

Direction générale de la santé
Sous-direction Prévention des risques infectieux
Bureau Risques infectieux et politique vaccinale

Personne chargée du dossier :
Dr Dominique Escourolle
tél. : 01 40 56 59 35
fax : 01 40 56 78 00
mél. : dominique.escourolle@ante.gouv.fr

La ministre de la santé et des sports
à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales
(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux
préfigurateurs d'Agences Régionales de Santé
(pour information)

CIRCULAIRE N°DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 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

Date d'application : immédiate

NOR : SASP0926121C

Classement thématique : Protection sanitaire

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : La France, membre de la Région Europe de l'OMS, entrée en 2005 dans une politique d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale à l'horizon 2010, a élaboré dans ce but un « Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 ». Ce plan prévoit notamment, parmi les principales mesures, une amélioration de la surveillance de la rougeole par l'inscription de celle-ci à la liste des maladies à déclaration obligatoire ainsi que par la confirmation biologique des cas. Il prévoit également les mesures à mettre en œuvre autour d'un cas ou de cas groupés. La présente circulaire a pour objet d'une part de redéfinir les modalités de signalement et de notification d'un cas de rougeole ainsi que de la confirmation biologique des cas et d'autre part de mettre à jour les actions à mener autour d'un cas ou de cas groupés.

Mots-clés : rougeole, confirmation biologique, IgM salivaires, signalement, notification, cas clinique, cas groupés, transmission nosocomiale, investigation, sujets contacts, cas confirmé, calendrier vaccinal, vaccination, rattrapage vaccinal, éviction de la collectivité

Textes de référence : articles L. 3113-1, R. 3113-1 à R. 3113-5, D. 3113-6 et D. 3113-7 du code de la santé publique ; arrêté du 24 juin 2005 relatif à la notification des cas de rougeole ; avis du Haut conseil de la santé publique du 26 juin 2009 relatif à la vaccination d'un ou plusieurs cas de rougeole

Texte abrogé : Circulaire 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

Annexes : Annexe 1 : six fiches techniques

La France s'est engagée dans une politique d'élimination de la rougeole, selon l'objectif de la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé et a élaboré en 2005 le « plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 ». Celui-ci a reçu un avis favorable du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) lors de la séance du 18 mars 2005.

Ce plan, consultable sur le site Internet du ministère en charge de la santé (<http://www.sante.gouv.fr>, dossier « rougeole ») a pour objectif, pour tendre vers l'élimination de la maladie, d'atteindre un niveau de couverture vaccinale contre la rougeole de 95 % à 24 mois associé à un rattrapage vaccinal pour les personnes nées depuis 1980. En effet, l'augmentation de la couverture vaccinale, depuis que le vaccin contre la rougeole a été introduit dans le calendrier vaccinal français pour tous les nourrissons (en 1983), a été progressive et s'est accompagnée d'une forte diminution de l'incidence de la rougeole et donc d'une diminution de la probabilité de rencontrer le virus sauvage. Ce fait, ajouté à un taux de couverture vaccinale suboptimal, conduisent à la situation dans laquelle un certain nombre d'adolescents et jeunes adultes ne sont pas immunisés contre la rougeole, n'ayant ni rencontré le virus sauvage ni été vaccinés, et sont source de flambées épidémiques dans ces tranches d'âge.

L'ensemble des mesures prévues dans le plan ont été mises en place dans le deuxième trimestre 2005 et les investigations systématiques à mener autour d'un cas ou de cas groupés ont fait l'objet d'une première circulaire en 2005.

La recrudescence des cas de rougeole déclarés en France à partir du deuxième semestre 2008, notamment chez les adolescents et jeunes adultes dans les établissements scolaires, ainsi que des épisodes de transmissions nosocomiales, ont rendu nécessaire l'actualisation des mesures à mettre en œuvre autour d'un cas ou en situation de cas groupés de rougeole.

La présente circulaire a été élaborée à partir des travaux du groupe d'experts en charge du suivi et de l'évaluation du « plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 » et a reçu un avis favorable du Haut conseil de la santé publique (HCSP) lors de la séance du 26 juin 2009.

Cette nouvelle circulaire, après un rappel sur le diagnostic clinique et biologique de la maladie (fiche 1) et sur les vaccinations recommandées dans le nouveau calendrier vaccinal 2009, (fiche 2), précise les procédures de signalement et de notification des cas, actualise la conduite à tenir autour d'un cas et notamment les nouvelles mesures de vaccination autour d'un cas (fiche 3) ainsi qu'en situation de cas groupés (fiche 4) et indique enfin les actions à mettre en œuvre autour d'un cas en milieu de soins, ambulatoire ou hospitalier (fiche 5).

Le signalement sans délai aux Ddass de toute suspicion permet de mettre en œuvre rapidement les mesures préventives autour des sujets contacts réceptifs et notamment des sujets à risque de complication (vaccination de rattrapage ou vaccination post-exposition). Les prélèvements biologiques (tests salivaires ou sérologie) permettent, outre la confirmation des cas, la surveillance virologique en France. Des actions d'information, tant vers le public que vers les professionnels, doivent être mises en place devant tout nouveau foyer épidémique.

Ceci impose que tous les acteurs concernés restent mobilisés, notamment en milieu scolaire, lieu propice à l'apparition de foyers épidémiques : que ce soit les cliniciens et les biologistes, les médecins inspecteurs de santé publique (Misp) et infirmières des Ddass, les médecins et infirmières de l'éducation nationale, les médecins de crèche, de protection maternelle et infantile, les centres de vaccinations, la médecine du travail,

Vous voudrez bien diffuser cette circulaire dans les plus brefs délais :

- aux établissements de santé publics et privés,
- aux Conseils départementaux de l'ordre des médecins et URML,
- aux Conseil régionaux de l'ordre des pharmaciens,

- aux services de promotion de la santé en faveur des élèves,
- aux Conseils généraux, notamment aux services de protection maternelle et infantile pour diffusion aux services d'accueil de l'enfance, et aux centres de vaccinations
- aux municipalités pour diffusion à leurs services d'hygiène et de santé et leurs établissements d'accueil de l'enfance,
- aux directions régionales et départementales de la jeunesse et des sports.

Je vous remercie de bien vouloir me tenir informé des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application de la présente circulaire.

Le Directeur général de la santé

Signé

Didier Houssin

Annexe 1 : Six fiches

Fiche 1 : Diagnostic clinique et biologique de la rougeole	p. 2
Fiche 2 : Vaccination contre la rougeole - Rappel du calendrier vaccinal	p. 4
Fiche 3 : Conduite à tenir autour d'un cas	p. 5
Fiche 4 : Conduite à tenir devant des cas groupés	p. 9
Fiche 5 : Conduite à tenir autour d'un cas en milieu de soins	p. 11
Fiche 6 : Formulaire de déclaration obligatoire de la rougeole (disponible en téléchargement : http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_rougeole.pdf)	p. 13

Fiche 1 : Diagnostic clinique et biologique de la rougeole

1.1 Manifestations cliniques

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

- La phase d'invasion dure 2 à 4 jours : apparition d'une fièvre à 38,5°C et d'un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite) accompagné d'un malaise général avec asthénie. Le signe de Koplik, pathognomonique, est inconstant. Il apparaît vers la 36ème heure puis disparaît après le début de l'éruption.

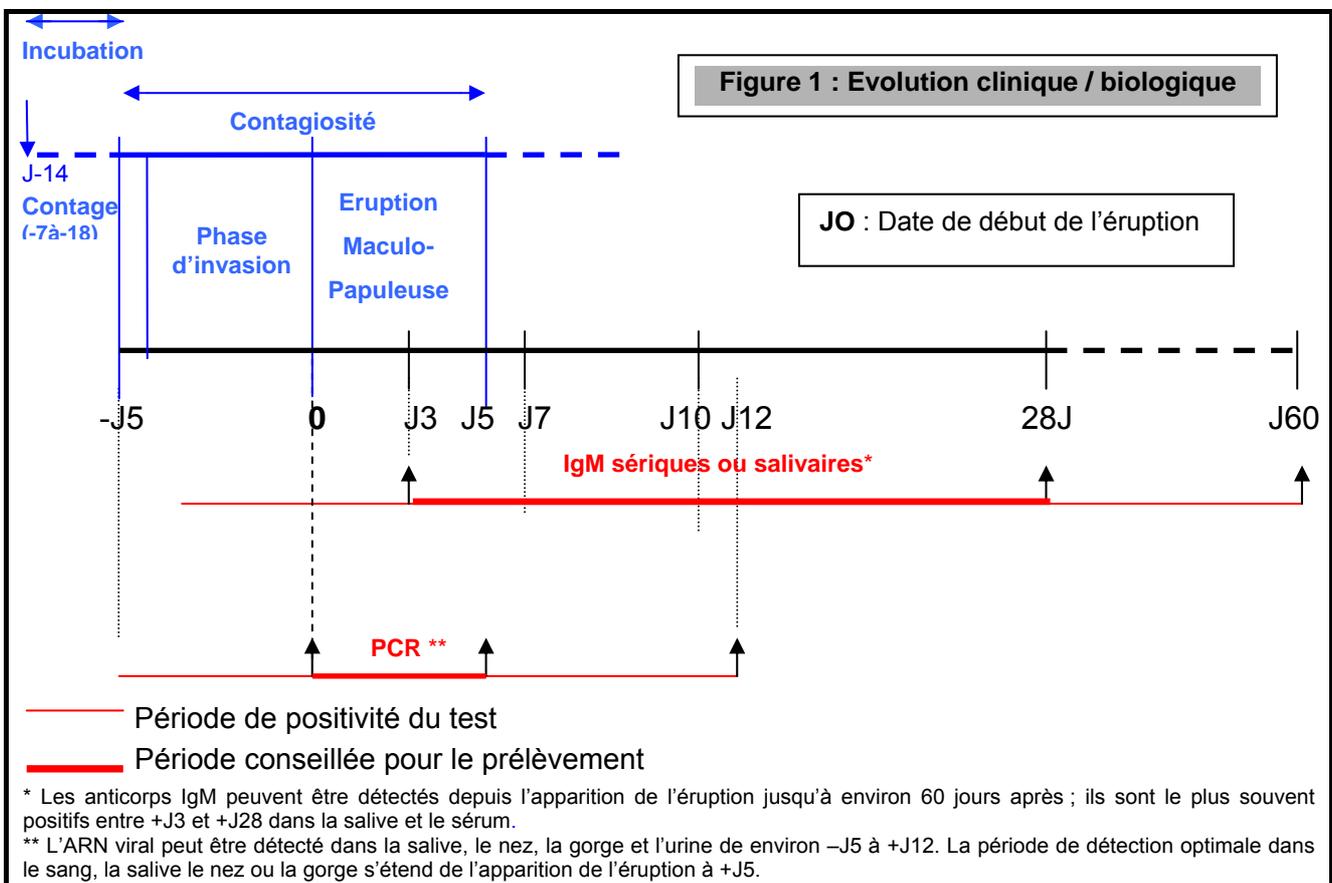
- **Le délai moyen d'apparition de l'éruption est de 14 jours après le contage (de 7 à 18 jours)**.

- L'éruption maculo-papuleuse dure 5-6 jours. Elle débute au niveau de la tête et s'étend progressivement de haut en bas et vers les extrémités, en 3 jours.

Les formes compliquées sont plus fréquentes chez les patients âgés de moins de 1 an et de plus de 20 ans. Les complications les plus sévères sont la pneumonie chez l'enfant (2 à 7%) et l'encéphalite aiguë chez l'adulte (1/1000).

1.2 Transmission

La rougeole est une infection virale hautement contagieuse. Sa transmission se fait surtout par voie aérienne à partir des sécrétions naso-pharyngées, et plus rarement par des objets contaminés. **La phase de contagiosité commence la veille de l'apparition des premiers symptômes, soit cinq jours avant le début de l'éruption, et s'étend jusqu'à au moins 5 jours après le début de l'éruption.**



1.3 Diagnostic biologique

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 nécessite d'être confirmé biologiquement**. Par ailleurs, dans l'objectif d'élimination de la maladie, cette confirmation contribue à la mise en place des mesures préventives autour des cas. Il existe deux possibilités pour faire le diagnostic biologique :

1.3.1. Soit le diagnostic à partir d'un prélèvement de salive (kit salivaire) : C'est l'approche recommandée dans le cadre du Plan d'élimination de la rougeole.

- L'échantillon de salive est prélevé à l'aide d'un écouvillon en mousse que l'on passe le long de la gencive (cf. tableau 1).
- Il permet la recherche de l'ARN viral (par PCR) et celle des anticorps IgM et IgG spécifiques. Les IgM spécifiques sont présentes dans la salive en même temps que dans le sang ; les IgG peuvent être décalés de quelques jours. L'ARN viral est toujours présent pendant les phases d'invasion et éruptive de

la maladie. Sa détection permet l'analyse génomique de la souche et l'identification de son origine géographique.

- Les tests sont réalisés par le Centre national de référence (CNR) de la rougeole et des Paramyxoviridae respiratoires. Les résultats, adressés par le CNR au médecin prescripteur et à la DDASS, peuvent être obtenus en moins de 3 jours.
- Il est nécessaire de s'assurer qu'il n'y a pas eu de vaccination anti-rougeole dans les deux mois précédant le prélèvement.

1.3.2. Soit la Sérologie sur prélèvement de sang (tube sec) : 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. (Nota : Si un prélèvement salivaire est effectué par le médecin au moment de la consultation, un prélèvement sérique est inutile).

La méthode est un test ELISA pratiqué sur le sérum. En cas de rougeole, on observe une séroconversion des IgG et la présence d'IgM spécifiques. Les anticorps IgM sont déjà présents au moment de l'éruption et peuvent être détectés jusqu'à environ 60 jours plus tard. Les IgG apparaissent à peu près en même temps que les IgM. Toutefois, une sérologie négative réalisée au cours des 3 premiers jours de l'éruption ne permet pas d'éliminer le diagnostic ; Dans ce cas, pour affirmer le diagnostic, il sera alors nécessaire de faire un second prélèvement environ 8 jours plus tard qui permettra d'observer l'apparition des anticorps.

Tout comme pour le prélèvement salivaire, les tests sérologiques ne sont interprétables qu'en l'absence de vaccination anti-rougeole dans les deux mois précédant le prélèvement. Par ailleurs, la recherche de l'ARN viral par PCR sur des sérums à IgM anti rougeole positives est souvent négative (virémie très précoce, faible et intermittente). L'identification du génotype est donc dans ce cas impossible

1.3.3. Autres possibilités de diagnostic

Le virus de la rougeole peut être détecté par PCR dans le rhino-pharynx, l'urine, les lymphocytes du sang. L'ARN viral est détectable dans ces échantillons de quelques jours avant le début de l'éruption jusqu'à environ 12 jours après. Cette recherche par PCR est réalisée au CNR (courriel : cnr-rou-para@chu-caen.fr) et dans certains laboratoires de virologie.

Tableau 1 : Technique de prélèvement - Kit salivaire

<p>Composition d'un kit de prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un écouvillon en mousse dans un tube en plastique fermé (ci-contre) qui se conserve à T° ambiante ; - une étiquette et une boîte de transport ; - une fiche de renseignements pour le CNR ; - une enveloppe pré-affranchie à l'adresse du CNR¹. 	
<p>Technique : Ce prélèvement est non-invasif. Il suffit de frotter la face interne des joues/gencives du malade pendant 1 minute environ avec la petite éponge fournie jusqu'à ce que celle-ci soit imbibée de salive. Une fois le prélèvement réalisé, l'écouvillon est remis dans le tube plastique qui est identifié par une étiquette sur laquelle doivent être inscrits le nom, le prénom et la date de naissance du patient. Puis ce tube est placé dans la boîte de transport qui est placée dans l'enveloppe. L'envoi peut se faire à température ambiante, par voie postale normale.</p>	
<p>Mise à disposition des kits de prélèvements salivaires par la DDASS : Les services d'accueil des urgences, adultes et pédiatriques, sont dotés d'une dizaine de kits par les DDASS. Les SAU et les médecins libéraux peuvent, à l'occasion du signalement de cas, demander des kits de prélèvement salivaire à la DDASS (par téléphone, télécopie ou par l'intermédiaire de la fiche de DO). Les DDASS enverront aux médecins par voie postale les kits demandés. Ces Kits seront adressés avec une fiche de renseignements, l'emballage et l'enveloppe affranchie pour l'envoi.</p>	
<p>Les analyses des prélèvements sont gratuites pour le patient. La 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 (dans les 3 jours) par le CNR (cnr-rou-para@chu-caen.fr).</p>	
<p>Gestion des kits salivaires par les DDASS : L'InVS assure la gestion d'un stock national afin de pouvoir permettre l'investigation d'éventuelles flambées épidémiques et de répondre à la demande des DDASS pour le renouvellement de leurs stocks. A cette fin, les DDASS doivent faire une demande de kits auprès de l'InVS (01 41 79 68 72, kits-rougeole@invs.sante.fr).</p>	

Nota : Les mêmes recommandations concernant le diagnostic biologique s'appliquent pour les Départements d'Outre-mer (confirmation biologique et recueil des souches circulantes). Pour les modalités d'acheminement des prélèvements, prendre contact avec le CNR (cnr-rou-para@chu-caen.fr).

¹ En 2009, CNR rougeole : Laboratoire de virologie humaine et moléculaire, CHU, avenue G. Clemenceau, 14033 Caen cedex – Tél. : 02 31 27 25 54 – Fax : 02 31 27 25 57 - courriel : cnr-rou-para@chu-caen.fr

Fiche 2 : Vaccination contre la rougeole - Rappel du calendrier vaccinal en 2009

Le calendrier vaccinal a été modifié en 2009 pour être adapté aux données épidémiologiques et à l'objectif d'élimination de la rougeole² (Tableau 2).

Les recommandations vaccinales particulières, émises par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), autour d'un cas et autour de cas groupés figurent dans les tableaux 3 et 4 (fiches 3 et 4).

Tableau 2 : Vaccination contre la rougeole – rappel du calendrier vaccinal en 2009³

Recommandations générales	
Age de la vaccination	Vaccin
A 12 mois	1 ^{ère} dose du vaccin trivalent (Rougeole Rubéole Oreillons).
Entre 13 et 24 mois	2 ^{ème} dose du vaccin trivalent. (Respecter un intervalle d'au moins un mois entre les 2 doses)
Enfants et adolescents de plus de 24 mois, nés depuis 1992 (Rattrapage)	1 ^{ère} et 2 ^{ème} dose du vaccin trivalent. Deux doses de vaccin trivalent pour les enfants n'en ayant pas déjà bénéficié. (Respecter un intervalle d'au moins un mois entre les 2 doses)
Personnes nées entre 1980 et 1991 (Rattrapage)	Au moins une dose du vaccin trivalent pour ceux qui n'ont pas été vaccinés contre la rougeole auparavant, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.
Recommandations pour les groupes à risque	
Groupe à risque	Vaccin
Nourrissons de moins de 12 mois	- entrant en collectivité : 1 ^{ère} dose de vaccin trivalent dès 9 mois. Une 2 ^{ème} dose de vaccin trivalent doit être administrée entre 12 et 15 mois et suffit ⁴ . - se rendant en voyage dans une zone de forte endémicité ou dans les pays n'ayant pas de programme d'élimination de la rougeole ⁵ : Une dose de vaccin monovalent peut être administrée entre 6 et 8 mois (l'enfant recevra par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal)
Voyageurs non vaccinés et sans antécédent de rougeole	- nés en 1980 ou après : Mise à jour du calendrier vaccinal - nés avant 1980³ : Une dose de vaccin trivalent. Le risque doit être évalué par le médecin vaccinateur en fonction de la durée, des conditions du voyage et du niveau d'endémicité de la rougeole dans le pays ⁵ .
Professionnels de santé non vaccinés, sans antécédents de rougeole ou dont l'histoire est douteuse et dont la sérologie est négative parmi les suivants : professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave.	- nés en 1980 ou après , mise à jour du calendrier vaccinal : . nés depuis 1992 : Deux doses de vaccin trivalent . nés entre 1980 et 1991 : Au moins une dose du vaccin trivalent - nés avant 1980 : Une dose de vaccin trivalent.

La vaccination antirougeoleuse est déconseillée pendant la grossesse, cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne doit pas conduire à un avis d'interruption médicale de grossesse.

² BEH n°29-30 du 5 juillet 2005

³ BEH n°16-17 du 20 avril 2009

⁴ La recommandation antérieure était d'administrer un vaccin contre la rougeole monovalent. Si le vaccin monovalent a été utilisé, deux autres injections de vaccin trivalent sont nécessaires afin d'assurer une protection efficace contre les oreillons.

⁵ Recommandations sanitaires pour les voyageurs BEH n° 23-24 du 02 juin 2009

Fiche 3 : Conduite à tenir autour d'un cas

La rougeole est redevenue, en 2005, une maladie à déclaration (signalement et notification) obligatoire (décret n° 2005-162 du 17 février 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et arrêté du 24 juin 2005 relatif à la notification des cas de rougeole). La confirmation biologique des cas cliniques est un élément essentiel de la surveillance.

3.1 Signalement *(article R. 3113-4 code de la Santé publique)*

Les **cliniciens et les biologistes** qui suspectent (critères cliniques) ou diagnostiquent (critères biologiques) un cas de rougeole doivent le signaler sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie) au MISP de la DDASS. Ce signalement peut s'effectuer avec la fiche de notification obligatoire (cf. 3.3). **Cette fiche est alors faxée à la DDASS même si tous les items ne peuvent être renseignés.**

Le signalement permet à la DDASS de réaliser une enquête afin de rechercher d'autres cas et de prendre des mesures préventives appropriées ou de s'assurer qu'elles ont été prises pour les sujets contacts (cf. 3.5).

Critères de signalement :

• Critères cliniques

Association d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

• Critères biologiques

- Détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole, ou
- 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, ou
- détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire, ou
- culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

3.2 Confirmation biologique des cas

Compte tenu des données épidémiologiques, **la confirmation biologique des cas suspectés cliniquement est maintenant un élément essentiel de la surveillance.** (cf. fiche 1)

3.3 Notification *(articles R. 3113-1 à 3 du code de la Santé publique et circulaire DGS/SD5C/SD6A n° 2003/60 du 10/02/03)*

Une fiche de notification a été établie (cf. annexe 1). Elle est à la disposition des médecins et des biologistes. Cette fiche est téléchargeable sur le site Internet de l'InVS (http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_rougeole.pdf) ou elle peut être envoyée au déclarant par le Misp de la Ddass à la demande ou lors du signalement d'un cas.

Au décours du signalement, une fiche de notification est complétée pour chaque cas et adressée à la DDASS (si cette fiche a déjà été adressée à la DDASS au moment du signalement, comme cela est proposé en 3.1, elle est alors faxée dûment complétée ou avec les nouveaux résultats/items modifiés).

Les fiches sont ensuite adressées par les DDASS à l'InVS (cf. 3.5.3).

La notification des cas de rougeole a pour objectif national :

- de détecter les cas groupés,
- de mesurer les progrès vers l'élimination et de faciliter les actions de prévention
- d'établir l'incidence départementale, régionale et nationale, ainsi que les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques de la rougeole.

A l'issue du signalement et des éléments recueillis lors de la notification, les cas retenus sont classés en :

- **Cas clinique** : Cas présentant les critères cliniques pour lequel il n'y a pas eu d'analyse biologique et qui n'est pas lié épidémiologiquement à un autre cas de rougeole confirmé ou pour lequel les résultats biologiques ne permettent pas d'exclure le diagnostic (ex : prélèvement négatif réalisé en dehors des délais préconisés, cf. fiche 1).
- **Cas confirmé biologiquement** : Patient ayant présenté des signes cliniques évocateurs de rougeole et pour lequel un ou plusieurs critères de confirmation biologique sont présents.
- **Cas confirmé épidémiologiquement** : Cas qui répond à la définition d'un cas clinique⁶ et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé⁷.

⁶ En situation de cas groupés, le diagnostic peut être défini épidémiologiquement avant que l'ensemble des signes cliniques soient présents

⁷ Ce cas peut être un cas confirmé biologiquement ou être un cas confirmé épidémiologiquement (situation correspondant à une chaîne de transmission).

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),
- > Enfants et adultes de la même section en crèche ou en halte garderie
- > 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.

3.4 Mesures de contrôle à prendre par le médecin en charge du malade

- **Identification de la source de contamination**

Recherche par l'interrogatoire 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)**

Elle est recommandée pendant toute la période de contagiosité, à savoir jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption (voir notamment le guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants du CSHPF du 14/03/03)⁸ : tout contact du malade avec des personnes n'ayant jamais fait la rougeole et non vaccinées selon les recommandations vaccinales doit être évité.

- **Recherche d'autre cas dans l'entourage familial du malade par interrogatoire**

Cette recherche doit se faire que le cas soit un cas clinique ou un cas confirmé. Les examens biologiques sont inutiles pour les contacts asymptomatiques.

- **Identification des sujets contacts dans l'entourage familial du malade par l'interrogatoire**

Cette recherche se fait que le cas soit un cas clinique ou un cas confirmé. Elle doit se faire dans les 24 heures qui suivent le signalement du cas.

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

Pour le statut vaccinal, seuls les carnets de santé ou de vaccination le documentent. En leur absence, (et en l'absence d'antécédents notés de rougeole) la personne est considérée comme non immunisée, et potentiellement réceptive à la rougeole. **Pour les indications des vaccins, se référer au tableau 3.**

Par ailleurs, la vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie. Il est donc indispensable de mettre en œuvre les actions aussi rapidement que possible.

- **Immunoglobulines (IG) polyvalentes en post-exposition à un cas confirmé**

- **L'intérêt de l'administration d'une seule injection d'immunoglobulines (IG) polyvalentes après exposition à un cas confirmé est évalué au cas par cas** en liaison avec un service hospitalier (pédiatrie ou infectiologie). Pour être efficaces les IG doivent être administrées dans les 6 jours qui suivent le contage. Leur administration se fait par voie intraveineuse et nécessite une courte hospitalisation. On considère que la protection conférée par les IG est d'environ un mois.

- **Les IG polyvalentes sont recommandées⁹ après exposition à un cas confirmé pour :**

- La femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole.
- Le sujet immunodéprimé, quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole.
- Les enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole.
- Les enfants de moins de 6 mois dont la mère n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée (dans le doute une sérologie maternelle IgG peut être demandée en urgence).
- Les enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72 h après contact (cf. tableau 3), quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole.

- **Après avoir reçu des IG pour une exposition à la rougeole, une vaccination avec le vaccin trivalent est recommandée aux âges prévus par le calendrier vaccinal (cf. tableau 2). Un délai d'au moins 3 mois après l'administration des IG sera respecté.**

⁸ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/maladie_enfant/sommaire.htm

⁹ Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2011, validé par le CSHPF 18/03/2005

3.5 Mesures à prendre par la DDASS

3.5.1 Les DDASS sont chargées, en lien avec les médecins des services concernés (PMI, médecins scolaires, médecins du travail), des mesures concernant les contacts extra familiaux.

La DDASS doit également s'assurer auprès du médecin en charge du malade que les mesures pour l'entourage familial et pour les contacts en milieu de soins (professionnels de santé et autres patients) ont été prises (cf. 3.4 et fiche 5). Elle recueille l'information quant à une confirmation biologique et s'assure que la fiche de DO a été complétée.

Nota : Cas importé

Un cas est considéré comme importé lorsque la rougeole survient au décours d'un séjour à l'étranger au cours des 7-18 jours précédant l'éruption et que la maladie ne peut être rattachée à une transmission locale sur le territoire français. Lorsque le signalement ou la DO font mention d'une notion de séjour à l'étranger, et que le cas est confirmé biologiquement, la Ddass doit s'assurer auprès du médecin ou du malade qu'il n'y a pas de notion de contagion sur le territoire national. Si tel est le cas, la Ddass recommande, en lien avec le médecin ou biologiste déclarant, un prélèvement salivaire (ou autre si le cas est hospitalisé) en vue d'un génotypage.

Cas des transports aériens : Lorsqu'à l'interrogatoire il est établi qu'un malade (cas confirmé biologiquement) a utilisé un moyen de transport aérien international (aéronef) pendant la période de contagiosité, il convient d'informer la DGS, le Département des Urgences Sanitaires (alerte@sante.gouv.fr), qui évaluera la nécessité de procéder, en lien avec la compagnie aérienne et éventuellement les autorités sanitaires concernées pour information, à une recherche des passagers contacts potentiellement réceptifs.

3.5.2 Recherche d'autres cas et identification des sujets contacts extra-familiaux

Nota : Pour les statuts vaccinaux, seuls les carnets de santé ou de vaccination le documentent. En leur absence (et en l'absence d'antécédents notés de rougeole), la personne contact est considérée comme non immunisée, et potentiellement réceptive à la rougeole.

• **Cas gardé par une assistante maternelle, en crèche ou en halte garderie**

Lorsqu'un cas (**cas clinique¹⁰ ou cas confirmé biologiquement**) survient chez une assistante maternelle ou dans une collectivité pré-citée, la DDASS, en collaboration avec les médecins concernés (notamment médecins de crèche, de PMI et médecins traitants), dès le signalement du cas :

- > vérifie auprès du médecin traitant et de la collectivité que la mesure d'éviction du malade est appliquée ;
- > s'informe de la présence d'éventuels autres cas chez l'assistante maternelle ou dans l'établissement en proposant notamment qu'une recherche active soit réalisée auprès des familles des enfants absents ; en cas de recherche positive, se rapporter au chapitre « cas groupés » ;
- > demande d'informer sans délai (dès le signalement) les familles et les membres du personnel de l'existence des risques de contracter la rougeole ;
- > recommande la vaccination à partir de l'âge de 6 mois (cf. tableau 3) des enfants contacts du cas gardés par l'assistante maternelle ou de la même section (de 6 à 8 mois avec un vaccin monovalent, ils recevront alors par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal). Celle-ci, si elle est réalisée dans les 72 h qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie ;
- > recommande la vaccination des adultes au domicile de l'assistante maternelle et des personnels travaillant dans la section nés entre 1980 et 1991 (cf. tableau 3), si possible dans les 72 h après le contact avec le cas avec une dose de vaccin, même si ces sujets ont reçu une dose auparavant. Pour ceux nés entre 1965 et 1979 qui n'ont pas d'antécédent de rougeole et qui n'ont pas été vaccinés auparavant, une dose de vaccin trivalent est recommandée (cf. tableau 3).

L'intérêt de l'administration d'immunoglobulines chez les sujets contacts d'un cas confirmé est évalué par le médecin en liaison avec un service hospitalier (pédiatrie ou infectiologie) (cf. 3.4)

• **Cas survenant en établissement scolaire (école, collège lycée)**

Les mesures décrites ci-après ne seront prises qu'en cas de confirmation biologique du cas.

La DDASS, en lien avec le service de promotion de la santé en faveur des élèves :

- > vérifie auprès des médecins de l'éducation nationale que la mesure d'éviction du malade est appliquée ;
- > s'informe de la présence d'éventuels autres cas dans l'établissement auprès des personnels de l'établissement et demande, si elle est réalisable, une recherche active de cas en contactant les familles des élèves absents ; en cas de recherche positive, se rapporter au chapitre « cas groupés » ;
- > demande d'informer les familles et les membres du personnel ayant fréquenté les mêmes locaux que le malade des risques de contracter la rougeole (peut se faire par courrier ou à défaut, par affichage ;

¹⁰ Un cas clinique non confirmé relève d'une des situations suivantes : il n'y a pas eu d'investigation biologique ; la confirmation biologique est en cours ; les prélèvements sont négatifs mais ont été effectués trop précocement (< 3 jours ou trop tardivement (> à 28 jours).

> recommande la vaccination des élèves et des personnels nés en 1980 ou après, ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (classe, cantine, dortoir,...), cf. tableau 3 ; la vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie.

Dans la mesure du possible, une vérification du statut vaccinal des élèves et personnels de l'ensemble de l'établissement né en 1980 ou après est réalisée et les personnes non à jour (cf. tableau 2) sont adressées à leur médecin traitant, à un centre de santé ou de prévention médicale pour mise à jour de la vaccination.

• **Cas survenant en milieu professionnel**

Les mesures décrites ci-après ne seront prises qu'en cas de confirmation biologique du cas.

La DDASS, en lien avec le service de médecine du travail :

> vérifie que la mesure d'éviction du malade est appliquée ;

> s'informe de la présence d'éventuels autres cas dans l'établissement auprès des personnels de l'établissement et demande, si elle est réalisable, une recherche active de cas ; en cas de recherche positive, se rapporter au chapitre « cas groupés »

> demande d'informer le personnel de l'établissement ayant fréquenté les mêmes locaux que le malade des risques de contracter la rougeole. Cette information peut se faire par courrier ou à défaut, par affichage.

> recommande la mise à jour des vaccinations des personnes nées en 1980 ou après, ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (bureau, cantine,...) (cf. tableau 3) ; la vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie ;

Dans la mesure du possible, une vérification du statut vaccinal du personnel de l'établissement né en 1980 ou après est réalisée et les personnes non à jour (cf. tableau 2) sont adressées à leur médecin traitant, à un centre de santé ou de prévention médicale.

• **Cas hospitalisés (cf. fiche 5)**

3.5.3 Transmission des fiches de déclaration.

La DDASS rappelle le déclarant afin de compléter la fiche, notamment en ce qui concerne les résultats des examens biologiques.

La DDASS transmet les fiches validées et complétées à l'InVS. La Ddass doit récupérer auprès des cliniciens déclarants les résultats biologiques si des prélèvements ont été réalisés ou compléter la fiche si le CNR lui a transmis directement les résultats.

Toutes les fiches y compris celles pour lesquelles les résultats biologiques se révèlent négatifs pour la rougeole (cf. fiche 1) sont envoyées par la DDASS à l'InVS. Ces informations permettent à l'InVS de suivre la proportion de cas cliniques faisant l'objet d'une confirmation biologique ainsi que la proportion de cas cliniques de rougeole correspondant à des rougeoles confirmées.

Tableau 3 : Mesures préventives vaccinales pour les personnes exposées à un cas de rougeole
<p>Ces mesures concernent les contacts autour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un cas clinique ou confirmé biologiquement pour les contacts proches : cf. définition sujets contacts, §. 3.3 - d'un cas confirmé biologiquement dans les autres collectivités : cf. définition sujets contacts, §. 3.3 <p>Remarques préliminaires : Ces mesures sont à prendre idéalement dans les 72 heures suivant le contage présumé. Lorsque la situation requière deux doses, l'intervalle entre les doses sera de un mois au moins</p>
<p>Vaccination des sujets contacts potentiellement réceptifs¹¹ à la rougeole :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Enfants âgés de 6 à 8 mois : une dose de vaccin monovalent dans les 72 heures suivant le contage présumé (le sujet recevra par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal). En l'absence, voir §. 3.4 : Immunoglobulines ; → Enfants âgés de 9 à 11 mois non encore vaccinés (cf tableau 2, vivant en collectivité) : une dose de vaccin trivalent dans les 72 heures suivant le contage présumé, la seconde dose sera administrée entre 12 et 15 mois. En l'absence, voir §. 3.4 : Immunoglobulines ; → Personnes ayant plus de 1 an et nés après 1992 : mise à jour du calendrier vaccinal pour atteindre deux doses de vaccin trivalent ; → Personnes nées entre 1980 et 1991 : une dose de vaccin trivalent, même si la personne avait déjà reçu une dose auparavant¹² ; → Personnes nées entre 1965 et 1979, travaillant en crèche, halte-garderie et assistante maternelle : une dose de vaccin trivalent¹² ; → Professionnels de santé : une dose de vaccin trivalent. <p>L'administration d'une dose de vaccin, telle que préconisée ci-dessus, réalisée dans les 72 h qui suivent le contact avec un cas peut éviter de plus la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé.</p>

¹¹ Sujet sans antécédent certain de rougeole ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin

¹² La vaccination antirougeoleuse est déconseillée pendant la grossesse, cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne doit pas conduire à un avis d'interruption médicale de grossesse

Fiche 4 : Conduite à tenir devant des cas groupés

L'existence de cas groupés témoigne de la circulation du virus de la rougeole dans une communauté. Les principales mesures de prévention visent à limiter la propagation de la maladie et à augmenter le niveau d'immunité de cette population

L'investigation de cas groupés a deux objectifs :

- identifier et décrire des populations au sein desquelles le virus rougeoleux circule afin de mettre en œuvre des mesures de contrôle adaptées et ciblées reposant notamment sur la vaccination
- interrompre la transmission du virus.

4.1 Définitions

Un cas groupé se définit comme la survenue de 3 cas ou plus de rougeole parmi lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement, dans une même zone géographique (commune, arrondissement, département), sur une période de temps limitée (quelques jours voire quelque semaines). Le nombre de cas est ramené à 2 cas ou plus si les cas fréquentent une même collectivité (école, colonie de vacances, crèche...). Une chaîne de transmission est définie par la survenue de cas liés épidémiologiquement entre eux, parmi lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement, dont les intervalles entre les dates de début d'éruption sont compatibles avec une transmission d'une personne à l'autre.

En fonction du niveau de couverture vaccinal dans un département, ou du degré d'avancement par rapport à l'élimination de la rougeole en France, la définition de cas groupés pourra être plus ou moins large en termes de temps et de lieu. La décision de débiter l'investigation pourra se prendre au besoin après évaluation de la situation avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et/ou l'InVS

4.2 Mesures générales

Les mesures à mettre en place sont identiques à celles décrites autour d'un cas confirmé :

- > La recherche d'autres cas
- > L'éviction des collectivités pour les malades
- > L'identification des sujets contacts proches et en collectivité
- > La vaccination des sujets contacts

En situation de cas groupés, des mesures vaccinales particulières et supplémentaires sont proposées (cf. tableau 4) : elles reposent sur la notion qu'en situation épidémique, la plupart des cas sont confirmés épidémiologiquement et que la valeur prédictive positive du diagnostic clinique est plus élevée qu'en situation endémique,

La vaccination est ainsi proposée aux contacts proches et en collectivité sans attendre les résultats de laboratoire. En plus des recommandations autour d'un cas (cf tableau 3), les personnes nées entre 1980 et 1991, potentiellement réceptives à la rougeole¹³, **doivent compléter leur vaccination jusqu'à obtenir en tout deux doses de vaccin trivalent**. Cette mesure est élargie aux personnes nées entre 1965 et 1979, potentiellement réceptives à la rougeole.

Tableau 4 : Mesures préventives vaccinales concernant les contacts proches et en collectivité exposés à un cas de rougeole, en situation de cas groupés (cf. 4.1) confirmée par la DDASS

- Vaccination des sujets contacts potentiellement réceptifs¹³, idéalement dans les 72 heures suivant le contage présumé :

- **Enfants âgés de 6 à 8 mois : une dose de vaccin monovalent dans les 72 heures suivant le contage présumé** (le sujet recevra par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal). En l'absence, voir §. 3.4 Immunoglobulines après exposition à un cas confirmé ;
- **Enfants âgés de 9 à 11 mois non encore vaccinés** (cf tableau 2, vivant en collectivité) : **une dose de vaccin trivalent dans les 72 heures suivant le contage présumé**, la seconde dose sera administrée entre 12 et 15 mois. En l'absence, voir §. 3.4 Immunoglobulines après exposition à un cas confirmé ;
- **Personnes ayant plus de 1 an et nés après 1992 : mise à jour du calendrier vaccinal** pour atteindre deux doses de vaccin trivalent ;
- **Personnes nées entre 1980 et 1991 : rattrapage pour atteindre deux doses de vaccin trivalent¹⁴ ;**
- **Personnes nées entre 1965 et 1979 : rattrapage pour atteindre deux doses de vaccin trivalent¹⁴.**

L'administration d'une dose de vaccin, telle que préconisée ci-dessus, réalisée dans les 72 h qui suivent le contact avec un cas peut éviter de plus la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé.

Lorsque la situation requiert deux doses, l'intervalle entre les doses sera de un mois au moins.

¹³ Sujet sans antécédent certain de rougeole ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin

¹⁴ La vaccination antirougeoleuse est déconseillée pendant la grossesse, cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne doit pas conduire à un avis d'interruption médicale de grossesse

4.3 Investigation

Lorsque la DDASS a identifié une situation de cas groupés, l'investigation sera mise en place au plus vite, en lien avec la CIRE. Une assistance méthodologique pourra au besoin être demandée à l'InVS.

• **Recherche active des cas**

Contactez tous les professionnels de santé de la zone géographique concernée, médecins généralistes et pédiatres libéraux et hospitaliers (services d'urgence, pédiatres et infectiologues), médecins de PMI et de l'éducation nationale, responsables de laboratoires d'analyses médicales et des laboratoires hospitaliers, afin qu'ils signalent à la DDASS tous les cas qui répondent à la définition d'un cas clinique ou à celle d'un cas confirmé. Les mesures préventives autour des cas seront également rappelées à cette occasion.

Si les cas surviennent en collectivité, la DDASS préviendra le responsable de l'établissement ainsi que les services médicaux concernés.

La recherche des cas dans l'entourage familial des cas appartenant à la collectivité et n'ayant pas fait l'objet d'un signalement ou d'une déclaration obligatoire pourra être faite par la Ddass avec l'appui de la Cire au besoin. Parmi les cas recensés, ceux ayant déjà fait l'objet d'une déclaration obligatoire seront identifiés.

• **Confirmation des diagnostics**

Pour la confirmation biologique, la DDASS doit également, dans ce cadre, proposer et faire parvenir aux médecins libéraux exerçant dans la zone géographique concernée des kits de prélèvements de salive ainsi que dans les Services d'Accueil des Urgences.

Il est nécessaire qu'au moins les premiers cas (de 5 à 10) subissent un prélèvement à visée diagnostique, sachant que l'investigation épidémiologique établira les liens entre les cas d'une même chaîne de transmission. La collecte d'échantillons destinés au CNR¹⁵ pour typage génétique est nécessaire à la fois pour des cas sporadiques et en situation de cas groupés ou de flambées épidémiques (environ 5-10 cas par chaîne de transmission) pour identifier les cas importés ou liés à une importation. L'InVS informé par la DDASS ou la CIRE prend contact avec le CNR qui peut se mettre en contact avec les biologistes des laboratoires (hospitaliers ou non) concernés afin qu'ils envoient, dans la mesure du possible, les échantillons nécessaires dans les conditionnements adaptés.

• **Identification des contacts réceptifs**

Si les cas groupés surviennent en collectivité, il est important de pouvoir estimer rapidement la proportion de sujets réceptifs (et en particulier la couverture vaccinale). Compte tenu de la grande contagiosité de la rougeole, toutes les personnes fréquentant la collectivité doivent être considérées comme contacts.

• **Analyse des données**

L'analyse est faite localement par la DDASS et la CIRE et aussi rapidement que possible pour identifier et décrire les populations à risque et localiser d'éventuelles chaînes de transmission (crèche, école ...). Une courbe épidémique et au besoin un graphique représentant les chaînes de transmission est réalisée.

• **Rapport d'investigation**

Un rapport d'investigation (Ddass et/ou Cire), sera transmis à l'InVS. Il inclura :

- les données épidémiologiques recueillies : description des cas en termes de temps, lieu, personnes,
- la distribution des cas selon les définitions de cas retenues,
- la description de la population (communauté, collectivité) concernée par la circulation du virus rougeoleux,
- le taux d'attaque chez les sujets vaccinés et non vaccinés,
- la proportion de cas ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire,
- les mesures de contrôles mises en œuvre,
- la caractérisation génotypique de la souche impliquée dans l'épisode épidémique.

4.4 Retour d'information/ Communication

Un retour d'information par la DDASS sur la situation épidémique sera fait aux professionnels de santé de la zone géographique et/ou des collectivités concernées, dans les meilleurs délais.

¹⁵ En 2009, CNR : Laboratoire de virologie humaine et moléculaire, CHU, avenue G. Clemenceau, 14033 Caen cedex – Tél. : 02 31 27 25 54 – Fax : 02 31 27 25 57

Fiche 5 : Conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins

Rappel : Tout cas répondant à un ou plusieurs des critères cliniques et/ou biologiques (cf 3.1) doit être signalé sans délai à la DDASS.

En raison de sa très haute contagiosité, tout cas de rougeole en milieu de soins peut être responsable d'une transmission nosocomiale. Elle peut déterminer des formes graves chez les personnes à haut risque de complications qui fréquentent ces établissements (nourrissons, femmes enceintes, personnes immunodéprimées, et même les adultes non immunisés contre la rougeole d'une manière générale...).

La survenue d'une rougeole dans un établissement de soins nécessite que soient mises en œuvre rapidement des mesures visant à prévenir la propagation, notamment par le personnel soignant. Ces actions nécessitent une articulation entre différents services (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou comité chargé des mêmes attributions, médecine du travail..)

5.1 Mesures à prendre auprès du malade en milieu de soins :

5.1.1 La DDASS s'assure que les différentes mesures à prendre par le clinicien en charge du malade ont été prises (mesures détaillées dans la fiche 3, chap. 3.1 à 3.4)

5.1.2 Prise en charge aux urgences ou en salle d'attente en ville

Dès le diagnostic présumé, aux urgences ou en salle d'attente d'un lieu de soins, le malade devrait être pris en charge rapidement (éviter le séjour prolongé en salle d'attente au contact d'autres personnes).

- Aux urgences ou en cabinet de ville :
 - mesures destinées à la prévention de la transmission respiratoire : isoler le patient (mise à l'écart des autres patients), limiter ses déplacements au strict nécessaire et alors lui faire porter un masque chirurgical, limiter le nombre d'intervenants,
 - accélérer la prise en charge afin d'éviter les contacts avec d'autres malades en salle d'attente, de soins et dans les différents services techniques,
 - délivrer une information à l'ensemble du personnel du service sur la maladie, ses signes cliniques, les moyens de prévention : vaccination, respect des précautions standard (hygiène des mains, gants, etc...).
- En cabinet de ville : si l'état de santé du malade nécessite une hospitalisation, il est préférable de contacter le médecin du service qui accueillera le patient ou du Service d'Accueil des Urgences (SAU) pour 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 malade.

5.1.3 Prise en charge du malade en cas d'hospitalisation¹⁶

- Prise en charge du patient par du personnel dédié :
 - personnel immunisé contre la rougeole (vérification du statut vaccinal, antécédents de rougeole ou sérologie IgG positive),
 - limiter le nombre d'intervenants.
- Mettre en place des précautions complémentaires de type « air » :
 - isoler le patient pendant la phase de contagiosité (jusqu'à cinq jours après le début de l'éruption) : chambre seule, limiter les visites,
 - limiter ses déplacements vers les différents plateaux techniques (examens radiologiques,...),
 - port du masque chirurgical par le malade lorsqu'il quitte sa chambre,
 - port du masque de protection respiratoire pour les contacts étroits avec le malade,
 - aération régulière de la chambre,
- Renforcer les précautions standards pour le personnel (notamment hygiène des mains avant et après tout contact direct avec un cas, après retrait de gants).

5.1.4 Mesures vis-à-vis des contacts familiaux du malade

Les différentes mesures à prendre vis-à-vis des contacts familiaux sont détaillées dans le chapitre 3.4 (cf. fiche 3). Elles relèvent du médecin en charge du malade, éventuellement en lien avec les médecins des contacts familiaux lorsque le malade consulte de lui-même aux urgences.

5.2 Mesures à prendre par la DDASS concernant les contacts extra familiaux du cas, antérieurs à son passage en milieu de soins

Ces mesures seront prises sur la base des informations délivrées par le clinicien en charge du malade lors du signalement du cas à la DDASS (mesures décrites en 3.5, cf. fiche 3).

¹⁶ Fiche technique du CCLIN Paris-Nord « Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la rougeole dans les établissements de santé (http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT6_Rougeole.pdf)

5.3 Mesures à prendre par la DDASS en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière de l'établissement (EOHH)

Dès le diagnostic de rougeole évoqué, le clinicien en charge du patient prendra l'attache de l'EOH pour prendre des mesures vis-à-vis des personnes ayant été en contact avec le cas de rougeole suspecté ou confirmé.

5.3.1 Mesures vis-à-vis des contacts d'un cas de rougeole en milieu de soins

- Rechercher et identifier rapidement, idéalement dans les 24 premières heures, les sujets contacts du cas (ayant fréquenté la même salle d'attente, ayant eu des contacts lors du passage aux urgences, au sein des différents plateaux techniques ou lors d'une hospitalisation). Cette identification des contacts nécessite une traçabilité du parcours du patient en milieu de soins (heure d'arrivée aux urgences, en salle d'attente ou dans les différents services hospitaliers fréquentés par le cas,...).
- Informer les sujets contacts, vérifier leur statut vaccinal (carnet de santé) ou orienter vers le médecin traitant et porter l'indication d'une vaccination si nécessaire (la vaccination dans les 72 heures suivant un contact avec un cas peuvent éviter la survenue de la maladie) ou de l'administration d'IG selon les indications du CSHPF (cf 3.4) dans les six jours suivant le contage.

En médecine de ville, ces mesures seront prises par le praticien en charge du cas (personnes ayant fréquenté la même salle d'attente, personnel du cabinet médical,...).

5.3.2 Mesures à prendre vis-à-vis du personnel soignant

- Information rapide du personnel du cas de rougeole, sur la maladie, ses signes cliniques, par tout moyen disponible (affichage, réunions d'informations...). Il s'agit d'une étape essentielle pour sensibiliser l'ensemble du personnel à la détection d'autres cas, qui doit être menée sous la responsabilité du chef de service en collaboration avec l'EOH. Le service de biologie sera systématiquement informé de toute suspicion de rougeole avant l'envoi en urgence d'un (ou des) prélèvement(s) à visée diagnostique.

5.4 Mesures à prendre en lien avec le médecin du travail de l'établissement de soins

- S'assurer de l'effectivité de l'arrêt de travail du personnel atteint de rougeole pendant la période de contagiosité et de l'éviction du personnel à risque (réceptifs) des soins au malade atteint de rougeole.
- Identifier le personnel contact d'un cas par l'interrogatoire.
- **Au contact d'un cas**, il est recommandé une dose de vaccin trivalent à tous les personnels de santé¹⁷ 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 doses¹⁸. (**Cette vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent un contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie.**). **NB :** Une entente avec le laboratoire de biologie doit être établie pour pouvoir pratiquer une sérologie en urgence permettant d'évaluer l'immunité des personnes dont le statut immunitaire vis-à-vis de la rougeole est incertain.
- Vérifier le statut vaccinal des membres du personnel soignant (dossier du service de santé au travail). En leur absence, et en l'absence d'antécédents de rougeole, mettre à jour la vaccination du personnel non immunisé selon les recommandations du calendrier vaccinal.

5.5 Mesures à prendre en lien avec le laboratoire de biologie hospitalier (cf. fiche 1)

Les mesures suivantes doivent pouvoir être prises rapidement :

- pratiquer des sérologies en urgence pour confirmer le diagnostic chez les cas suspects et permettre d'évaluer l'immunité des personnes dont le statut immunitaire vis-à-vis de la rougeole est incertain,
- adresser rapidement en virologie les recherches par PCR,
- ou faire utiliser les kits salivaires à visée diagnostique disponibles dans les SAU (s'assurer de la disponibilité des kits)
- acheminer au CNR les salives ou les prélèvements positifs par PCR en vue d'un génotypage
- informer rapidement le prescripteur de la confirmation biologique d'un cas et de la nécessité de le signaler puis le notifier (fiche de déclaration obligatoire) à la Ddass

L'envoi et l'examen virologique des échantillons de salive (PCR et génotypage) sont gratuits. Si des échantillons autres que salivaires sont transmis au CNR pour une recherche du virus de la rougeole par PCR à visée diagnostique, les coûts du transport et de l'analyse virologique incombent au prescripteur. Pour une demande faite par le CNR d'échantillons (sang, gorge, LCR, urines...) trouvés positifs pour le virus de la rougeole en vue d'un génotypage, le coût du transport est assuré par le CNR.

¹⁷ La vaccination antirougeoleuse est déconseillée pendant la grossesse, cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne doit pas conduire à un avis d'interruption médicale de grossesse

¹⁸ Nota : Selon le calendrier vaccinal tout professionnel de santé né avant 1980 sans antécédent de rougeole, ou dont l'histoire est douteuse, dont la sérologie est négative doit avoir reçu une dose de vaccin trivalent (dossier médical)

