

Page 1 | Editorial |

Page 2 | Point de situation épidémiologique |
Epidémiologie de la rougeole en France et en Haute-Normandie, Juin 2010

Page 4 | Investigations et retours d'expériences |
Caractérisation et gestion d'un foyer épidémique hospitalo-communautaire de rougeole au CHI Eure-Seine (Evreux), avril 2010

Page 7 | Réponse de santé publique |
Mesures de prévention du risque épidémique lié à la rougeole en France et en Haute-Normandie

| Editorial |

Arnaud Mathieu, Responsable de la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en régions Haute et Basse Normandie (Cire Normandie)

A compter du 1^{er} septembre 2010, la Cire Haute-Normandie devient la Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie (Cire Normandie). La Cire Normandie est désormais en charge de la veille sanitaire sur les deux régions normandes.

Cette nouvelle organisation a conduit la Cire à réfléchir notamment sur sa communication auprès de ses partenaires et des acteurs de santé en région. Ainsi, l'équipe de la Cire a souhaité faire évoluer le MDO Info vers le bulletin de veille sanitaire (BVS). Ce nouveau support se veut pratique et concret pour que chaque déclarant identifie les tenants et les aboutissants du réseau de déclaration.

Depuis 2003, le dispositif de surveillance des **maladies à déclaration obligatoire (MDO)** repose sur la transmission de données entre :

- les médecins et les biologistes, libéraux et hospitaliers ;
- les médecins inspecteurs de santé publique (Misp) et leurs collaborateurs des Agences régionales de santé (ARS) ;
- les épidémiologistes de l'InVS (Département des maladies infectieuses et Cire).

Ce recueil de données est indispensable pour mieux connaître ces maladies, leurs différentes formes et surtout les populations qu'elles touchent. C'est ainsi que l'on peut surveiller l'évolution de ces maladies dans le temps.

Il est important de noter que le signalement de ces maladies permet de prendre rapidement des mesures de contrôle appropriées autour des cas.

Trente maladies font actuellement partie de la liste des MDO. Les données issues de vos déclarations sont analysées et valorisées au niveau régional par la Cire Normandie et, au niveau national par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Ce premier numéro du bulletin de veille sanitaire présente les résultats de la surveillance et de la gestion d'une de ces MDO en région Haute-Normandie : **la rougeole**.

En effet, selon les données actuellement disponibles à l'InVS, une épidémie de rougeole sévit en France depuis début 2008 et la circulation du virus s'est intensifiée en début d'année 2010. Cette situation reflète probablement une meilleure déclaration des cas mais elle témoigne surtout de la diffusion du virus et d'une augmentation du nombre de foyers de cas groupés.

Les cas groupés enregistrés depuis début 2010 sont survenus en crèches, en collectivités scolaires, parmi des étudiants et des gens du voyage. Des épisodes de transmission en milieu de soins (hôpitaux, cabinets libéraux) ont également été rapportés.

Ainsi, dans le contexte actuel de rentrée scolaire, il nous a semblé important de vous transmettre un point épidémiologique aux échelons nationale et régionale, de vous rappeler les moyens de lutte contre la transmission de la maladie et la nécessité de la vaccination.

Enfin, ce numéro est limité à la Haute-Normandie, mais sera normand lors de sa prochaine édition.

Qui sommes-nous ?

La Cire Normandie relaye l'action de l'InVS et exerce une partie de ses missions au niveau interrégional. Placée sous la responsabilité scientifique de la directrice générale de l'InVS et localisée au sein des ARS de Haute et Basse Normandie, au plus près de l'autorité sanitaire, la Cire fournit aux ARS un appui méthodologique et une expertise indépendante des signaux d'alerte sanitaire. En Normandie, la Cire est en charge d'animer la veille en régions Haute et Basse Normandie.

Pour plus d'information : <http://www.invs.sante.fr/regions/index.htm>

Dr Stéphane EROUART, Cellule de l'InVS en Régions Haute et Basse Normandie

En juin 2005, la rougeole est redevenue une maladie à déclaration obligatoire (MDO).

Les données nationales sont disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/default.htm> (contact : Dr Isabelle PARENT DU CHATELET, Département des maladies infectieuses (InVS) - i.parent@invs.sante.fr)

EN FRANCE

EN HAUTE-NORMANDIE

NOMBRE DE CAS

Depuis 2008, une épidémie de rougeole sévit en France. En début d'année 2010, la circulation du virus s'est intensifiée.

Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 mai 2010, 4 120 cas de rougeole ont été déclarés en France :

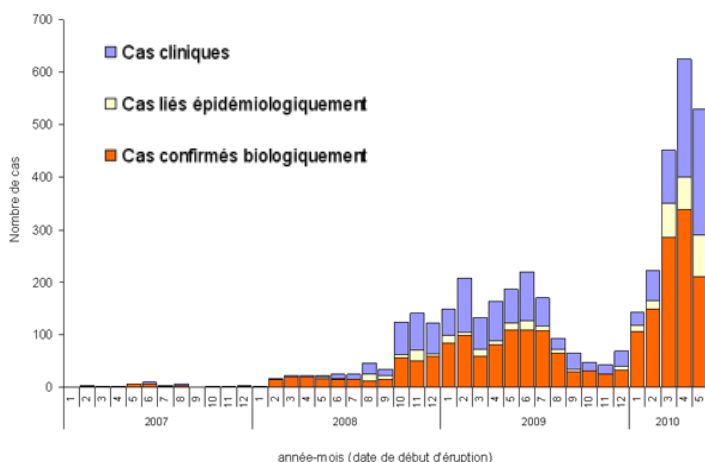
- ◆ 604 cas en 2008 (incidence de 0,95 cas pour 100 000 habitants)
- ◆ 1 544 cas en 2009 (incidence de 2,5 / 100 000 habitants)
- ◆ 1 972 cas lors des cinq premiers mois de 2010, avec un pic observé en avril (figure 1)

Cependant, il faut noter que selon l'InVS, les chiffres de déclaration obligatoire sous-estiment l'incidence réelle.

L'épidémie de rougeole observée en France depuis 2008 est également observée en Haute-Normandie, avec l'apparition de cas de rougeole signalés dans la région depuis 2009, et l'intensification du nombre de cas au début de l'année 2010 (figure 2).

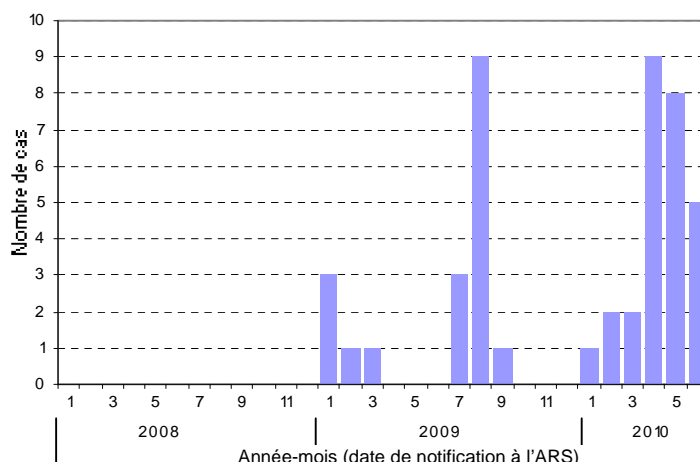
| Figure 1 |

Répartition mensuelle des cas de rougeole - Déclaration obligatoire, France, 2007-2010 (31 mai) - données provisoires



| Figure 2 |

Répartition mensuelle des cas de rougeole signalés à l'ARS de Haute-Normandie de janvier 2008 à juin 2010 (données provisoires)



GROUPES D'ÂGE

Le taux d'incidence le plus élevé sur les cinq premiers mois de l'année 2010 est observé chez les enfants de moins de 1 an (22,5/100 000) qui représentent près de 10% des cas déclarés. Parmi eux, plus de la moitié ont moins de 9 mois.

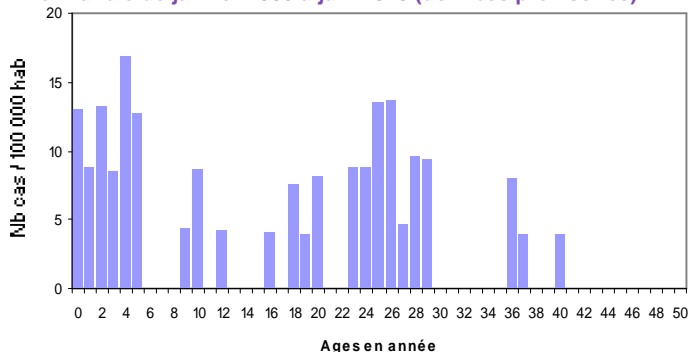
La proportion des cas âgés de 20 ans et plus augmente significativement depuis trois ans : 17% en 2008, 23% en 2009, 38% sur les cinq premiers mois de 2010.

Près de 10% des cas déclarés début 2010 sont âgés de moins de 1 an et près de 40% ont 20 ans ou plus alors que les complications (neurologiques ou pulmonaires notamment) sont plus fréquentes et sévères dans ces groupes d'âge. Cette situation souligne à la fois l'importance des recommandations vaccinales dès 9 mois pour les enfants entrant en collectivité (et dès 6 mois en post-exposition) et le niveau d'immunité insuffisant des jeunes adultes.

Il y a eu peu de cas de rougeole âgés de moins d'un an en Haute-Normandie entre janvier 2009 et juin 2010 (1 cas en 2009). Par contre, la proportion de cas âgés de 20 ans et plus au cours de cette période était de 46%.

| Figure 3 |

Incidence par âges des cas de rougeole signalés à l'ARS de Haute-Normandie de janvier 2008 à juin 2010 (données provisoires)



SEVERITE

Parmi les cas de rougeole déclarés entre janvier et mai 2010, 35% ont été hospitalisés. Cette proportion atteint 41% pour les moins de 1 an et 50% chez les sujets âgés de 20 ans et plus. Parmi les cas hospitalisés, 121 pneumopathies ont été recensées.

Parmi les cas signalés à l'ARS de Haute-Normandie entre janvier 2009 et juin 2010, 60% ont été hospitalisés. Cette proportion atteint 71% chez les sujets âgés de 20 ans et plus. Parmi les cas hospitalisés pour complications sévères, 4 pneumonies ont été recensées.

COUVERTURE VACCINALE

L'estimation de la couverture vaccinale (CV) à 24 mois à partir des certificats de santé était, pour une dose, de 87,5% en 2004 et 90,1% en 2007 (données InVS-Drees). L'analyse géographique montre une hétérogénéité des niveaux de CV en fonction des départements.

Bien qu'une amélioration de la CV par le vaccin contre la rougeole à 24 mois ait été observée ces dernières années en France, elle restait en 2007 insuffisante et inférieure au niveau fixé en 2005 par le plan national (95% à l'âge de 24 mois).

L'estimation de la couverture vaccinale (CV) à 24 mois à partir des certificats de santé était, en 2007 pour une dose, de 91,6% dans l'Eure et de 91,3% en Seine-Maritime (données InVS-Drees). Ces couvertures vaccinales sont légèrement supérieures à la moyenne nationale, mais restent en dessous de l'objectif de 95% fixé en 2005 par le plan national pour éradiquer la maladie.

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/31_32/beh_31_32_2010.pdf

Schémas vaccinaux - rougeole, oreillons, rubéole¹ (hors contexte de survenue de cas) :

- Enfants âgés de 12 à 24 mois : 1 dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole à 12 mois et une 2ème dose entre 13 et 24 mois
- Pour les enfants accueillis en collectivité avant l'âge d'un an : 1 dose de vaccin trivalent à 9 mois et une 2ème dose entre 12 et 15 mois
- Les sujets nés depuis 1992 et âgés de plus de 24 mois : rattrapage pour atteindre 2 doses de vaccin trivalent
- Les personnes nées entre 1980 et 1991 n'ayant jamais été vaccinées contre la rougeole, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies : rattrapage par 1 dose de vaccin trivalent

¹ http://www.invs.sante.fr/beh/2010/14_15/beh_14_15.pdf

CAS GROUPES

Les cas groupés de rougeole enregistrés depuis début 2010 sont survenus en crèches, en collectivités scolaires, parmi des étudiants et des gens du voyage. Des épisodes de transmission en milieu de soins (hôpitaux, cabinets libéraux) ont également été rapportés.

Les foyers épidémiques sont la conséquence d'un niveau insuffisant et hétérogène de la couverture vaccinale en France, l'accumulation progressive de sujets non immunisés conduisant à des poches de sujets réceptifs au virus.

Les cas groupés de rougeole signalés depuis 2009 en Haute-Normandie sont survenus en milieu familial, en collectivité scolaire et parmi les gens du voyage. Il y a eu également des épisodes de transmission du virus en milieu de soins.

Les signalements ont permis de mettre en place rapidement des vaccinations autour des cas, conformément aux recommandations de la Direction générale de la santé, et ce afin de prévenir la diffusion du virus, notamment auprès des personnes à risque de rougeole grave (nourrissons, sujets immunodéprimés...).

Gestion des cas groupés : D'après la circulaire du 04/11/2009 (cf. « en savoir plus », p.8),

la vaccination doit être proposée aux contacts proches et en collectivité (sujets réceptifs nés après 1965) pour atteindre deux doses de vaccin trivalent..

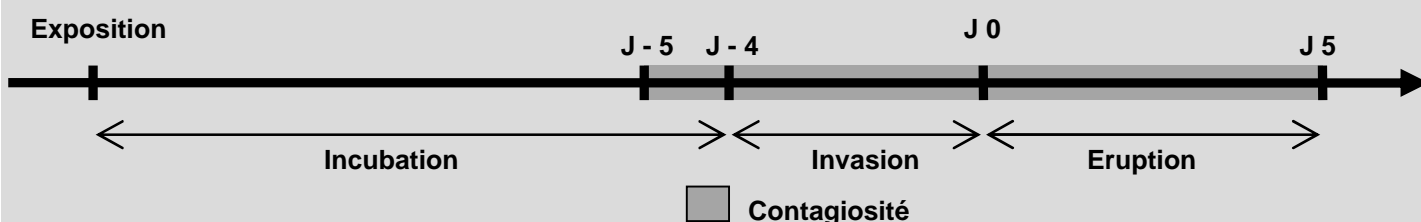
La rougeole - rappels sur la maladie

La rougeole est une infection virale hautement contagieuse. La transmission se fait essentiellement par voie aérienne. Le virus s'acquiert soit directement auprès d'un malade soit parfois indirectement en raison de la persistance du virus dans l'air ou sur une surface contaminée par des sécrétions nasopharyngées. La **période d'incubation** dure 10 à 12 jours.

Après exposition, le délai d'apparition de l'éruption est de 14 jours en moyenne (de 7 à 18 jours). La phase d'invasion dure 2 à 4 jours et se manifeste par l'apparition d'une fièvre à 38,5°C, d'un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite) accompagné d'un malaise général avec asthénie. Le signe de Koplik, pathognomonique est inconstant. L'éruption maculo-papuleuse dure 5-6 jours.

La **phase de contagiosité** démarre la veille de l'apparition des prodromes et s'étend jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

Les **formes compliquées** sont plus fréquentes chez les patients âgés de moins de 1 an et de plus de 20 ans. La première cause de décès est la pneumonie chez l'enfant et l'encéphalite aiguë chez l'adulte.



| Caractérisation et gestion d'un foyer épidémique hospitalo-communautaire de rougeole au CHI Eure-Seine (Evreux), avril 2010 |

Lionel PETIT¹, Dr Caroline CYVOCT², Dr Caroline TACHON³, Dr Jeanne-Marie GERMAIN⁴

¹ Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie, ² Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, CHI Eure-Seine (Evreux), ³ Service de médecine du travail, CHI Eure-Seine (Evreux), ⁴ Antenne régionale du centre de coordination de la lutte contre les infections liées aux soins, Haute-Normandie

Remerciements : Mme Catherine ANOUILH (présidente de l'association des gens du voyage de l'Eure), Dr Alain THERY (Service de vaccination, CHI Eure-Seine (Evreux)), Laurence VARINI et Ingrid CARON (Agence régionale de santé de Haute-Normandie)

CONTEXTE

Le 17 avril 2010, le service de pédiatrie du CHI Eure-Seine (Evreux-27) notifiait à la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) de Haute-Normandie, la survenue de 3 cas groupés de rougeole au sein d'une même fratrie. Ces 3 cas constituaient les cas index d'un foyer épidémique qui regroupait un total de 8 cas de rougeole survenus au cours des mois d'avril et mai 2010 dans la région d'Evreux.

Dès réception du signalement par les services de santé publique de la région, des actions ont été mises en œuvre visant à évaluer la situation (recherche active d'autres cas, identification des contacts réceptifs...) et de façon consécutive, à réduire le risque de transmission du virus de la rougeole, tant dans la communauté fréquentée par les sujets malades que dans le(s) milieu(x) de soins qu'ils avaient fréquenté(s) (sensibilisation des professionnels de santé, rattrapage vaccinal...).

Outre une synthèse de l'épisode sur son versant épidémiologique, le présent article développe deux caractéristiques notables :

- l'appartenance d'une grande majorité des cas à la communauté des gens du voyage répartis sur plusieurs campements ;
- la survenue de 2 cas nosocomiaux au CHI Eure-Seine.

DESCRIPTION DU FOYER ÉPIDÉMIQUE

Méthode

Les cas de rougeole ont été identifiés au moyen du signalement et de la notification de chaque nouveau cas, conformément aux dispositions relatives à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire en France .

Après réception du signal, une investigation a été menée sur le campement de gens de voyage où résidaient les enfants malades afin notamment d'identifier d'éventuels nouveaux cas.

La définition de cas reprend les critères de signalement et de notification :

- pour un cas clinique, association d'une fièvre supérieure ou égale à 38,5°C ET d'une éruption maculo-papuleuse ET de la présence d'au moins un des signes suivants : toux, coryza, conjonctivite, signe de Koplik
- pour un cas confirmé biologiquement, détection du virus par PCR sur prélèvements rhino-pharyngé OU salivaire suivant la méthode utilisée par le CNR de la rougeole (CHU de Caen), .
- pour un cas confirmé épidémiologiquement, cas clinique qui a été en contact, dans les 7 à 18 jours avant le début des signes, avec un cas de rougeole confirmé.

Résultats

Au total, le foyer épidémique de rougeole regroupait 8 cas, dont très majoritairement des sujets jeunes : 7 enfants de 1 à 9 ans (âge médian = 4 ans) et 1 adulte. La majorité était de sexe féminin (n = 7).

Parmi ces 8 cas, 6 étaient communautaires (4 cas confirmés biologiquement et 2 cas cliniques) et 2 nosocomiaux (1 cas confirmé épidémiologiquement et 1 cas confirmé biologiquement).

Les six cas communautaires sont survenus au sein de 3 fratries d'une même communauté de gens du voyage qui résidait à cette période au Boulay-Morin (27), près d'Evreux. Les cas index sont des enfants d'une même fratrie pour lesquels l'éruption cutanée caractéristique de la maladie est survenue le 17 avril. Ces enfants ont bénéficié d'une consultation médicale aux urgences pédiatriques du CHI d'Evreux. Le virus a ensuite diffusé au sein de la communauté, touchant 3 autres enfants.

Pour le premier cas nosocomial, l'éruption a débuté le 28 avril. L'hypothèse d'un contagio avec l'un des cas index peut être évoquée ; le cas ayant été admis aux services des urgences pédiatriques de l'hôpital d'Evreux le 17 avril (le jour où les cas index ont fréquenté ces urgences), 12 jours avant la date de début de l'éruption.

Le second cas nosocomial est une soignante du service de pédiatrie de l'hôpital d'Evreux considérée comme immunisée (rougeole dans l'enfance tracée dans son carnet de santé par son médecin traitant) et pour laquelle l'éruption cutanée a débuté le 12 mai. Le diagnostic virologique a confirmé la contamination récente du sujet par le virus de la rougeole. Le contagio s'est fait auprès du premier cas nosocomial le 28 avril.

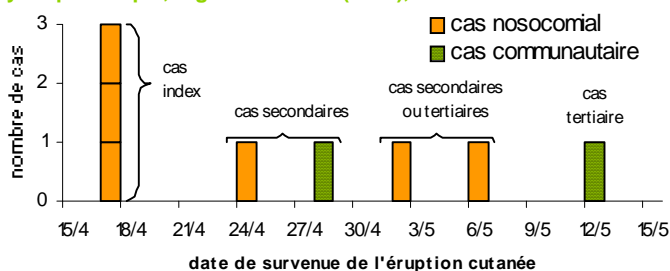
Aucun des cas identifiés au cours de cet épisode n'a présenté de critères de sévérité. Tous les cas ont été signalés puis notifiés par l'hôpital d'Evreux.

Cinq cas ont pu être confirmés biologiquement grâce à des prélèvements salivaires analysés par le CNR de la rougeole (recherche d'ARN viral). Le génotypage de 4 prélèvements a montré la présence du seul génotype D4, connu pour être l'un des principaux génotypes des virus de rougeole ayant récemment circulé en France.

Les cas n'étaient pas ou que peu protégés vis-à-vis de la maladie (encart schéma vaccinal). Seuls 3 d'entre eux étaient partiellement vaccinés. Il s'agissait en effet d'enfants de la communauté des gens du voyage ayant bénéficié d'une dose de vaccin suite au signalement des premiers cas groupés de la maladie au sein de la communauté. Les autres cas n'étaient pas vaccinés.

| Figure 4 |

Courbe épidémique de la survenue des cas de rougeole au sein d'un foyer épidémique, région d'Evreux (Eure), Avril-Mai 2010



GESTION DE LA TRANSMISSION AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ DES GENS DU VOYAGE

Identification des sujets réceptifs

Outre la recherche active de cas au sein de la communauté, l'investigation réalisée suite au premier signalement de cas a permis d'identifier les contacts réceptifs dans les campements fréquentés par la communauté. Des informations concernant le statut vaccinal (consultation du carnet de santé) ou un antécédent de la maladie (déclaratif) ont ainsi pu être collectées auprès de 38 personnes, dont une majorité d'enfants résidant dans deux campements situés à proximité d'Evreux.

L'analyse des données montre que la couverture vaccinale était globalement faible au sein de la collectivité au regard des éléments de comparaison disponibles :

- chez les personnes âgées de 12 à 24 mois (n=2), aucun n'était vacciné (taux de couverture vaccinale à 1 dose à 24 mois estimé à 91,6% dans l'Eure en 2007 - source InVS);
- chez les personnes nées depuis 1992 et âgées de plus de 24 mois, 48% (10/21) des personnes étaient vaccinées (enquêtes triennales réalisées en milieu scolaires retrouvant un taux de couverture à 2 doses de 44,3% en grande section de maternelle en 2005/2006, et de 74,2% en CM2 en 2004/2005);
- chez les personnes nées entre 1980 et 1991, 27% (4/15) étaient immunisées par la maladie.

Rattrapage vaccinal

Une campagne de rattrapage vaccinal a été mise en œuvre auprès de la communauté par le médecin vaccinateur du CHI Eure-Seine (Evreux) (pour rappel, la vaccination est une mission dévolue à 6 centres hospitaliers dans l'Eure). A la date du 26 avril 2010, soit 7 jours après réception du premier signal, 26 sujets ont bénéficié d'une dose de vaccin anti-rougeoleux. Cette campagne s'est déroulée en 2 étapes :

- Dans un délai d'environ 72 heures après la date de début de l'éruption (20 avril), rattrapage vaccinal auprès des contacts proches dans l'entourage : **11 vaccinations réalisées**
- Poursuite du rattrapage vaccinal auprès de l'ensemble de la communauté (26 avril) : **15 vaccinations réalisées sur 2 sites.**

Information / sensibilisation

Une sensibilisation a été réalisée par l'ARS HN auprès de la communauté des gens du voyage qui devait se rendre à la convention nationale évangélique de Neuvois (région Centre) à la fin mai, afin de prévenir la diffusion du virus lors de ce rassemblement.

Les professionnels de santé soulignent le rôle important joué par l'association de l'Eure des gens du voyage comme interface entre le médecin vaccinateur et les agents de l'ARS HN d'une part et la communauté des gens du voyage d'autre part. Cette médiation est une étape indispensable pour mettre en œuvre le plus efficacement possible les mesures de prévention et de gestion du risque épidémique au sein de la communauté.

GESTION DE LA TRANSMISSION AU SEIN DE L'HÔPITAL D'EVREUX

L'ensemble des cas de rougeole du foyer épidémique a fréquenté l'hôpital d'Evreux sur une période d'un mois (avril à mai 2010). A trois occasions, l'Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et le Service de santé au travail (SST), appuyés des agents des services concernés, ont dû décliner les mesures visant à contrôler et à limiter l'extension du phénomène épidémique :

- une première fois suite au passage des 3 cas index aux urgences pédiatriques le 17 avril ;
- une deuxième fois suite à l'identification du premier cas nosocomial chez un enfant dont le contage présumé avec l'un des cas index a eu lieu le 17 avril. L'enfant est revenue consulter aux urgences pédiatriques le 28 avril et aux urgences adultes le 29 avril ;
- une dernière fois suite à l'identification du second cas nosocomial chez un des membres du personnel du CHI d'Evreux. Au cours des 5 jours précédant l'éruption, la personne avait travaillé dans le service de néonatalogie, en maternité et aux urgences pédiatriques.

Quand un cas de rougeole identifié se présentait dans les services du CHI, sensibilisés à la situation épidémique, le cas était placé en isolement géographique et/ou devait porter un masque.

La rougeole en milieu de soins : fréquentation importante des établissements de santé par les cas déclarés en Haute-Normandie au cours du 1er semestre 2010

Parmi les 27 cas de rougeole déclarés aux autorités sanitaires en Haute-Normandie au cours du 1^{er} semestre 2010, 63% (17/27) ont fréquenté une ou plusieurs fois un établissement de santé (consultation ou hospitalisation) pendant la période où ils étaient contagieux avant que le diagnostic ne soit posé. Les 5 établissements concernés ont donc procédé a posteriori à l'information des sujets contacts (patients et/ou soignants), réalisé des examens sérologiques pour les soignants et/ou les patients hospitalisés et proposé une mise à jour de la vaccination des sujets réceptifs. L'ensemble de ces épisodes a entraîné au total l'information de plus de 240 patients et presque autant de soignants. Ces démarches sont lourdes à mettre en place pour les équipes soignantes, elles nécessitent la mobilisation rapide des équipes concernées (services cliniques, équipe d'hygiène, médecine du travail, laboratoires) afin de recenser les sujets contacts, les contacter (si possible par téléphone) et réaliser des sérologies dans un délai de 3 jours afin de pouvoir proposer une prophylaxie par rattrapage vaccinal si besoin.

La lourdeur de ces mesures et le risque d'apparition de cas secondaires potentiellement graves justifient la poursuite de l'information des services les plus exposés (urgences adultes et pédiatriques) afin que les mesures* d'isolement des malades ou des cas suspects (fièvre avec catarrhe oculo-respiratoire) soient mises en œuvre le plus rapidement possible en parallèle à la mise à jour de la vaccination du personnel réceptif.

* Port d'un masque chirurgical par le patient dès le début de sa prise en charge (salle d'attente, box de consultation, transport en ambulance, examens complémentaires, ...).

Risques professionnels : Les personnes nées avant 1980 non vaccinées et sans antécédents de rougeole (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, qui exercent les professions de santé (en formation, à l'embauche ou en poste) en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave, doivent recevoir 1 dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole. Au contact d'un cas, il est recommandé l'administration d'une dose de vaccin trivalent à tous les personnels susceptibles d'être ou d'avoir été exposés pour lesquels il n'existe pas de preuve biologique de rougeole antérieure ou qui n'ont pas reçu auparavant une vaccination complète à 2 doses. Cette vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent un contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé.

Les patients et les professionnels de santé contacts des cas nosocomiaux ont été pris en charge respectivement par les équipes de l'EOH et du SST.

Parmi les patients contacts, 73 ont été identifiés. Des courriers d'information leur ont été envoyés ainsi qu'à leur médecin traitant pour les informer de la situation et des recommandations d'usage. Aucun médecin traitant n'a rapporté de cas secondaire.

Pour les patients contact adultes encore hospitalisés, des précautions de type « air » ont été demandées en attendant la confirmation de leur statut immunitaire (antécédents de maladie ou sérologie). Les enfants contacts hospitalisés ont été vaccinés.

Par ailleurs, les listes des patients contacts ainsi que les dates limites de contagiosité éventuelle de ces patients ont été transmises aux services des urgences afin de prévoir un isolement immédiat en cas de consultation dans ces services.

Parmi le personnel, les personnes contact ont été recensées. Ces agents ont été informés de leur situation et des sérologies ont été réalisées en cas de schéma vaccinal incomplet ou en cas de doute sur un antécédent de la maladie. Suite à une rougeole survenue chez un membre du personnel supposé immunisé, la prescription de sérologie est désormais élargie à tous les personnels ne justifiant pas de deux injections de vaccin.

La politique de prévention se poursuit, avec vérification du statut immunologique des personnels vis-à-vis de la rougeole lors des visites en médecine du travail. Une vaccination de rattrapage est proposée si nécessaire.

Cinq mois après le début de l'épisode, 144 sérologies rougeole ont été réalisées. Le bilan est le suivant :

- 2 agents nés avant 1980 ont une sérologie négative ;
- 2 agents nés après 1980 et non vaccinés ont une sérologie négative.

CONCLUSION

L'investigation de cet épisode épidémique survenu dans la communauté des gens du voyage illustre le risque très important de transmission du virus dans une population insuffisamment vaccinée.

La rougeole en milieu de soins : mesures de prévention

La prise en charge d'un patient présentant une rougeole à l'hôpital nécessite la mise en œuvre de précautions complémentaires pour protéger les soignants et les autres patients : isolement du patient en chambre individuelle porte fermée, port d'un masque FFP1 ou FFP2 pour le personnel ou les visiteurs. Ces mesures sont à maintenir pendant la période de contagiosité (5 jours avant et jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption).

La découverte a posteriori d'un cas de rougeole, impose d'informer les sujets ayant côtoyé le cas pendant sa période de contagiosité (= sujets contacts). Il s'agit des voisins de chambre, des patients côtoyés en salle d'attente au sein des différents services ou plateaux techniques, le personnel ayant assuré la prise en charge, les visiteurs. Si le cas est un personnel, les sujets contacts sont les patients pris en charge par ce personnel, les visiteurs et le personnel côtoyés.

L'objectif de cette information est d'éviter l'apparition de cas secondaires par la mise en œuvre de mesures prophylactiques si les délais le permettent ou de repérer précocement les cas secondaires afin de prendre des mesures d'isolement.

La mise à jour de la vaccination dans les 72 heures suivant un contage peut éviter la survenue de la maladie chez une personne non immunisée, notamment les sujets à risque de rougeole grave (femme enceinte, immunodéprimés, enfant de moins de 1 an, ...). Chez ces derniers, l'administration d'immunoglobulines polyvalentes dans les 6 jours qui suivent le contage avec un cas confirmé doit être discutée au cas par cas. En milieu hospitalier, il peut être demandé aux personnels sujets contacts non immunisés de porter un masque chirurgical pendant toute la période de contagiosité potentielle (7 à 18 jours après le contage).

En milieu de soin, parallèlement à l'identification précoce et l'isolement des cas dès le début de leur prise en charge, la meilleure prévention de la rougeole passe par la vérification du statut immunitaire du personnel et la mise à jour de la vaccination des sujets réceptifs. La surveillance de la couverture vaccinale des soignants pour la rougeole est d'ailleurs un des indicateurs retenus dans le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013.

Pour en savoir plus, le C-Clin Paris-Nord a édité 2 fiches d'information l'une destinée aux personnels et l'autre aux patients sujets contacts. Ces fiches sont téléchargeables sur le site du C-Clin (<http://www.cclinparisnord.org>) : « Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la rougeole dans les établissements de santé » ; « Vous (ou l'un de vos proches) avez été en contact avec une personne atteinte de rougeole »

Conduite à tenir face à un cas de rougeole

En cabinet de ville :

- Accélérer la prise en charge, éviter le séjour prolongé du cas en salle d'attente
- Rechercher et identifier les patients contacts ayant fréquenté la salle d'attente
- Informer les sujets contacts, vérifier leur statut vaccinal et porter l'indication d'une vaccination si nécessaire selon le calendrier vaccinal (tableau 3) ou évaluer, en lien avec un service hospitalier, l'intérêt de l'administration d'IG selon les recommandations (3.4)
- Si l'état de santé du cas nécessite une hospitalisation : contacter le médecin hospitalier qui accueillera le cas pour que les mesures préventives puissent être mises en place dès l'arrivée du malade

Aux urgences :

- Isoler le patient, limiter ses déplacements, lui faire porter un masque chirurgical, limiter le nombre d'intervenants
- Accélérer la prise en charge
- Délivrer une information à l'ensemble du personnel des urgences sur les moyens de prévention, et prévenir le service de biologie avant l'envoi d'un prélèvement
- Rechercher et identifier les sujets contacts du cas suspect
- Informer les patients contacts, vérifier leur statut vaccinal ou orienter vers le médecin traitant et porter l'indication d'une vaccination si nécessaire selon le calendrier vaccinal ou de l'administration d'IG selon les recommandations
- Informer le service de biologie de tout cas suspect avant l'envoi d'un prélèvement
- S'assurer de l'arrêt de travail du cas, si membre du personnel (médecin du travail de l'établissement)
- Identifier le personnel contact d'un cas
- Mettre à jour la vaccination recommandée pour le personnel non immunisé selon le calendrier vaccinal avec une dose de vaccin trivalent à tous les personnels de santé susceptibles d'être ou d'avoir été exposés pour lesquels il n'existe pas de preuve biologique de rougeole antérieure ou qui n'ont pas reçu une vaccination complète à deux doses
- Vérifier le statut vaccinal des membres du personnel soignant et, le cas échéant, mise à jour de celui-ci.

Dr Benoît COTTRELLE, Dr Bruno VION

Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), Agence régionale de santé de Haute-Normandie (ARS HN)

Depuis 1998, la France s'est engagée aux côtés de l'Organisation mondiale de la santé dans une perspective d'élimination de la rougeole. La vaccination est recommandée pour tous les nourrissons depuis 1983 et depuis cette date le calendrier vaccinal n'a cessé d'évoluer avec l'introduction en 1997 d'une deuxième dose de vaccin trivalent, et le rattrapage chez les sujets réceptifs (adolescents et jeunes adultes) depuis 2005.

Un plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale a été élaboré pour les années 2005-2010. Il avait pour objectifs d'adapter le calendrier vaccinal et de promouvoir la vaccination, de renforcer la surveillance, de mesurer l'évolution de la couverture vaccinale et d'éviter la diffusion autour des cas.

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf

Afin de renforcer la surveillance de cette maladie, la rougeole a été réinscrite au tableau des maladies à déclaration obligatoire en 2005. Actuellement, le Centre national de référence est le CHU de Caen. La circulaire de novembre 2009 vise à renforcer la circulaire diffusée en 2005 et précise la conduite à tenir autour d'un cas ou de cas groupés et notamment la vaccination précoce des contacts réceptifs. Cette vaccination, effectuée dans les 72 heures suivant le contact, peut éviter l'apparition secondaire de cas dans l'entourage du malade.

Malgré ces mesures une couverture vaccinale insuffisante (estimée à 87 % pour la première dose en 2005) n'a pu éviter l'apparition, dans certains groupes de la population, de foyers qui se sont étendus. L'épidémie qui a débuté fin 2008 touche désormais l'ensemble des départements.

Devant la poursuite de cette extension, la Direction générale de la santé a souhaité renforcer la sensibilisation des professionnels de santé et de certaines populations particulièrement susceptibles.

Les professionnels de santé ont été sensibilisés en 2009 par la diffusion d'outils d'information :

- « Repères pour votre pratique » consacré à la rougeole
http://www.semaine-vaccination.fr/recrudescence_rougeole_pdf.pdf
- Argumentaire pour promouvoir la vaccination triple ROR
http://www.semaine-vaccination.fr/ArgumentaireROR_09-04-09.pdf
- Fiche vaccination
http://www.semaine-vaccination.fr/fiche_rougeole.pdf

Le diagnostic biologique en pratique¹

La rougeole n'est pas la seule maladie à éruption de type morbilliforme. Compte tenu de la baisse de l'incidence de la maladie, le diagnostic de la rougeole doit être confirmé biologiquement. Ceci contribue à la mise en place des mesures préventives autour des cas. Plusieurs possibilités existent :

- **Le prélèvement de salive (kit salivaire)** : c'est l'approche recommandée dans le cadre du plan d'élimination de la rougeole
 - Ce prélèvement est non-invasif. L'échantillon est prélevé à l'aide d'un écouvillon en mousse frotté contre la face interne des joues/gencives du malade pendant environ 1 minute. L'envoi peut se faire à température ambiante, par voie postale normale.
 - Les tests sont réalisés par le Centre national de référence de la rougeole (CHU de Caen - tel : 02 31 27 25 54 - fax : 02 31 27 25 57 - courriel : cnr-rou-para@chu-caen.fr). Les résultats, adressés au médecin prescripteur et à l'ARS, sont disponibles en moins de 3 jours.
 - Les kits salivaires (écouvillon + boîte de transport + lettre pré-affranchie) sont disponibles à la demande auprès de l'ARS.
- **La sérologie** : C'est la technique la plus simple à mettre en œuvre si l'on dispose d'un laboratoire pouvant rendre un résultat dans les 3 jours et si l'on ne dispose pas de kit salivaire au cabinet. Si elle est réalisée au cours des 3 premiers jours après l'éruption, une recherche d'IgM négative ne permet pas d'éliminer le diagnostic mais nécessite un second prélèvement quelques jours plus tard.

Ces tests doivent se faire en l'absence de vaccination contre la maladie dans les 2 mois précédant le prélèvement.

D'autres possibilités de diagnostic existent : PCR, culture sur prélèvements rhino-pharyngés, salivaires ou urinaires mais ne sont pas pratiqués en routine.

¹ Les informations concernant le diagnostic biologique de la rougeole sont détaillées dans la circulaire du 04/11/2009 (cf. « En savoir plus », page 8)



CONDUITE À TENIR PAR LE MÉDECIN EN CHARGE DU MALADE

(extrait de la circulaire du 4 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés de rougeole)

Signalement

Toute fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ avec une éruption maculo-papuleuse et au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik, doit être signalée sans délai, et sans attente de la confirmation biologique, à la plateforme de veille et d'alerte de l'ARS.

En Haute-Normandie

Tél : 02 32 18 31 69

Fax : 02 32 18 26 92

courriel : ars76-alerte@ars.sante.fr

En Basse-Normandie

Tél : 02 31 70 95 10

Fax : 02 31 70 95 50

courriel : ars-bnormandie-veille-sanitaire@ars.sante.fr

Notification

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin inspecteur de santé publique de l'ARS au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie (http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_rougeole.pdf). Elle intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire.

Confirmation biologique

La rougeole n'est pas la seule maladie à éruption morbilliforme, et une confirmation biologique est nécessaire. Plusieurs possibilités existent :

la sérologie pratiquée dès le troisième jour après l'éruption ; la présence d'IgM dans le sang permet d'affirmer le diagnostic.

le prélèvement salivaire (kit salivaire) adressé directement au Centre national de référence, il permet la recherche des IgM et de l'ARN viral par PCR.

Recherche de la source de contamination

L'interrogatoire permet de préciser si le malade a côtoyé un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption (notion d'un contage).

Eviction de la collectivité du malade (cas clinique ou cas confirmé)

La période de contagiosité dure jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption : tout contact avec des personnes n'ayant jamais eu la rougeole et non vaccinées doit être évité.

Recherche d'autres cas dans l'entourage familial

Cette recherche doit se faire quel que soit le statut du cas (clinique ou confirmé).

Identification des sujets contact dans l'entourage du malade

Dans les 24 heures qui suivent le signalement, l'identification des contacts (familles, proches, professionnels de santé, contacts dans les lieux de soins...) se fait quel que soit le statut du cas (clinique ou confirmé).

Vérification du statut vaccinal et vaccination, si nécessaire, des sujets contact proches dans l'entourage familial

En l'absence de preuve de vaccination ou en l'absence d'antécédents notés de rougeole, la personne est considérée comme non immunisée et potentiellement réceptive à la rougeole. La vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie. L'injection d'immunoglobulines polyvalentes dans les six jours qui suivent le contage avec un cas confirmé doit être discutée en lien avec un service hospitalier pour les femmes enceintes, les personnes immunodéprimées et les nourrissons de moins de six mois.

En savoir plus

Fiches pratiques concernant la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés (circulaire du 4 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés de rougeole) :

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf

http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/docs_investigation/fiches_pratiques_cas_de_rougeole.pdf

Le dossier complet de l'Institut de veille sanitaire sur la rougeole :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/default.htm>

S'abonner au bulletin de Veille Sanitaire de Normandie

En 2010 et 2011, les BVS seront diffusés aux formats papier et électronique. Par la suite, seule une diffusion électronique sera réalisée. Vous pouvez dès à présent vous abonner à la diffusion du format électronique en formulant votre demande à l'adresse courriel suivante :

ars-normandie-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>

Directeur de la publication : Dr Françoise WEBER, directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Arnaud MATHIEU, coordonnateur scientifique de la Cire Normandie

Comité de rédaction : Lionel PETIT (coordination du numéro), Dr Stéphane EROUART

Diffusion : Cire Normandie - 31, rue Malouet 76000 Rouen

Tél. : 02 32 18 31 64 - Fax : 02 32 18 26 50

<http://www.invs.sante.fr>