



**HAL**  
open science

## De l'utilité de signaler une maladie à déclaration obligatoire : l'exemple de la rougeole

S Cassadou, JI Chappert, V Bousser, S Boa, P. Quenel

### ► To cite this version:

S Cassadou, JI Chappert, V Bousser, S Boa, P. Quenel. De l'utilité de signaler une maladie à déclaration obligatoire : l'exemple de la rougeole. 2014, n°1, p. 4-5. hal-04877774

**HAL Id: hal-04877774**

**<https://hal.science/hal-04877774v1>**

Submitted on 9 Jan 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## | De l'utilité de signaler une maladie à déclaration obligatoire : l'exemple de la rougeole |

Sylvie Cassadou<sup>1</sup>, Jean-Loup Chappert<sup>2</sup>, Véronique Bousser<sup>3</sup>, Sylvie Boa<sup>4</sup>, Philippe Quenel<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Cellule de l'InVS en Régions (Cire) Antilles-Guyane, <sup>2</sup> Cellule de l'inVS en Régions (Cire) Rhone-Alpes, <sup>3</sup> Registre des cancers, <sup>4</sup> Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire, ARS de Guadeloupe, <sup>5</sup> Institut Pasteur de Guyane

### 1/ CONTEXTE

Sur le continent américain, la rougeole a été considérée comme éliminée<sup>1</sup> depuis 2002, atteignant l'objectif fixé en 1990 par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), bureau de l'OMS pour le continent américain. Ce succès a été le résultat d'investissements importants, de stratégies de vaccination adaptées ainsi que d'un renforcement de la surveillance épidémiologique s'appuyant sur des ressources de laboratoire permettant la confirmation biologique des cas.

Le continent européen poursuit également cet objectif, initialement à l'échéance de 2010 repoussée aujourd'hui à 2015. Pour atteindre cet objectif, la France a mis en place en 2005, un plan national d'élimination de la rougeole [1] reposant sur : 1) un renforcement de la couverture vaccinale avec deux doses et la promotion de cette vaccination, 2) un renforcement de la surveillance via la déclaration obligatoire des cas et le suivi du niveau de couverture vaccinale.

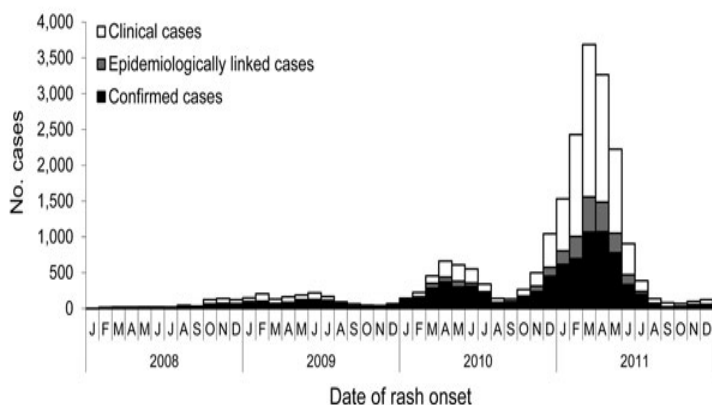
Les départements français d'Amérique ont appliqué le plan français mais du fait de leur localisation, ont du répondre également en 2010 à une sollicitation de l'OPS concernant tous les pays et territoires d'Amérique et leur demandant une évaluation de l'élimination effective de la rougeole, de la rubéole et de la rubéole congénitale sur ces territoires.

### 2/ SIGNAL

C'est dans ce contexte qu'à Saint-Martin, le 26 janvier 2011, après une absence de cas de rougeole autochtone de plusieurs années, et pendant que la France hexagonale connaît une flambée épidémique (Figure 1), un premier cas de rougeole hospitalisé est signalé à la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS de Guadeloupe. Ce cas, biologiquement confirmé et importé de France hexagonale, sera rapidement suivi par les signalements de trois nouveaux cas confirmés biologiquement et d'un cas clinique<sup>2</sup> confirmé épidémiologiquement, la date d'éruption du dernier cas étant le 17 février 2011 (Figure 2). Un sixième cas suspect signalé a été finalement écarté par les examens biologiques. Les personnes ayant notifié étaient un médecin hospitalier pour le premier cas et un médecin généraliste pour les cas suivants.

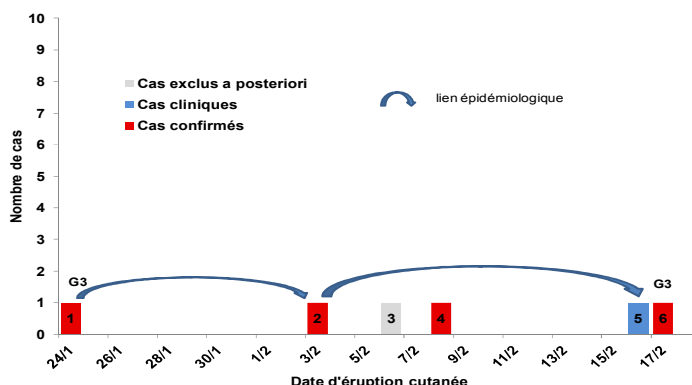
### | Figure 1 |

Données de la déclaration obligatoire - InVS - Janvier 2008-décembre 2011 [2]



### | Figure 2 |

Chronologie d'apparition des cas



### 3/ LE DANGER LIÉ À CE SIGNAL

La rougeole dont le mode de transmission est strictement interhumain par voie aérienne, est l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses. Des épidémies peuvent survenir même sur des territoires où plus de 90% des individus sont immunisés. Le danger lié à ce signal était la survenue d'une épidémie à partir d'une première chaîne de transmission autochtone autour du cas index importé, le risque de survenue d'une telle épidémie n'était pas nul a priori, la couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole à Saint-Martin étant estimée inférieure à 80% en 2009 pour la première dose à 2 ans [3] et le virus n'ayant pas circulé depuis plusieurs années sur le territoire.

Or la rougeole n'est pas une maladie systématiquement bénigne et peut entraîner des complications. Sur la période épidémique en France hexagonale 2008-2011, 11,6% des cas (2 582 personnes) ont présenté des complications : otite aiguë dans 1,4 % des cas, pneumonie dans 6,2% des cas, hépatite ou pancréatite dans 1,1% des cas [2].

Associée à une carence en vitamine A, elle peut également provoquer une cécité acquise chez l'enfant [4].

### 4/ LE CONTRÔLE DE LA SURVENUE DE CAS SECONDAIRES

Devant ce risque, les actions de contrôle pour éviter la survenue de nouveaux cas ont été mises en place à Saint-Martin sur la base de la circulaire du 4 novembre 2009 [4].

<sup>1</sup> L'OPS définit l'élimination de la rougeole comme étant une absence de transmission endémique de la maladie dans une zone géographique donnée (ici le continent américain) pendant une période égale ou supérieure à 12 mois, en présence d'un système de surveillance épidémiologique de bonne qualité.

<sup>2</sup> Cas dont le tableau clinique remplit les critères suivants : fièvre  $\geq 38,5^\circ\text{C}$  associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplick.

Ces actions ont consisté en la recherche active d'autres cas dans l'entourage des malades, en l'identification des personnes contacts de ces malades au cours de la période de contagiosité, en la vérification et, le cas échéant, le rattrapage de la vaccination de ces personnes contacts. L'éviction des collectivités des personnes malades jusqu'au 5<sup>ème</sup> jour de l'éruption complétait ces actions.

Outre un investissement majeur de la CVAGS et de la Cire, ces actions, menées autour des cinq cas identifiés, ont nécessité également la participation des médecins généralistes, des services de santé scolaire, de l'entourage des personnes malades, de particuliers, des personnels hospitaliers

## 5/ L'EVALUATION DU RISQUE DE SURVENUE D'UNE EPIDEMIE

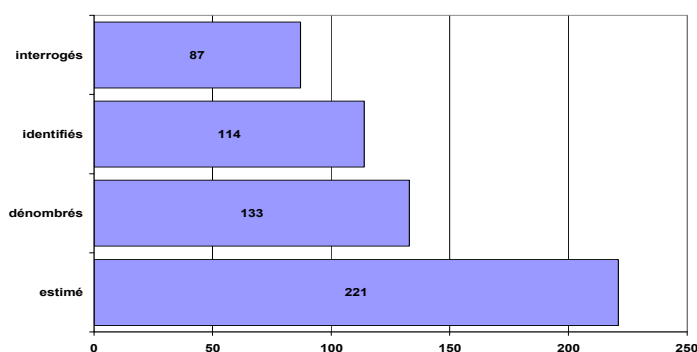
En parallèle à ces actions de contrôle et de prévention, le risque de survenue d'une épidémie a été évalué afin d'anticiper au mieux sa prise en charge. Cette évaluation a été réalisée en deux volets.

**Le premier volet visait à mesurer le risque de survenue de chaînes de transmission issues des cas signalés** à partir 1) du nombre de contacts identifiés, et parmi eux, des personnes restant réceptives à la rougeole après les premières mesures de prévention mises en place ; 2) de l'identification des chaînes de transmission ; 3) des données de surveillance concernant les fièvres éruptives survenues au cours des deux mois précédents.

Le nombre total de contacts des personnes malades a été estimé à 220, mais 114 seulement ont pu être identifiés et parmi eux, 87 interrogés (Figure 3). Après vérification du statut vaccinal et rattrapage de la vaccination quand cela était pertinent, 18 personnes restaient réceptives à la rougeole par refus de la vaccination ou négligence. Ces résultats montrent que malgré la détermination des acteurs de santé impliqués dans le contrôle d'une maladie, le contrôle des sujets contacts n'atteint pas toujours l'exhaustivité.

| Figure 3 |

Nombre de contacts selon le niveau d'investigation Données de la déclaration obligatoire - InVS - Janvier 2008-décembre 2011



La recherche des chaînes de transmission en présence, via les investigations sur les liens épidémiologiques entre les cas a pu finalement identifier une chaîne regroupant 3 cas. Après recherche génotypique confirmant la même souche virale pour les cas 1 et 6 (Figure 2), seul le cas n°4 n'a pu être relié aux autres ni épidémiologiquement, ni biologiquement. Compte tenu de la date d'éruption, ce cas a néanmoins été considéré comme faisant partie de la même chaîne de transmission.

L'analyse des données de surveillance des fièvres éruptives recueillies auprès des médecins généralistes et de l'hôpital, pour les périodes respectivement précédente et concomitante à celle des cas

recensés n'a pas apporté d'éléments en faveur d'une circulation virale préexistante et qui serait passée inaperçue. Cette analyse était confirmée par les médecins scolaires et de PMI interrogés qui n'ont pas eu connaissance de cas suspects autres que ceux signalés à l'ARS.

**Le deuxième volet visait à estimer le taux de couverture vaccinale à Saint Martin** à partir : 1) du rapport d'étude de la couverture vaccinale réalisée par l'Observatoire régional de santé de Guadeloupe en 2009 chez les enfants scolarisés de Saint Martin ; 2) de la recherche d'autres sources de données éventuelles concernant cette couverture vaccinale ; 3) de la recherche de données de couverture vaccinale concernant la partie néerlandaise de l'île.

Côté français, à partir des données 2009, les seules disponibles, on observait que les taux de couverture vaccinale à 24 mois étaient très insuffisants<sup>3</sup> (une dose pour 82 % des enfants et deux doses pour 40 %). Côté néerlandais, les entretiens avec les correspondants de santé publique ont permis d'identifier une enquête de couverture vaccinale réalisée en 2008. Celle-ci montrait un taux de couverture également insuffisant sur cette partie de l'île (78,3% à 2 ans pour la 1ère dose). Néanmoins, une campagne de rattrapage de vaccination conduite en 2009 avait du améliorer la couverture vaccinale.

## 6/ CONCLUSION

Dans un contexte de mobilisation des acteurs de santé sur la nécessité de signaler tout cas cliniquement évocateur de rougeole, aucun nouveau cas n'avait été signalé à la date du 25 mars 2011<sup>4</sup>, délai maximal d'apparition de cas secondaires aux cas signalés. Si le risque d'émergence de nouveau cas n'était pas nul en raison de la possibilité de cas secondaires non signalés, ce risque apparaissait minime en raison du délai écoulé.

Ce signal sanitaire démontre toute la nécessité pour protéger la santé des populations, de signaler tout événement sanitaire inhabituel, et en particulier les maladies à déclaration obligatoire. Dans le cas présent, il est très probable que l'absence de signalement du cas index aurait conduit à la multiplication des chaînes de transmission. Même si les mesures de prévention et de contrôle autour des cas n'atteignent pas toujours comme souhaité l'exhaustivité, elles contribuent directement, et indirectement par la sensibilisation des acteurs et de la population, à diminuer notablement le risque de survenue d'une épidémie.

<sup>3</sup> Les objectifs pour les enfants de 2 ans sont de 95 % pour une dose et de 80 % pour deux doses.

<sup>4</sup> Le critère d'interruption d'une chaîne de transmission proposé par l'OPS est l'absence de nouveau cas pendant une période couvrant trois périodes d'incubation, i.e. 3x12=36 jours. La date d'éruption du dernier cas recensé à Saint Martin étant le 17/02, la période de 36 jours proposée par l'OPS s'est achevée le 25/03

## Références

1. Direction Générale de la Santé, Bureau des risques infectieux et politique vaccinale. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole. Juin 2012. Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-d-elimination-de-la-rougeole-et-de-la-rubeole-congenitale.html>
2. Antona D, Lévy-Bruhl D, Baudon C, Freymuth F, Lamy M, Maine C, Floret D, Parent du Chatelet I. *Measles Elimination Efforts and 2008–2011 Outbreak, France*. EID 2013; 19 (3): 357-64.
3. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Disponible sur internet : <http://www.orsag.org/index.php/Etudes>
4. Gilbert C, Foster A. Childhood blindness in the context of VISION 2020—the right to sight. *Bull World Health Organ*. 2001;79(3):227-32.
5. Ministère de la Santé et des Sports. Circulaire N°DGS/R11/2009/334 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. Disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09\\_334t0pdf.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf)