



SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE

INTRODUCTION

Une évaluation de la stratégie de surveillance des maladies infectieuses a été réalisée entre 1994 et 1995 conjointement par le Réseau national de Santé publique et la Direction générale de la Santé avec la collaboration d'experts et de représentants de diverses institutions (BEH n° 26 du 25 juin 1996).

Cette évaluation a permis de définir des priorités pour la surveillance de certaines maladies et l'élaboration de propositions d'études qui sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Priorités pour la révision de la surveillance de certaines maladies

Maladies	Propositions
Hépatite B	Enquête sur l'incidence et les facteurs de risque. Exploitation des données du dépistage chez les femmes enceintes et les nouveau-nés. Dépistage lors des dons du sang chez les appelés du contingent. Évaluation de la campagne de vaccination dans les collèges.
Légionellose	Bilan du fonctionnement du système.
Syndrome hémolytique et urémique VTEC	Fin de l'étude sur les SHU avant de définir la nécessité d'une surveillance.
Hépatite C	Étude de séroprévalence chez les moins de 20 ans et les plus de 65 ans. Étude sur la transmission nosocomiale et chez les toxicomanes.
Tuberculose	Étude préalable à la validation des critères de déclaration chez l'enfant. Évaluation du protocole de dépistage autour d'un cas.
Coqueluche	Surveillance par un réseau de pédiatres hospitaliers. Faisabilité d'une déclaration obligatoire.

MST à Chlamydia	Surveillance par des consultations spécialisées (DAV, hôpital, CPEF).
Rougeole	Signalement systématique et exhaustif de la rougeole dans 3 départements.
Listériose	Création d'une déclaration obligatoire. Étude étiologique sur les cas sporadiques.
<i>Haemophilus influenzae</i> b	Étude d'incidence dans quelques départements.
Projets communs à plusieurs maladies	Enquêtes de couverture vaccinale chez les adultes et les enfants. Étude de séroprévalence chez les adultes et les enfants (D, T, C, P, R, O, R). Faisabilité d'une enquête sur les agents responsables des diarrhées. Révision des objectifs et de la liste des CNR. Élaboration de guides de surveillance.

La Direction générale de la Santé a chargé le Réseau national de Santé publique (RNSP) et le Centre international de l'Enfance (CIE) dans lequel est implanté le Centre national de référence des vaccinations de l'enfant, d'une étude sur la surveillance de la rougeole dans 3 départements en 1996.

En dehors de cette étude pilote, le RNSP et le CIE se proposent d'étudier des foyers épidémiques survenant dans d'autres départements. Les épidémies devront être signalées par le médecin inspecteur de Santé publique qui décidera, en liaison avec le RNSP, de l'opportunité de l'investigation et de ses modalités avec l'appui du CIE.

La mise en œuvre de la révision des modalités de surveillance ne peut s'effectuer qu'avec la participation de tous les professionnels concernés. L'étude actuelle sur la surveillance de la rougeole concrétise cette volonté d'une meilleure adéquation du système de surveillance. La réussite de la surveillance active de la rougeole constituera une étape fondamentale de la validation de la méthodologie adoptée pour la révision des modalités de la surveillance des maladies transmissibles.

DGS-RNSP

MISE EN PLACE D'UNE SURVEILLANCE EXHAUSTIVE DES CAS RÉSIDUELS DE ROUGEOLE EN FRANCE

Étude pilote dans 3 départements français à couverture vaccinale élevée (Cher, Paris, Val-d'Oise)

ANTONA D.*, VERPILLAT P.*, REBIÈRE I.***, CHAUVIN P.***, LÉVY-BRUHL D.*, GUÉRIN N.*, YVONNET B.****, LEQUELLEC-NATHAN M.*****, DRUCKER J.**

Dans le cadre de la surveillance des maladies transmissibles, le ministère chargé de la Santé (Direction générale de la Santé) a confié au Centre international de l'enfance (Centre national de référence des vaccinations de l'enfant), et au Réseau national de Santé publique une étude sur les modalités de surveillance de la rougeole.

Pourquoi la rougeole ?

Les complications de la rougeole sont fréquentes (10 % des cas) et parfois graves justifiant la vaccination : en particulier les pneumonies (2,5 %), les encéphalites aiguës (0,1 %) et surtout la panencéphalite sclérosante, complication tardive observée dans 1 à 5 cas pour 100 000 (25 cas en France en 1980). De plus, la rougeole fait partie des maladies dont l'élimination est possible, puisque le seul réservoir de virus est humain et qu'il existe une prévention efficace.

Quelle est la situation en France ?

L'instauration d'une politique de vaccination contre la rougeole a, bien sûr, entraîné une diminution du nombre annuel des cas, estimé à 400 000 à la fin des années soixante-dix (taux d'incidence de 750 cas pour 100 000 habitants) à 54 000 cas (95 cas pour 100 000) en 1995. Mais depuis 1991, la couverture vaccinale nationale des enfants à l'âge de 2 ans stagne autour

* Centre international de l'Enfance, Paris.

** Réseau national de Santé publique, Saint-Maurice.

*** Unité Inserm 444, RNSP, DGS.

**** Laboratoire d'immunologie, faculté de pharmacie de Tours.

***** Direction générale de la Santé.

de 80 %. Cette stagnation à laquelle s'ajoutent les échecs de la vaccination (l'efficacité du vaccin est estimée à 95 % [1]), entraîne une accumulation de sujets susceptibles et permet au virus sauvage de continuer à circuler.

Dans ce contexte, l'épidémiologie de la maladie s'est modifiée :

– la maladie n'évolue plus sur un mode endémique mais épidémique. **Des épidémies restent possibles au sein de la population ne comportant que 3 à 7 % de sujets susceptibles** [2]. L'interruption de la transmission nécessite donc une couverture vaccinale très élevée dans la population ainsi que l'instauration de stratégies de lutte additionnelles;

– **l'âge moyen des cas augmente** : alors que la classe d'âge naturelle des cas était celle des enfants âgés de moins de 4 ans, l'âge moyen des cas est de 9 ans en 1994 [3]. Comme il a pu être démontré par la modélisation des données françaises de la rougeole, une couverture vaccinale ne dépassant pas 80 % fait courir le risque, dans un avenir proche, de la survenue d'épidémies avec, dans la population adolescente et adulte, un nombre de cas supérieur à celui observé avant l'ère de la vaccination. Or, la fréquence des formes compliquées augmente avec l'âge.

Quels sont les objectifs en matière de contrôle de la rougeole ?

Conformément aux objectifs européens de l'OMS, la France s'est fixé comme objectif la réduction de l'incidence de la rougeole à moins de 1 cas pour 100 000 en l'an 2000. Le but ultime est d'interrompre la circulation du virus dans la communauté avec, comme objectif intermédiaire, de réduire la transmission pour éviter l'émergence de foyers épidémiques. Ainsi en Europe, certains pays comme la Finlande et la Suède sont proches de l'élimination de la maladie [4].

Quels sont les moyens qui permettent cette réduction de la transmission ?

Tout d'abord *l'amélioration de la couverture vaccinale* au cours des deux premières années de vie, mais également l'adoption de stratégies additionnelles (*stratégies de vaccination à 2 doses ou campagnes de masse*). La surveillance active des cas résiduels sera également indispensable afin de permettre l'identification, l'investigation et le contrôle des cas sporadiques et des foyers épidémiques.

Pourquoi modifier le système de surveillance de la rougeole ?

En France, la rougeole a été supprimée de la liste des maladies à déclaration obligatoire en 1986. Depuis cette date la surveillance de la rougeole repose sur les données recueillies par un réseau de 500 médecins généralistes, volontaires, représentatifs des généralistes français, et qui notifient tous leurs cas (réseau « Sentinelles » : Inserm U 444, RNSP, DGS). Mais cette surveillance sentinelle devient de moins en moins adaptée au fur et à mesure que la couverture vaccinale s'élève : le nombre de cas devient trop faible pour que les mesures d'incidence restent précises et **les foyers épidémiques localisés risquent de ne pas être détectés par ce système**.

Dans les départements à couverture vaccinale élevée, il faut pouvoir explorer chaque cas résiduel et en préciser les caractéristiques. Ceci afin de mieux appréhender les raisons des échecs de la vaccination ou de la non-vaccination, en vue de l'adaptation des stratégies de vaccination et de leur promotion. **Il est donc nécessaire d'identifier tous les cas résiduels**, quel que soit le lieu du diagnostic (cabinet médical, services hospitaliers, PMI, crèches ou écoles).

Pourquoi souhaiter une amélioration de la définition des cas ?

Plus la maladie devient rare, plus le diagnostic clinique devient difficile. Une étude réalisée en 1991-1992 au Royaume-Uni montre que seulement 36 % des cas cliniques notifiés étaient confirmés sérologiquement [5]. Certains pays en phase d'élimination de la maladie (comme la Finlande depuis 1987) font systématiquement une confirmation sérologique afin d'authentifier les cas [4].

De plus, les cas survenant chez les vaccinés peuvent présenter un tableau clinique atténué. Or, comme l'on pouvait s'y attendre, le pourcentage de vaccinés parmi les cas augmente parallèlement à la couverture vaccinale; ainsi, pour une couverture de 100 %, la totalité des rares cas (correspondant aux échecs de la vaccination) serait alors observée chez les sujets vaccinés.

Pourquoi une étude pilote ?

Cette étude consiste à identifier et décrire tous les cas, notamment les foyers épidémiques, survenant dans 3 départements pilotes, le Cher, la Ville de Paris et le Val-d'Oise. Elle inclut également l'étude des performances et de la faisabilité d'un test salivaire simple de diagnostic de la rougeole. Cette étude devrait ainsi fournir des informations nécessaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation d'une surveillance exhaustive des cas de rougeole. Le but à moyen terme est de **déterminer la meilleure façon d'étendre progressivement cette surveillance à tous les départements français**, dès qu'ils auront atteint des couvertures vaccinales élevées.

Comment se déroule l'étude pilote ?

La notification des cas est faite pendant 12 mois à partir de mai 1996. Pendant cette période, les médecins sont invités à déclarer, de la façon la plus exhaustive possible, les cas auprès de la DDASS de leur département, à l'aide d'un questionnaire précisant : les signes cliniques, le statut vaccinal du patient, l'existence d'un contexte épidémique ainsi que l'évolution de la maladie (complications éventuelles, hospitalisation).

Un test salivaire non traumatisant (dosage des IgM antirougeoleuses) est disponible gratuitement et facilement réalisable par les médecins qui désireront préciser leur diagnostic (prélèvement par simple brossage au niveau du pli gingival). Ce test est fourni par le Centre international de l'Enfance et renvoyé sous enveloppe pré-affranchie au Laboratoire de microbiologie de la faculté de pharmacie de Tours.

Les médecins du réseau Sentinelles sont impliqués dans l'étude au même titre que les médecins des 3 départements pilotes, à ceci près qu'ils procèdent systématiquement à des tests de confirmation, tant sérologiques que salivaires, dans le but de comparer les performances des 2 tests.

La phase d'analyse et d'évaluation du processus durera 3 mois. Les conclusions de l'étude seront communiquées à chaque participant.

La réussite de cette surveillance active des cas de rougeole repose sur la motivation et la participation des médecins au recueil des informations indispensables dans cette phase de contrôle de la maladie. En dehors d'un contexte épidémique, les cas vus individuellement par chaque médecin ne devraient pas être nombreux (pas plus de 2 à 3 cas par an). Cependant, chacun de ces cas est extrêmement important à explorer afin de pouvoir répondre aux objectifs de cette surveillance.

Nous tenons à remercier plus particulièrement : les médecins inspecteurs de chacune des DDASS concernées : D^r Guibertau (DDASS du Cher), D^r Boppe et M^{me} Molinari (DDASS de Paris), D^r Le Luong (DDASS du Val-d'Oise); les médecins des Conseils généraux : D^rs Chenu et Delours (DASES Paris), D^r Bellay (Cher) et les D^rs Rosello et Simon (Val-d'Oise), le P^r Badoual (CH Saint-Vincent-de-Paul), P^r Bégué (CH Trousseau), P^r Bourillon (CH Robert-Debré), D^r Chéron (CH Necker), P^r de Prost (CH Necker), P^r Gendrel (CH Saint-Vincent-de-Paul), P^r Grimfeld (CH Trousseau), P^r Lagardère (CH Ambroise-Paré), sans oublier tous les médecins participant de façon active à cette surveillance.

RÉFÉRENCES

- [1] REBIÈRE I., LÉVY-BRUHL D., GOULET V., GUÉRIN N. – Estimation de l'efficacité de la vaccination antirougeoleuse à partir de l'enquête nationale d'évaluation de la couverture vaccinale menée en 1989, en milieu scolaire. – *BEH* 1990; 38 : 165.
- [2] DE QUADROS C.A., OLIVÉ J.M., BRADLEY S.H. et al. – Measles elimination in the Americas: evolving strategies. – *JAMA* 1996; 275 : 224-29.
- [3] CHAUVIN P., VALLERON A.-J. – Dix années de surveillance épidémiologique de la rougeole en France à travers un réseau de médecins sentinelles. – *Cah. Santé* 1994; 4 : 191-94.
- [4] PELTOLA H., HEINONEN O.P., VALLE M. et al. – The elimination of indigenous measles, mumps, and rubella from Finland by a 12-year, two-dose vaccination program. – *N. Engl. J. Med.* 1994; 331 : 1397-1402.
- [5] BROWN D.W.G., RAMSAY M.E.B., RICHARDS A.F. et al. – Salivary diagnosis of measles: a study of notified cases in the United Kingdom, 1991. – *BMJ* 1994; 308 : 1015-17.