Document réservé aux professionnels de santé - État des connaissances - mars 2009

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Repères pour votre pratique

Recrudescence en France

la Rougeole

La rougeole est une maladie à fort potentiel épidémique, car très **contagieuse**. Cette maladie a encore trop souvent l'image de maladie bénigne, alors qu'elle peut être **grave** dans certains cas (pneumonie, encéphalite, décès). Le suivi épidémiologique de la rougeole met en évidence une **circulation très active du virus** en France depuis le deuxième semestre 2008. Le **signalement** des cas suspects ou confirmés doit être fait au plus vite auprès de la Ddass afin de mettre en place rapidement les mesures préventives autour de chaque cas (visant à limiter l'extension de la maladie).

Des foyers d'épidémies en France

En vingt ans, le nombre de cas de rougeole a beaucoup diminué grâce à la vaccination. Une quarantaine de cas ont été déclarés en 2006 et en 2007. Cependant, il existe depuis 2008, une recrudescence des cas de rougeole caractérisée par l'éclosion de plusieurs foyers épidémiques. Près de 600 cas ont été notifiés en 2008 mais on peut estimer, à partir des investigations de certains foyers, que le nombre réel de cas se comptait en plusieurs milliers. La persistance de ces foyers est favorisée par :

- **l'insuffisance de la couverture vaccinale** dans certaines communautés scolaires d'enfants et d'adolescents et de leurs fratries (en grande majorité des personnes non vaccinées ou dont la 2e dose n'a pas été effectuée) ;
- la possibilité d'une **transmission en milieu de soins** quand un cas est hospitalisé ou vu aux urgences ;
- la **méconnaissance** par certains cliniciens et biologistes du **signalement sans délai** des cas suspectés cliniquement ou confirmés biologiquement à la Ddass (maladie à nouveau à déclaration obligatoire depuis juillet 2005).

En savoir plus, les chiffres de l'InVS

Parmi les cas de rougeole pour lequel le statut vaccinal est renseigné (fiches de déclaration obligatoire), les données des cas déclarés en 2008 montrent que :

- 88 % ne sont pas vaccinés contre la rougeole, 9 % ont reçu une dose, 2 % ont reçu 2 doses ;
- l'âge médian des cas est de 13 ans ;
- le nombre de cas âgés de 30 ans ou plus est de 6 %.

Se reporter aux données de surveillance de l'InVS dans le dossier thématique rougeole (lettre « R ») [www.invs.sante.fr].

Manifestations cliniques [1]

La **transmission** du virus se fait surtout par voie aérienne à partir des sécrétions naso-pharyngées et plus rarement par des objets contaminés.

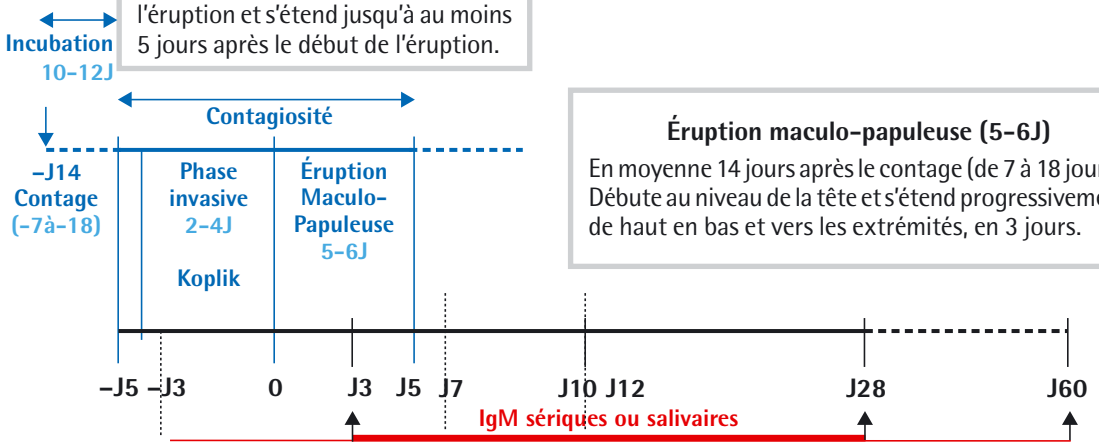
La période d'**incubation** dure 10 à 12 jours

Phase invasive (dure 2-4J)

- Fièvre à 38,5°C et catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite), malaise général avec asthénie ;
- Signe de Koplik, pathognomonique mais inconstant, disparaît avec le début de l'éruption ;

Contagiosité

Commence 5 jours avant le début de l'éruption et s'étend jusqu'à au moins 5 jours après le début de l'éruption.



Éruption maculo-papuleuse (5-6J)

En moyenne 14 jours après le contage (de 7 à 18 jours). Débute au niveau de la tête et s'étend progressivement de haut en bas et vers les extrémités, en 3 jours.

Période de positivité du test

Période conseillée pour le prélèvement

Les formes compliquées : otites et diarrhées sont les complications les plus fréquentes. Les complications sévères sont plus fréquentes chez les patients âgés de moins de 1 an et de plus de 20 ans : **pneumonie** surtout chez l'enfant (2 à 7 %) et **encéphalite aiguë** surtout chez l'adulte (1/1 000). Un décès des suites d'une encéphalite aiguë est survenu en France en 2009. Les données sur la fréquence des **décès** en Europe étaient d'environ 0,7/1 000 cas en 2006 [2].

Diagnostic biologique [1]

La rougeole n'est pas la seule maladie à éruption de type morbiliforme. Compte tenu de la baisse de l'incidence de la maladie, le diagnostic de la rougeole nécessite d'être confirmé biologiquement. Par ailleurs, cette confirmation contribue à la mise en place des mesures préventives autour des cas, dans l'objectif d'élimination de la rougeole. Plusieurs possibilités existent :

- **la sérologie** est la technique la plus simple 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). Pratiquée dès le 3e jour après le début de l'éruption, la présence d'IgM dans le sang permet d'assurer le diagnostic.

NB : une recherche d'IgM négative, réalisée au cours des 3 premiers jours de l'éruption ne permet pas d'éliminer le diagnostic mais nécessite un second prélèvement quelques jours plus tard.

(1) Circulaire N°DGS/SD5C/2005/303 du 4 juillet 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.

(2) Muscat M. *et al.* Measles in Europe : an epidemiological assessment. Lancet 2009 ; 373 : 383-9.

• **le prélèvement salivaire* (kit salivaire)** est une approche alternative dans le cadre du plan d'élimination. Le médecin peut, à l'occasion d'un signalement de cas, demander des kits de prélèvement salivaire à la Ddass (par téléphone, télécopie ou par l'intermédiaire de la fiche de notification obligatoire).

• **d'autres possibilités de diagnostic** existent : PCR, culture sur prélèvements rhino-pharyngés, salivaires ou urinaires, etc., mais ne sont pas pratiquées en diagnostic de routine.

NB : le diagnostic de rougeole sur salive et par sérologie, doit se faire en l'absence de vaccination contre la maladie dans les deux mois précédant le prélèvement.

Le prélèvement par kit salivaire (ou « salivette ») en pratique

• Il est non-invasif : il suffit de frotter la face interne des joues/gencives du malade pendant 1 minute environ avec la petite éponge (écouvillon) fournie jusqu'à ce que celle-ci soit imbibée de salive. L'écouvillon est remis dans le tube qui est identifié par une étiquette (nom, prénom, date de naissance du patient). Le tube est placé dans la boîte de transport, puis dans l'enveloppe préaffranchie fournie. L'envoi au CNR (l'adresse figure sur enveloppe) peut se faire à température ambiante, par voie postale normale.

• Une fiche de renseignements doit être complétée et accompagner le prélèvement. Les coordonnées du médecin prescripteur (adresse, N° de téléphone, N° de fax, courriel) doivent être fournies afin que le résultat lui soit communiqué rapidement. Les analyses des prélèvements sont gratuites pour le patient.

CNR : centre national de référence de la rougeole.

Conduite à tenir par le médecin de ville

La rougeole est une maladie à fort potentiel épidémique qui nécessite, localement, des **interventions urgentes avec l'appui de la Ddass** : enquête pour retrouver d'autres cas, identification des sujets contacts… La procédure de **signalement** à la Ddass permet le déclenchement local de **mesures de prévention** (éviction du cas, vaccination des contacts réceptifs), ayant pour objectif, au total, de stopper la diffusion du virus. **Les cliniciens et les biologistes** qui suspectent (critères cliniques) ou diagnostiquent (critères biologiques) un cas de rougeole doivent le **signaler à la Ddass**.

1 – Suspicion clinique : signalement du cas à la Ddass (sans attendre les résultats de la biologie).

Critères cliniques de signalement

Association d'une fièvre ≥ 38,5°C, d'une éruption maculo-papuleuse **et** d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

2 – Confirmation biologique : devant un cas suspect, il est fortement recommandé de confirmer biologiquement le diagnostic par :

- **sérologie sur prélèvement sanguin** ;
- ou **prélèvement salivaire : kits disponibles** à la Ddass, demandés à l'occasion du signalement du cas (par téléphone, télécopie ou par l'intermédiaire de la fiche de notification obligatoire), afin de permettre la confirmation biologique d'éventuels cas ultérieurs.

Si le diagnostic est biologiquement confirmé, signaler le cas à la Ddass ou bien l'informer du résultat si le signalement a déjà été fait.

Critères biologiques de signalement

• Détection sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement),

• Séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence,

• Détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire,

• Culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

3 – Signalement à la Ddass : il se fait **sans délai** et par **tout moyen approprié** (téléphone, télécopie) au médecin de la Ddass du lieu d'exercice. Il peut s'effectuer avec la fiche de notification obligatoire, téléchargeable sur le site de l'InVS [www.invs.sante.fr]. Cette fiche peut être transmise, même si tous les items ne peuvent pas être renseignés. Le médecin de la Ddass rappellera ensuite le déclarant afin de compléter la fiche, notamment en ce qui concerne les résultats des examens biologiques.

* Le prélèvement salivaire permet la recherche de l'ARN viral par PCR et la recherche d'IgM, qui apparaissent au même moment que dans le sérum.

4 – Notification obligatoire : envoi de la fiche de **notification obligatoire** à la Ddass, à moins que cette fiche n'ait déjà été adressée au moment du signalement, comme cela est proposé au paragraphe précédent. Les fiches validées et complétées sont transmises à l'InVS : elles ont une utilité **locale et nationale** (détecter les cas groupés, établir l'incidence départementale, régionale et nationale, mesurer les progrès vers l'élimination, etc.).

5 – Identification de la source de contamination, par l'interrogatoire : « le malade a-t-il côtoyé un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption (notion d'un contage) ? »

6 – Éviction du malade de la collectivité (cas clinique ou cas confirmé biologiquement). Elle est recommandée pendant toute la période de contagiosité, à savoir **jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption** ;

7 – Recherche d'autres cas dans **l'entourage familial du malade** par interrogatoire ;

8 – Identification des sujets contacts* dans l'entourage familial du malade ainsi qu'éventuellement dans la salle d'attente du cabinet, par interrogatoire, que le cas soit un cas clinique ou un cas confirmé. À faire dans les 24 heures qui suivent le signalement du cas ;

9 – Vérification du statut vaccinal à partir du carnet de santé ou du carnet de vaccination, selon les recommandations vaccinales actuelles (cf. BEH calendrier vaccinal, sur le site du ministère de la santé ou de l'InVS), et si nécessaire, **vaccination** des sujets contacts (permet de protéger contre la maladie si réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas de rougeole) ;

10 – Injection d'immunoglobulines polyvalentes pour certaines personnes à risque de rougeole grave, contacts d'un cas confirmé (ex : femme enceinte non vaccinée et sans antécédent de rougeole, certains enfants de moins de 12 mois, personne immunodéprimée, etc. - cf. circulaire pour détails) ; elle se fait en lien avec un service hospitalier après évaluation au cas par cas ; elles doivent être administrées au plus tard 6 jours après le contact avec le cas.

11 – Prise en charge en ville

- antipyrétiques, antibiothérapie si surinfection respiratoire (otite, broncho-pneumonie) ;
- si l'état du patient et son environnement le permettent, retour à **domicile**, où il devra garder la chambre : lavage des mains, aération régulière de la chambre, etc. ;
- si l'état de santé du malade nécessite une **hospitalisation**, prévenir l'équipe hospitalière de l'arrivée d'un cas de rougeole afin que les mesures préventives puissent être mises en place dès l'arrivée du patient.

* **Définition des sujets contacts :** parmi les personnes ayant côtoyé le malade pendant sa période de contagiosité (5 jours avant jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption), sont pris en compte :

- **les contacts proches :**
  - entourage familial (personnes de la famille vivant sous le même toit), crèche et halte-garderie (enfants et adultes de la même section),
  - enfants et adultes exposés au domicile de garde quand le cas est gardé par une assistante maternelle ;
- **les contacts dans les autres collectivités :** toute personne, enfant ou adulte, ayant partagé la même collectivité, notamment : école, collège, lycée, internat, lieu de travail… : personnes ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (classe, cantine, dortoir, bureau…), quelle que soit la durée.

Pour en savoir plus : mesures de prévention, sujets contacts, vaccination autour d'un (des) cas, etc.
Consulter la circulaire de la Direction générale de la santé [www.sante.gouv.fr], dossier rougeole (lettre « R » dans dossier « A à Z » du site du ministère de la santé).

Rédaction et coordination éditoriale : Emmanuelle Le Lay (INPES).

Remerciements : Dominique Escourolle, Daniel Floret, Christine Jestin, Daniel Lévy-Bruhl, Isabelle Morer, Isabelle Parent et l'ensemble du groupe d'experts en charge du suivi et de l'évaluation du plan d'élimination rougeole.

135-09612-DE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

SÉCURITÉ SOCIALE l'Assurance Maladie

InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

afssaps Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

www.inpes.sante.fr inpes Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Document réalisé dans le cadre du plan national d'élimination de la rougeole