

Rapport d'intervention

Titre	Écllosion de rougeole dans les Laurentides Bilan des interventions de santé publique Décembre 2025
En vigueur	2026-01-19
Rédaction	Dre Geneviève Perreault, Adjointe médicale en maladies infectieuses, Direction de santé publique (DSPublique) des Laurentides
Collaboration	Dre Danielle Auger, Médecin-conseil DSPublique des Laurentides Dr Aimé Kazadi Lukusa, Responsable médical MADO, DSPublique des Laurentides

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Caractéristique de la maladie	3
3.	Objectifs des interventions de santé publique.....	4
4.	Cas	4
5.	Contacts.....	5
6.	Milieus d'exposition	6
	6.1 Types de milieux d'exposition et transmission	6
	6.2 Interventions de santé publique dans les milieux d'exposition	6
	6.3 Interventions de santé publique dans les écoles (politique de retrait)	6
7.	Mobilisation interne de la DSPublique	7
8.	Partenariat et collaborations avec les directions du CISSS des Laurentides	8
9.	Communications	8
	9.1 Communications populationnelles.....	8
	9.2 Appel à la vigilance (AV) aux cliniciens	8
	9.3 Correspondance pour les milieux scolaires	9
10.	Conclusion	9

N.B. Le genre masculin est utilisé comme générique
dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. Introduction

À la suite de l'exposition d'une personne non vaccinée à un cas contagieux de rougeole en provenance d'Italie à Montréal, une éclosion de 40 cas de rougeole est survenue au Québec. Cette éclosion s'est étendue du 1^{er} décembre 2024 au 19 avril 2025. Avec 32 cas déclarés, la région des Laurentides fut l'épicentre de cette éclosion provinciale. Les données présentées dans le présent rapport se limitent aux cas survenus dans les Laurentides.

La DSPublique des Laurentides a dû mobiliser rapidement ses ressources à l'interne et déployer des efforts considérables en lien avec la gestion des cas et des contacts (GCC) pour limiter au maximum la transmission de l'éclosion. La survenue d'une telle éclosion a permis de mettre en lumière l'importance d'intervenir rapidement, de façon efficiente, et ce, en collaboration avec plusieurs directions du Centre intégré et des services sociaux (CISSS) des Laurentides, dans le contexte où la pression était grande et que les ressources peuvent devenir rapidement surchargées.

Le présent rapport a pour objectif de présenter brièvement l'épidémiologie de l'éclosion et de résumer les interventions déployées par la DSPublique.

2. Caractéristique de la maladie

La rougeole est une maladie grave causée par un virus qui voyage dans l'air lorsqu'une personne infectée respire, tousse, éternue ou parle. Il s'agit d'une maladie très contagieuse. Il est possible d'être infecté et d'attraper la maladie sans avoir été en contact direct avec une personne atteinte. Par exemple, il peut suffire de s'être trouvé dans la même pièce qu'une personne contagieuse, et ce, même durant une courte période. Le virus peut survivre quelques heures en suspension dans l'air et peut même se disperser. La maladie peut aussi se transmettre par contact direct quand on touche une personne infectée ou des objets contaminés.

Les premiers symptômes de la rougeole sont les suivants : fièvre, congestion nasale avec écoulement nasal, toux, conjonctivite (yeux rouges qui coulent), yeux sensibles à la lumière et malaise généralisé. Par la suite, des rougeurs apparaissent au visage puis sur le corps.

Il peut s'écouler de 5 à 21 jours (en moyenne de 10 à 14 jours) entre l'exposition au virus et le début des symptômes (période d'incubation). Une personne commence à être contagieuse 4 jours avant l'apparition des rougeurs et peut demeurer contagieuse jusqu'à 4 jours après leur apparition. La rougeole dure habituellement de 1 à 2 semaines.

Les complications de la rougeole peuvent être les suivantes : hospitalisation (19 %), otite moyenne (de 7 à 9 %), pneumonie (de 1 à 6 %), diarrhée (8 %), encéphalite (1 par 1 000 à 2 000 cas). La mortalité attendue pour la rougeole est estimée à 1 cas sur 3 000 dans les pays développés comme le Canada. Les personnes les plus vulnérables aux complications sont les bébés âgés de moins d'un an, les personnes dont le système immunitaire est affaibli (immunodéprimées) et les personnes enceintes qui ne sont pas adéquatement vaccinées contre la rougeole. La prise en charge d'un cas de rougeole demeure symptomatique, puisqu'il n'existe aucun traitement spécifique. Comme il existe un vaccin sécuritaire et efficace, la prévention par la vaccination demeure le pilier principal dans la lutte contre la rougeole.

3. Objectifs des interventions de santé publique

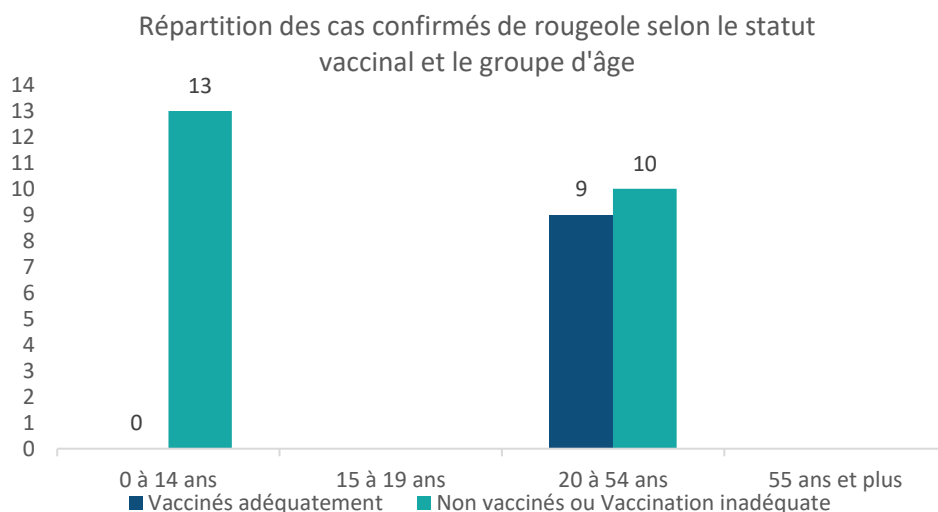
Pour baliser ses interventions, la DSPublique des Laurentides s'est basée sur deux documents structurants, soit la [Fiche technique pour la gestion des cas, des contacts et des éclosions - Rougeole, 2024](#) ainsi que le Question-Réponses à l'intention des Directions de santé publique, version du 7 mai 2024, élaborée par le groupe de travail (GT) DSPublique, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national de santé publique (INSPQ).

Les deux objectifs visés par l'intervention sont de prévenir les complications de la rougeole chez les individus vulnérables et minimiser la transmission de la maladie. Pour chaque cas déclaré de rougeole, la DSPublique déclenche rapidement une enquête afin d'identifier la source d'acquisition de la maladie, isoler le cas, déterminer ses contacts et les milieux qu'il a fréquentés pendant sa période de contagiosité.

La prise en charge des contacts vise à identifier les *personnes réceptives* (les personnes nées après 1970 qui n'ont jamais fait la rougeole ou qui n'ont pas reçu le nombre de doses de vaccins adéquat selon leur âge) afin de recommander un isolement et offrir aux *personnes vulnérables* une prophylaxie post-exposition (PPE). La PPE est une mesure préventive qui permet de diminuer le risque de développer la maladie ainsi que ses complications. Elle doit être administrée rapidement, sous forme de vaccin ou d'injections d'immunoglobulines (Ig).

4. Cas

Tel que mentionné, 32 cas sont survenus dans les Laurentides pendant l'éclosion. Tous les cas ont été rigoureusement joints et enquêtés le plus rapidement possible. L'éclosion a débuté par 6 cas chez des personnes non vaccinées ou dont la vaccination était incomplète pour l'âge. Parmi l'ensemble des cas, 41 % (n =13) étaient âgés de 15 ans ou moins et 59 % (n =19) étaient âgés de 20 à 54 ans. 100 % (n =13) des cas chez les enfants et adolescents étaient non-vaccinés et 31 % (n =10) des cas chez les adultes étaient non-vaccinés ou vaccinés inadéquatement pour l'âge. L'éclosion n'a pas touché de sous-groupe précis de la population réfractaire à la vaccination (ex. : groupes religieux, groupe anti-vaccination, etc.). Aucun décès ni séjour aux soins intensifs n'est survenu durant l'éclosion. L'acquisition de l'infection s'est faite principalement dans des milieux d'exposition à l'extérieur du domicile (14 cas) et en milieu familial (9 cas). La source de l'infection n'a toutefois pas pu être identifiée (source inconnue) pour 9 cas.



5. Contacts

Un total de 1987 contacts a été identifié pendant l'écllosion. Parmi ceux-ci, 209 (11 %) étaient considérés comme des contacts réceptifs et 34 (2 %) comme des contacts vulnérables (femmes enceintes, enfants de moins d'un an, personnes immunodéprimées). Parmi les contacts réceptifs et vulnérables, 22 (9 %) ont reçu une prophylaxie post-exposition (PPE) avec des immunoglobulines (Ig) intramusculaires (IM) ou intraveineuses (IV) et 29 (12 %) avec une dose de vaccin.

Nombre de contacts réceptifs et vulnérables dans la région des Laurentides

	Nombre	Proportion (%) de tous les contacts (n=1987)
Contactés réceptifs	209	11 %
Contactés vulnérables	34	2 %
Total de contacts réceptifs et vulnérables		13 %

Interventions auprès des contacts vulnérables de cas de rougeole, région des Laurentides

	Nombre	Proportion (%) par rapport aux contacts vulnérables et réceptifs (n=243)	Proportion (%) par rapport à tous les contacts (n=1987)
Référence pour immunoglobulines IV	11	5 %	0,5 %
Référence pour immunoglobulines IM	11	5 %	0,5 %
Vaccination en dedans de 72 heures	29	12 %	1,4 %
Total PPE	51	21 %	2,6 %

6. Milieux d'exposition

6.1 Types de milieux d'exposition et transmission

Un total de 115 expositions sont survenues à la suite de la présence d'un cas dans différents milieux et pour lesquelles la DSPublique a dû intervenir. Les expositions les plus fréquentes sont survenues dans des lieux publics (29 %), des milieux de soins du CISSS (24 %), des écoles (18 %), des pharmacies (10 %) et des cliniques médicales hors CISSS (8 %). Des expositions sont également survenues dans des milieux de garde (4 %), des milieux d'études postsecondaires (3 %), des activités de groupes (3 %) et des milieux de soins personnels (1 %).

Suite à la présence d'un cas contagieux dans un milieu, une transmission de la maladie a été observée dans 12 milieux, dont 6 en milieu familial, 3 dans des milieux de soins du CISSS des Laurentides et 3 dans d'autres milieux de la communauté (une pharmacie communautaire, une école et un lieu public).

6.2 Interventions de santé publique dans les milieux d'exposition

Tout au long de l'éclosion, une approche multistratégique a été utilisée pour joindre les contacts. Le moyen privilégié pour joindre les contacts réceptifs/vulnérables était un appel téléphonique. Toutefois, afin d'éviter des délais dans la notification des contacts, un texto général était immédiatement envoyé à tous les contacts, afin que les contacts vulnérables puissent obtenir une PPE dans les courts délais requis et que les contacts réceptifs puissent se mettre en isolement. Des textos de rappel ont également été envoyés aux contacts non réceptifs afin d'identifier leurs accompagnateurs qui auraient pu bénéficier de mesures préventives (PPE) ou d'un isolement.

Pendant l'éclosion, 1 100 textos ont été envoyés, la moitié étant des textos généraux (53 %) et l'autre moitié des textos de rappel (47 %). La stratégie de texto a fréquemment été utilisée pour les contacts en milieux de soins puisque des numéros de téléphone sont disponibles alors que les courriels ne le sont pas pour ce type de contact.

Lorsque l'envoi d'une lettre aux contacts était possible compte tenu d'une adresse courriel disponible, cette stratégie a été privilégiée à l'envoi de texto. L'envoi de lettre permet de donner des consignes écrites plus détaillées qu'un texto où le nombre de caractères est limité. Cette stratégie a été le plus souvent utilisée pour les travailleurs dans les lieux publics et les pharmacies, les participants à des activités/loisirs de groupe, les clients des milieux de soins personnels, les services de garde, les écoles et les milieux postsecondaires.

6.3 Interventions de santé publique dans les écoles (politique de retrait)

L'intervention en milieu scolaire est balisée de façon provinciale par les [Orientations du directeur national de santé publique sur le retrait en milieu scolaire lors d'une éclosion de rougeole](#). Cette politique prescrit le retrait de l'école de tous les élèves, employés, chauffeurs d'autobus et bénévoles, considérés réceptifs, jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas en contagiosité dans l'école. La politique de retrait a été déployée dans 4 écoles de la région, en étroite collaboration avec les équipes de proximité de la DSPublique, responsables d'offrir la vaccination sur place. Voici le bilan de ces interventions.

Données concernant les établissements scolaires ayant nécessité la mise en place de la politique de retrait

Écoles	Date de la clinique de vaccination	Nombre de personnes exposées	Nombre de contacts réceptifs	Nombre de retraits du milieu	Durée du retrait (jours)	Nombre de doses de vaccins données lors de la clinique de vaccination
École 1	2025-02-10	616	169 (27 %)	32	7	61
École 2	2025-02-12	420	58 (14 %)	28	6	31
École 3*	2025-02-28	1173	79 (7 %)	55	4	28
École 4*	2025-03-12	3705	429 (12 %)	0*	0	80
Total	N/A	5914	735	115	0 à 7	200

*Données incluant les élèves, les employés et les chauffeurs d'autobus

*Données incluant les élèves, les employés et les visiteurs

*Aucun retrait dans cette école puisque la clinique de vaccination a eu lieu le 14^e jour après la présence du dernier cas en contagiosité.

Au total, 115 personnes ont été retirées de l'école, pour une période allant de 0 à 7 jours. Il est à noter que pour une école, il n'y a eu aucun retrait puisque la clinique de vaccination a eu lieu le 14^e jour après la présence du dernier cas en contagiosité. Si on exclut cette école, le nombre de retraits représente entre 20 et 70 % des contacts réceptifs selon les différents milieux. 200 personnes ont accepté de recevoir une dose de vaccin lors des cliniques de vaccination sur place, dont 94 élèves. Ces élèves n'ont donc pas eu à être exclus de l'école.

Les couvertures vaccinales chez les élèves avant la clinique de vaccination sur place allaient de 85,8 % à 90,5 %. On a observé une augmentation des couvertures vaccinales (après la clinique de vaccination) chez les élèves allant de 0,8 % à 7,1 % selon les écoles.

7. Mobilisation interne de la DSPublique

Dès la survenue du premier cas le 11 décembre 2024, l'équipe des maladies infectieuses (MI) s'est mobilisée en lien avec l'éclosion. L'équipe de santé au travail (SAT) de la DSPublique a également été sollicitée pour soutenir les enquêtes et les interventions impliquant des contacts chez des travailleurs. Afin d'assurer une prise en charge continue, une équipe de garde 7 jours sur 7, incluant des agentes administratives, des infirmières et des médecins a été déployée.

Un comité scientifique a été mis en place. Ce groupe avait pour objectif de définir les orientations stratégiques au niveau de l'intervention et de produire différents outils, tels que les lettres aux contacts et aux milieux, les consignes de communication, les procéduriers, les appels à la vigilance, les outils de vigie, etc.

Enfin, l'équipe de surveillance-recherche et évaluation (SRE) a été mobilisée afin de suivre l'éclosion en temps réel et d'informer les partenaires concernés via un état de situation épidémiologique hebdomadaire. De plus, l'équipe SRE a contribué à produire un bilan épidémiologique à la fin de l'éclosion.

8. Partenariat et collaborations avec les directions du CISSS des Laurentides

Une mobilisation de la coordination provinciale de la sécurité civile a été demandée par Santé Québec durant la fin de semaine du 11 janvier 2025 suite à la fréquentation d'un cas contagieux au Carrefour Laval et de l'exposition de plusieurs contacts potentiellement vulnérables. Au niveau régional, le comité de coordination des mesures d'urgence (CCMU) a été activé le 13 janvier 2025. Des rencontres 1 à 2 fois par semaine ont été mises en place, incluant le président-directeur général adjoint (PDGA) et plusieurs directions du CISSS. L'objectif était de coordonner l'implantation des mesures visant à prévenir et à contrôler la transmission de la rougeole dans la communauté et dans les milieux de soins.

La mobilisation de plusieurs directions du CISSS par le CCMU a été une condition gagnante qui a permis de déployer des actions concertées telles que rehausser les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) en milieux de soins et dans les cliniques médicales, mettre en place une trajectoire visant un accès aux tests diagnostiques pour la population et les travailleurs de la santé symptomatiques, obtenir rapidement les résultats de tests diagnostiques, mettre en place des corridors de service pour un accès rapide aux mesures préventives (PPE) pour les personnes vulnérables (immunoglobulines et vaccination) et assurer la promotion et l'accès à la vaccination pour la population et les travailleurs de la santé.

9. Communications

9.1 Communications populationnelles

Tout au long de l'éclosion, des communiqués de presse ont été diffusés afin d'informer la population sur l'évolution de la situation épidémiologique, la sensibiliser à l'importance de la vaccination ainsi qu'aux mesures de protection et de prévention à adopter. De plus, la DSPublique a également rappelé l'importance de vérifier et de mettre à jour les carnets de vaccination des enfants et des étudiants, en raison de l'apparition de 5 cas chez des enfants âgés de 1 à 14 ans en cours d'éclosion. Trois communiqués de presse ont été émis les 31 décembre 2024, 28 janvier et 19 février 2025.

Plusieurs entrevues ont été accordées à des médias nationaux et régionaux et un plan de diffusion sur les médias sociaux a également été mis en œuvre pour renforcer les messages de prévention auprès du grand public.

9.2 Appel à la vigilance (AV) aux cliniciens

Dès le 13 décembre 2024, un appel à la vigilance a été acheminé aux cliniciens de la région, incluant les médecins, infirmiers et infirmières, équipes PCI, coordonnateurs des urgences, pharmaciens communautaires, sages-femmes, services préhospitaliers, ainsi que le Health Care

Center de Kanesatake et le Dispensaire de Saint-Jérôme. L'objectif était de les sensibiliser à la circulation de la maladie, à l'importance de mettre en place les mesures PCI et de signaler les cas suspects. Par la suite, 2 autres AV ont été transmis, soit le 20 janvier 2025 et le 14 mars 2025.

9.3 Correspondance pour les milieux scolaires

Devant la survenue de cas chez des enfants d'âge scolaire et le déploiement de la politique de retrait dans certaines écoles, la DSPublique a fait parvenir, le 24 février 2025, une correspondance aux directions des écoles primaires et secondaires, publiques et privées, afin de les informer du déroulement de la politique et du rôle attendu des écoles lors de la présence d'un cas de rougeole, incluant la nécessité de pouvoir les contacter les fins de semaine en présence d'un cas.

De plus, les parents ont reçu une lettre signée par le directeur national de santé publique (DNSP) via le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) afin de les informer qu'une preuve de vaccination serait requise pour leur enfant advenant une éclosion et que les enfants non protégés seraient exclus du milieu scolaire.

10. Conclusion

En conclusion, la DSPublique a dû déployer des efforts considérables en lien avec la gestion des cas et contacts (GCC) afin de contrôler la transmission de l'éclosion, et ce, en collaboration avec plusieurs directions du CISSS. Dans une situation où la pression est grande et que les ressources peuvent devenir rapidement surchargées, une grande capacité d'adaptation et de priorisation des interventions a été nécessaire pour contrôler l'éclosion de façon efficiente, tout en préservant les capacités des ressources en place et maintenir les autres mandats essentiels de la DSPublique.

Des pistes d'amélioration ont été identifiées et communiquées aux personnes impliquées dans une perspective d'amélioration continue et d'harmonisation des interventions lors d'éclosions futures. Un débriefage provincial de l'éclosion a été présenté à la Table nationale de concertation en maladies infectieuses (TCNMI). Un comité spécial a été mis en place pour assurer le suivi des recommandations émises lors de la rencontre.

Enfin, devant les exigences élevées découlant de la GCC et de l'objectif d'élimination poursuivi, la vaccination demeure la pierre angulaire afin de prévenir la survenue d'une éclosion et diminuer la transmission de l'infection. Il est important de maintenir les efforts de promotion de la vaccination et de maximiser l'offre de service en amont des éclosions, auprès de la population générale, des travailleurs de la santé ainsi que des sous-groupes de la population sous-vaccinée.