immunoglobulines aux personnes immunosupprimées nées avant 1970 ont d'ailleurs été resserrés (CIQ, 2011).

4 Bilan des interventions menées par le réseau de santé publique de la région

Le réseau de santé publique en MCQ s'est grandement mobilisé pour faire face à l'épidémie de rougeole. Les actions réalisées par le palier régional et le palier local seront successivement décrites.

4.1 Palier régional

Mobilisation des ressources

Pendant l'épidémie, en soutien à l'équipe Maladies infectieuses, des ressources de plusieurs directions de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) ont été mobilisées (infirmières et agentes administratives), de même que des ressources extérieures à l'ASSS (infirmières retraitées). Le nombre de personnes de garde le soir et la fin de semaine a été rehaussé jusqu'à être doublé dans la période la plus intense de l'épidémie. La fréquence des rencontres d'équipe s'est également accrue pour s'effectuer, pendant une certaine période, sur une base quotidienne.

Communications

Plus de 25 interventions ont été faites auprès de différents médias afin de faire connaître la situation et émettre des recommandations de santé publique à la population. Certaines de ces interventions se sont faites en collaboration avec le CSSS Drummond. Dix capsules d'information sur la rougeole ont été distribuées à différents professionnels de la santé. Des lettres d'information sur l'épidémie de rougeole ont été envoyées dans différents milieux (écoles, milieux de garde, camps de jour, etc.). Finalement, plusieurs informations ont été rendues disponibles sur le site Web de l'ASSS et un vidéo a été réalisé pour inciter les adolescents à se faire vacciner et à respecter certaines consignes s'ils développaient la rougeole.

Outils développés

Plusieurs outils sur la rougeole ont été produits, souvent en partenariat avec des ressources de CSSS, pour soutenir la réponse à l'épidémie (certificat médical, document précisant les rôles et responsabilités de l'ASSS et les CSSS, etc.). Deux outils ont contribué à diminuer les consultations non requises à l'urgence et à limiter la propagation du virus en milieu de soins : le premier est un guide d'autosoins développé par le CSSS Drummond (outil diffusé à l'échelle régionale) et le deuxième est un algorithme destiné à Info-Santé et produit par l'ASSS.

Surveillance des cas

La surveillance de la maladie a été rehaussée, notamment par la déclaration de cas suspects de la part d'Info-Santé et des infirmières scolaires. L'utilisation d'un formulaire de déclaration adapté dans les établissements de soins a aussi été aidante. Un système de surveillance des cas de rougeole a été développé et les données de surveillance épidémiologique ont été diffusées hebdomadairement à différents partenaires, dont les CSSS de la région. Ces données ont de plus été rendues disponibles sur le site Web de l'ASSS.

Interventions de santé publique

L'équipe régionale est intervenue auprès de plus de 600 cas suspects de rougeole et auprès d'un nombre encore plus élevé de contacts. En collaboration avec les CSSS, les recommandations pertinentes ont été émises (isolement du cas, mise à jour de la vaccination pour le cas et l'entourage, etc.) et les interventions nécessaires ont été faites (recherche des contacts vulnérables pour l'administration d'un traitement préventif, intervention auprès de femmes enceintes en milieu de travail, envoi d'information aux milieux touchés par une éclosion, etc.). Finalement l'équipe régionale a offert son support pour définir les mesures de prévention des infections nécessaires en milieu de soins.

4.2 Palier local

Mobilisation des ressources

Les CSSS se sont grandement mobilisés durant toute la période de l'épidémie, avec une intensité qui variait en fonction du nombre de cas rapportés. Dans tous les CSSS, un système de garde avec

disponibilité élargie (8 h -20 h) a été mis en place pour l'administration rapide d'un traitement préventif chez des personnes vulnérables exposées à un cas de rougeole. L'organisation précise de la garde différait selon le CSSS, en fonction des réalités locales. Les CSSS les plus touchés ont créé un comité réunissant les équipes impliquées dans la gestion de l'épidémie (infirmière en prévention des infections, infirmière de santé publique, professionnel de l'urgence, etc.). Quelques CSSS ont mobilisé des infirmières de différentes équipes pour réaliser les interventions de santé publique. Finalement, un microbiologiste-infectiologue s'est rendu disponible pour conseiller les CSSS et l'ASSS, par exemple lorsqu'il fallait définir le degré d'immunosuppression d'une personne exposée à un cas de rougeole.

Communications

Les CSSS les plus touchés ont fait des interventions auprès des médias. Plusieurs ont présenté les informations pertinentes sur la rougeole sur leur site Web. Quelques CSSS ont également dédié une ligne téléphonique à l'épidémie de rougeole. Des lettres d'information ont aussi été distribuées dans plusieurs milieux à risque, par exemple des écoles.

Vaccination

Pendant l'épidémie, plusieurs CSSS ont augmenté l'accès à la vaccination contre la rougeole. Certains ont ajouté des plages horaires, parfois de soir, et d'autres ont priorisé les demandes de vaccination contre cette infection. Parmi les écoles touchées par la rougeole, plusieurs ont été visitées par les CSSS concernés afin d'offrir sur place la vaccination aux élèves non protégés. Dans les territoires les plus touchés, des écoles ont été visitées avant même qu'un cas de rougeole ne survienne dans le milieu. Un CSSS a aussi vérifié le statut vaccinal de l'ensemble des élèves au primaire ou au secondaire. En tout, cinq CSSS se sont rendus dans des écoles pour offrir la vaccination et 550 doses ont été administrées (plus de 75 % des doses ont été données dans le CSSS Drummond). Par ailleurs, dans quelques milieux de soins, le statut vaccinal des travailleurs a été révisé, en particulier pour les secteurs recevant beaucoup de clientèles vulnérables. Au total, la vaccination de 77 travailleurs en milieu de soins a été rapportée.

Le nombre de vaccins donnés contre la rougeole a augmenté pendant l'épidémie. Par exemple, dans le CSSS Drummond, le nombre de vaccins administrés a doublé entre avril et août 2011 en comparaison avec la moyenne des trois années précédentes (augmentation d'environ 1 000 doses).

Interventions de santé publique

Les CSSS ont participé activement aux enquêtes épidémiologiques des cas de rougeole. Lorsqu'un cas générait des contacts en milieu de soins, les CSSS identifiaient les personnes exposées et déterminaient celles qui étaient plus vulnérables à la rougeole. Plusieurs centaines de lettres ont été envoyées pour informer les personnes exposées à la rougeole en milieu de soins. Les CSSS ont également fourni beaucoup d'information sur le statut vaccinal des cas de rougeole et de leurs contacts.

Les CSSS ont mené les interventions préventives auprès des personnes vulnérables exposées à un cas (201 personnes). Cette intervention s'est faite principalement en CLSC, mais pouvait parfois être réalisée à l'urgence.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Une mesure importante mise de l'avant par les CSSS les plus touchés a été l'interception des cas suspects dès leur arrivée dans un milieu de soins, par exemple à l'urgence (prétriage). Cette mesure visait à isoler rapidement les cas suspects et éviter la transmission du virus dans l'établissement. Des salles d'isolement pour la rougeole ont d'ailleurs été identifiées pour la majorité des CSSS. Le CSSS Drummond a de plus aménagé une salle d'isolement pour les cas suspects se présentant à l'urgence.

Les CSSS ont par ailleurs diffusé de l'information aux professionnels de la santé pour favoriser une prise en charge adéquate des cas et le respect des mesures de prévention des infections. Des outils ont été développés à cet effet (affiches, communiqués, guides, algorithmes et aide-mémoire). Finalement, un CSSS a établi des liens avec des cliniques médicales pour favoriser le respect des mesures de prévention de la transmission de la rougeole.

5 Bilan des forces et faiblesses de la gestion de l'épidémie et pistes d'action proposées

Le tableau qui suit résume les débriefings tenus après l'épidémie de rougeole. Les points forts, les points faibles et les pistes d'action en rapport avec la gestion de l'épidémie de rougeole sont présentés. Ils concernent principalement les interactions entre l'ASSS et les différents CSSS. Lors d'une prochaine épidémie, la consultation de ce tableau sera profitable pour garder en tête les actions à favoriser et à éviter.

Chaque piste d'action a été discutée en équipe pour évaluer si des travaux ou un suivi étaient nécessaires. Une personne responsable a été nommée pour les pistes d'action qui doivent faire l'objet d'un suivi. Par exemple, des travaux sont en cours pour préciser les rôles respectifs de l'ASSS et des CSSS lors de la prise en charge des patients ayant eu un contact infectieux à risque en milieu de soins, mais qui sont par la suite retournés dans la communauté. Des discussions sur les mécanismes de communication entre l'ASSS et les CSSS en période d'épidémie sont également en cours.

Déjà, certaines pistes d'action proposées ont été transformées en actions concrètes. Par exemple, suite aux rencontres de débriefing, une demande a été faite pour réviser les critères d'administration d'immunoglobulines aux contacts immunosupprimés. Les critères ont été modifiés pour l'ensemble de la province suite à cette demande (CIQ, 2011).

ACTIVITÉS DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (propos provenant surtout de la DSP)

POINTS FORTS

- Présence importante devant les médias
- Capsules d'information aux professionnels de la santé appréciées
- Plusieurs outils appréciés (Rôles et responsabilités, guide sur l'immunosuppression, certificat médical, etc.)

POINTS FAIBLES

- Outils régionaux rendus disponibles trop tard

PISTES D'ACTION PROPOSÉES PAR LES PARTICIPANTS

- Maintenir une présence importante devant les médias et même l'accroître
- Maintenir un système de garde pour la réponse aux médias
- Diffuser des capsules d'information régulièrement et les concevoir aussi brèves que possible

ORGANISATION DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (propos provenant surtout de la DSP)

POINTS FORTS

- Efforts soutenus de toute l'équipe
- Mobilisation de ressources externes (inf. retraitées)
- Recueil papier de tous les documents sur la rougeole pour consultation rapide
- Système informatique de surveillance des cas très performants

POINTS FAIBLES

- Rencontres d'équipe parfois trop longues
- Pas de personne libérée complètement pour s'occuper du contenu scientifique
- Pas de lieu physique commun avec tous les professionnels
- Peu de mobilisation des autres directions de l'ASSS
- Délai important pour la mise en place du système informatique de surveillance des cas
- Questionnaires papier peu conviviaux
- Plusieurs demandes similaires faites aux CSSS pour l'obtention de données sur la vaccination de la population

PISTES D'ACTION PROPOSÉES PAR LES PARTICIPANTS

- Garder du temps protégé pour le volet « scientifique » (consultation de la littérature, harmonisation des pratiques, etc.) et pour le volet « gestion » (coordination d'équipe, etc.)
- Améliorer l'aménagement d'un local près de l'équipe MI pour faciliter le travail d'équipe en situation d'urgence
- Mobiliser de façon plus importante et précoce certains membres du Comité de planification interne des mesures d'urgence (COPIN)
- Assurer le développement plus rapide d'un système informatique de surveillance des cas
- Avoir des formulaires électroniques disponibles (format Access) pour certaines MADO

QUALITÉ DE LA COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS DU RÉSEAU (propos provenant de la DSP et des CSSS)

POINTS FORTS

- Bonne circulation de l'information, conférences téléphoniques appréciées par les CSSS
- Rapports hebdomadaires de surveillance appréciés
- Arrimage avec Info-Santé et les commissions scolaires des territoires touchés
- Information écrite aux CSSS lorsque leur implication était nécessaire pour l'enquête d'un cas de rougeole

POINTS FAIBLES

- Dans les communications au réseau, certains messages ont été perçus comme culpabilisants par des CSSS
- Ambiguïté parfois présente dans les messages de l'ASSS (difficile de savoir si c'était une recommandation ou une obligation)
- Cliniques médicales moins rejointes par les communications
- Délai avant que les CSSS aient de l'information sur certains milieux où la rougeole circulait
- Il était parfois difficile pour la DSP de déterminer les directions du CSSS concernées par l'épidémie et de les informer adéquatement

PISTES D'ACTION PROPOSÉES PAR LES PARTICIPANTS

- Favoriser la participation de certains intervenants terrain des CSSS aux conférences téléphoniques avec l'ASSS
- Assurer la présence de l'ASSS « sur le terrain » lorsque nécessaire (ex. : participation à l'évaluation de l'aménagement de l'urgence pour prévenir la transmission de la rougeole)
- Informer systématiquement les CSSS des situations où ils seront potentiellement impliqués (ex. : noter dans le questionnaire d'enquête qu'il faut aviser le CSSS quand un milieu est touché par la rougeole)
- Utiliser les mécanismes existants pour informer les directeurs d'un CSSS
- Pour une enquête en collaboration avec un CSSS, transmettre les informations sur le cas par écrit
- Impliquer une ressource pour rejoindre proactivement les cliniques médicales (ex. : infirmière en pratiques cliniques préventives)

QUALITÉ DE LA COLLABORATION ET PARTAGE DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS (propos provenant surtout des CSSS)

POINTS FORTS

- Facilité de rejoindre l'ASSS, très bon support donné
- Collaboration exceptionnelle des CSSS
- Soutien des microbiologistes-infectiologues important et apprécié
- Belle collaboration des CSSS à l'interne (CLSC, urgence, PCI et milieu scolaire) et mobilisation d'un « COPIN adapté »

POINTS FAIBLES

- Changement de fonctionnement pour la prise en charge des contacts exposés à un cas en milieu de soins, ce qui a augmenté la charge de travail pour certains CSSS
- Rôles respectifs des IPCI, de la santé publique locale, de la santé publique régionale et des microbiologistes-infectiologues pas suffisamment clairs
- ASSS a parfois eu de la difficulté à s'adapter aux contraintes et réalités des CSSS (ex. : difficultés à prolonger l'horaire de garde)
- CSSS ont manqué de ressources : ils ont dû délaissier d'autres activités (ex. : suivi des cas de *C. difficile*)
- Implication tardive du bureau de santé de certains CSSS
- Délai avant que les CSSS connaissent le financement qu'ils auront pour mettre en place des mesures supplémentaires

PISTES D'ACTION PROPOSÉES PAR LES PARTICIPANTS

- Préciser le partage des rôles et responsabilités (santé publique locale, santé publique régionale, IPCI et microbiologistes-infectiologues) pour la prise en charge des patients ayant eu un contact infectieux à risque en milieu de soins, mais qui sont retournés dans la communauté
- Fournir un « SWAT team » aux CSSS pour qu'ils puissent bénéficier de plus de ressources humaines pendant une épidémie
- Diffuser le plus tôt possible si un budget sera disponible pour que les CSSS puissent mettre en place des mesures supplémentaires pendant l'épidémie

QUALITÉ DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES CAS DE ROUGEOLE ET DE LEURS CONTACTS (propos provenant surtout des CSSS)

POINTS FORTS

- Triage immédiat des patients se présentant dans certaines urgences (prétriage)
- Administration des immunoglobulines humaines (pour contacts vulnérables) hors des urgences

POINTS FAIBLES

- Manque de locaux d'isolement dans les CSSS les plus touchés
- Variabilité dans certaines interventions de santé publique en fonction de la personne responsable à l'ASSS
- Difficulté de connaître rapidement le statut vaccinal des travailleurs de la santé (impossibilité de consulter le fichier vaccinal électronique sans leur consentement)
- Pas de logiciel informatique pour soutenir la recherche des contacts vulnérables exposés en milieu de soins
- Intervention de vaccination tardive dans certaines écoles

PISTES D'ACTION PROPOSÉES PAR LES PARTICIPANTS

- Revoir les critères pour l'administration des immunoglobulines aux personnes vulnérables exposées à un cas de rougeole
- Pour les bureaux de santé des établissements de soins, détenir un registre sur le statut vaccinal des travailleurs

Conclusion

L'épidémie de rougeole vécue en Mauricie et Centre-du-Québec en 2011 a été si importante qu'il était essentiel de bien comprendre son impact pour la population et pour notre réseau de santé publique. Le bilan a permis de constater que cet événement a eu un impact significatif sur la population et qu'avec 65 % des 538 cas rapportés dans la région, le CSSS Drummond a été extrêmement touché. Le bilan a également permis de réaliser les efforts immenses qui ont été déployés par l'ensemble des acteurs de notre réseau régional de santé publique. La réponse à cet événement a été un défi important et a aussi représenté une occasion unique d'apprentissage. Le présent bilan vise justement à en retirer autant de bénéfices que possible. Les pistes d'actions proposées par les acteurs de notre réseau de santé publique serviront certainement à mieux répondre à une future épidémie. Des discussions et des travaux sont d'ailleurs en cours pour actualiser certaines de ces pistes d'action.

La meilleure stratégie d'action contre les épidémies demeure cependant la prévention à la source de ces événements. C'est pourquoi des énergies importantes sont dédiées à l'opération de vaccination contre la rougeole (décembre 2011 – printemps 2012). L'objectif est «qu'au moins 95 % des jeunes et du personnel des écoles secondaires et primaires, y compris la maternelle, soient considérés comme protégés contre la rougeole» (MSSS, 2011). Diverses autres actions de prévention primaire, par exemple la mise en œuvre à l'échelle régionale du Plan québécois de promotion de la vaccination, nous fourniront des outils supplémentaires pour mieux lutter contre les éclosions qui se présentent à l'occasion dans notre population.

Bibliographie

- 1) Comité sur l'immunisation du Québec (2011). Utilisation des immunoglobulines chez les personnes immunosupprimées ayant eu un contact avec un cas de rougeole. Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 3 p.
- 2) Dalton, B., et al. (2009). A structured framework for improving outbreak investigation audits. *BMC Public Health*, 9:472, doi: 10.1186/1471-2458-9-472.
- 3) De Serres, G., et al. (sous presse). Higher risk of measles when the first dose of a two dose schedule is given at 12-14 versus 15 months of age.
- 4) Giesecke, J. (2002). *Modern Infectious Disease Epidemiology*, 2^e édition, Londres. Chap. 11, *Mathematical Models for Epidemics*, pp. 119–132.
- 5) Gouvernement du Québec (2001). Loi sur la santé publique. L.R.Q., chapitre S-2.2.
- 6) Markowski, F., et Toth, E. (2012). Écllosion de rougeole au Québec : état de situation au 8 février 2012. Bureau de surveillance et de vigie du MSSS, 10 p.
- 7) Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). Questions et réponses à l'intention des professionnels de la santé – Mise à jour le 24 novembre 2011. La Direction des communications du MSSS, 12 p.
- 8) Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). Protocole d'immunisation du Québec. La Direction des communications du MSSS, 447 p. Disponible en ligne au www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq.
- 9) Villeneuve, J., et al. (2012). Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts : rougeole 2011-2012. MSSS, 12 p.

Annexe 1

Questionnaire destiné aux CSSS de la région

Éclosion de rougeole en MCQ
QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CSSS DE LA RÉGION

Au printemps et à l'été 2011, la Mauricie et le Centre-du-Québec ont été durement touchés par une éclosion de rougeole. Cet épisode a nécessité une mobilisation importante du réseau de la santé.

L'Agence de la santé et de services sociaux (ASSS) de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ) procède présentement à un bilan de cet épisode. Ceci permettra de montrer avec précision l'importance de l'éclosion et de décrire les mesures qui ont été prises pour y faire face. De plus, ce sera l'occasion d'analyser les facteurs qui ont facilité ou limité une action concertée et efficace du réseau de la santé. Ce bilan permettra donc d'apprendre de notre gestion de l'éclosion de rougeole et, ultimement, d'agir plus efficacement si un épisode semblable survient dans le futur.

Le questionnaire ci-bas vise à documenter les interventions menées par votre CSSS pour faire face à cette éclosion. Il constitue un élément essentiel du bilan à effectuer. Nous vous remercions de bien vouloir y répondre.

Veuillez noter les points importants qui suivent :

- Toutes les questions se rapportent à l'éclosion de rougeole vécue en MCQ entre avril et août 2011;
- Le questionnaire touche différents volets de la mission du CSSS. Si, pour une question, des activités ont été mises en place à la fois par un hôpital et un CLSC, vous pouvez préciser ce qui a été fait pour chaque établissement.
- Pour la question 7, des informations sur la vaccination ont déjà été recueillies auprès de certains CSSS. Pour éviter un dédoublement des efforts, nous avons inscrit dans le questionnaire les informations qui sont en notre possession. Merci de vérifier au besoin l'exactitude de ces informations.

Merci de votre précieuse collaboration !

Personne responsable de la réponse au questionnaire :	
Fonction de cette personne :	
Numéro de téléphone :	

SECTION 1 : Généralités

1. Pendant l'écllosion, avez-vous mis en place des modalités de fonctionnement particulières à l'hôpital ou en CLSC (ex. cellule de crise, plan d'action, mobilisation exceptionnelle de ressources, horaire de garde modifié...)?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez ces modalités de fonctionnement :

SECTION 2 : Surveillance

2. Pendant l'écllosion, avez-vous mis en place des activités pour augmenter la vigilance des cliniciens face à la rougeole ?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez les types d'activités :

3. Avez-vous mis en place un système de surveillance pour suivre l'évolution de l'écllosion ?

- Oui
 Non (utilisation des données fournies par l'Agence de la santé et des services sociaux de la MCQ)
 Ne sais pas

Si oui, précisez le type de système :

4. Étant donné l'écllosion, les laboratoires de votre CSSS ont-ils modifié certaines de leurs activités (ex. envois plus fréquents aux laboratoires provinciaux) ?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez les modifications effectuées :

SECTION 3 : Activités de vaccination

5. Avez-vous vérifié, dans certains milieux, l'ensemble des statuts vaccinaux pour la rougeole de façon individuelle (en milieu de garde, en milieu scolaire ou en milieu de soins) ?

- Oui, avant la survenue d'un premier cas dans ces milieux Non
 Oui, après la survenue d'un premier cas dans ces milieux Ne sais pas

Si oui, précisez les milieux :

6. Avez-vous effectué, dans certains milieux, des activités pour rappeler l'importance de la mise à jour de la vaccination pour la rougeole (en milieu de garde, en milieu scolaire ou en milieu de soins) ?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez les activités :

7. Y a-t-il eu des interventions de vaccination pour la rougeole dans certains milieux (milieu de garde, milieu scolaire, milieu de soins ou autre) ?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez :

Nom précis du milieu de garde, de l'école ou du milieu de soins	Nombre de personnes visées par l'intervention (ex. nombre total d'élèves)	Nombre de doses de vaccin anti rougeoleux données dans ce milieu

8. Si vous avez répondu « oui » à la question 7, est-ce que certaines de ces interventions de vaccination ont été faites avant la survenue d'un cas de rougeole dans le milieu ? Sinon passez à la question 9

Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez les milieux concernés :

9. Pendant l'éclosion, avez-vous mis en place des mesures pour faciliter l'accès à la vaccination contre la rougeole au CSSS (ex. système de réponse téléphonique, modification des plages horaires...) ?

Oui, avant la survenue d'un premier cas sur notre territoire Non
 Oui, après la survenue d'un premier cas sur notre territoire Ne sais pas

Si oui, précisez les types de mesures :

SECTION 4 : Mesures de prévention et de contrôle des infections

10. Pendant l'écllosion, quelles actions ont été mises en place pour limiter la transmission de la rougeole en milieu hospitalier ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse

- Diffusion d'information pour favoriser le respect de l'étiquette respiratoire et l'isolement des cas suspects (précisez)
- Pré-triage des patients (précisez)
- Modification de l'environnement (ex. construction d'une salle) pour favoriser l'isolement adéquat des cas (précisez)
- Autres actions en prévention et contrôle des infections (précisez)
- Aucune mesure mise en place
- Ne s'applique pas à notre CSSS
- Ne sais pas

Précisez les actions mises en place :

11. Pendant l'écllosion, quelles actions ont été mises en place pour limiter la transmission de la rougeole en CLSC ?
Vous pouvez cocher plus d'une réponse

- Diffusion d'information pour favoriser le respect de l'étiquette respiratoire et l'isolement des cas suspects (précisez)
- Pré-triage des patients (précisez)
- Modification de l'environnement (ex. construction d'une salle) pour favoriser l'isolement adéquat des cas (précisez)
- Autres actions en prévention et contrôle des infections (précisez)
- Aucune mesure mise en place
- Ne sais pas

Précisez les actions mises en place :

12. Pendant l'éclosion, quelles actions ont été mises en place pour limiter la transmission de la rougeole dans les cliniques médicales ? **Vous pouvez cocher plus d'une réponse**

- Diffusion d'information pour favoriser le respect de l'étiquette respiratoire et l'isolement des cas suspects (précisez)
- Prétriage des patients (précisez)
- Modification de l'environnement (ex. construction d'une salle) pour favoriser l'isolement adéquat des cas (précisez)
- Autres actions en prévention et contrôle des infections (précisez)
- Aucune mesure mise en place
- Ne sais pas

Précisez les actions mises en place :

SECTION 5 : Autres activités

13. Pendant l'éclosion, quelles activités de communication avez-vous menées dans votre milieu (autres que celles portant sur un rappel de l'importance de la vaccination) ?

- Communiqués à l'interne (précisez)
- Communiqués de presse (précisez)
- Conférences de presse (précisez)
- Réponse aux médias (précisez)
- Autre (précisez)
- Aucune mesure de communication
- Ne sais pas

Précisez les activités de communication qui ont été faites :

14. Pendant l'écllosion, avez-vous mené des activités ou des formations pour favoriser la prise en charge adéquate des cas suspects (tests de laboratoire appropriées, conseils aux patients, déclaration rapide à la santé publique, etc.) ?

Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez les activités ou les formations menées :

SECTION 6 : Commentaires

15. Merci d'indiquer tout autre commentaire permettant de mieux décrire les interventions faites par votre CSSS en réponse à l'écllosion de rougeole qui a sévi entre avril et août 2011.

Commentaires:

Nous vous remercions encore une fois de votre précieuse collaboration

Annexe 2

Préparation à la rencontre de débriefing

PRÉPARATION À LA RENCONTRE DE DÉBRIEFING

Thèmes :

- Qualité des mécanismes de collaboration et de communication à l'interne et avec l'ASSS;
- Partage des rôles et des responsabilités à l'interne et avec l'ASSS;
- Implication des différents partenaires (commissions scolaires, cliniques médicales, ASSS, etc.);
- Fonctionnement des différentes interventions :
 - Vaccination et administration d'immunoglobulines;
 - Mesures de prévention des infections;
 - Prise en charge des cas suspects;
- Satisfaction des partenaires et de la population;
- Tout autre aspect de l'écllosion sur lequel vous voulez vous prononcer...

POINTS FORTS ET SUCCÈS	POINTS FAIBLES OU SOURCE DE DIFFICULTÉS
RECOMMANDATIONS	




CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec*

Québec 

www.agencesss04.qc.ca