

B. Machin, E. Maiello, D. Malicier, B. Mangola, Y.N. Mar-
duel, M. Marie-Catherine, J.L. Martin, Y.N. Martin, G. Mar-
tinand, F. Marty, S. Mazouzi, B. Menard, C. Messikh,
F. Meyer, S. Meyrand, C. Mints-Eya, S. Molard, O. Mon-
neuse, E. Morel-Chevillet, E. Mioulet, F. Minjaud, C. Mol-
let, J. Monnet, B. Moyer, J.P. Neidhart, E. Ngandu, S. Ny,
T. Ould, P. Paget, J.C. Paillot, D. Paris, P. Patay, P. Pauget,
D. Peillon, G. Perrin, D. Perrin-Blondeau, P. Petit, V. Piriou,
J.L. Piton, M. Plantier, P. Pornon, C. Pramayon, B. Quelard,
A. Rakaa, L. Raquin, C. Remy, M. Rezig, A. Ricard,
A. Richard, F. Rigal, D. Robert, G. Rode, J.P. Romanet, F.
Rongieras, C. Roset, A. Rousson, P. Roussouli, H. Roux,
C. Ruhl, J. Salamand, F. Salord, P. Sametzky, K. Sayegh,
P. Sayous, N. Sbraire, N. Scappaticci, P. Schiele, M. Schnei-
der, C. Simonet, M. Sindou, R. Soldner, M. Soudain, J. Sta-
gnara, D. Stamm, B. Suc, K. Supernant, M.C. Taesch,
F. Tasseau, L. Tell, M. Thomas, S. Tilhet-Coartet, E. Tissot,
J.C. Toukou, M. Trifot, F. Tronc, B. Vallee, G. Vallet, A. Van-
cuyck, I. Vergnes, M.P. Verney, E.J. Voiglio, G. Vourey,
J. Vuillard, M. Westphal, L. Willemen.

Références

[1] ONISR. Observatoire national interministériel de sécu-
rité routière. Bilan de l'année 1996. Paris : La Documen-
tation française, 1997.

[2] ONISR. Observatoire national interministériel de sécu-
rité routière. Bilan de l'année 2008. Paris : La Documen-
tation française, 2009.

[3] Laumon B, Martin JL, Collet P, Chiron M, Verney MP,
Ndiaye A, et al. A French road accident trauma registry:
first results. In: AAAM, editor. 41st Annual AAAM Confer-
ence; 10-11 novembre 1997, Orlando, Florida: AAAM.
1997;127-37.

[4] Amoros E, Martin JL, Laumon B. Estimating non-fatal
road casualties in a large French county, using the
capture-recapture method. *Accid Anal Prev*.
2007;39(3):483-90.

[5] Association for Advancement of Automotive Medi-
cine (AAAM). The Abbreviated Injury Scale, 1990 Revision.
Des Plaines, IL, 60018 USA, 1990.

[6] Association for Advancement of Automotive Medi-
cine (AAAM). Injury Impairment Scale. Des Plaines, IL
60018 USA, 1994.

[7] Hirsch AE, Eppinger RH. Impairment scaling from the
abbreviated injury scale. In: AAAM, editor. 28th Annual
AAAM Conference; 8-10 octobre 1984; Denver, Colorado:
AAAM. 1984;209-18.

[8] IRTAD. International Traffic Safety Data & Analysis
Group. Road safety 2009, Annual Report, 2010. Disponi-
ble à : <http://www.irtad.net>

[9] ONISR. Observatoire national interministériel de sécu-
rité routière. Bilan de l'année 2002. Paris : La
Documentation française, 2003.

[10] Groupe interministériel sous la responsabilité de
Régis Guyot. Gisements de sécurité routière : les deux-
roues motorisés. Paris : La Documentation française, 2008.

[11] Lyons RA, Ward H, Brunt H, Macey S, Thoreau R,
Bodger OG et al. Using multiple datasets to understand
trends in serious road traffic casualties. *Accid Anal Prev*.
2008;40(4):1406-10.

[12] Lapostolle A, Gadegbeku B, Ndiaye A, Amoros E,
Chiron M, Spira A, et al. The burden of road traffic acci-
dents in a French Département: the description of the
injuries and recent changes. *BMC Public Health*. 2009;
9:386.

[13] Nallet N. Profils de personnalité en lien avec les
infractions et/ou les accidents de la route : qui sont les
stagiaires "permis à points" ? Thèse de doctorat, Univer-
sité Lyon 2 ; 2009 : 376 p.

[14] Amoros E, Martin JL, Lafont S, Laumon B. Actual
incidences of road casualties, and their injury severity,
modelled from police and hospital data, France. *Eur J
Public Health*. 2008;18(4):360-5.

[15] Gadegbeku B, Ndiaye A, Chiron M. Séquelles
majeures en traumatologie routière, registre du Rhône,
1996-2003. *Bull Epidémiol Hebd*. 2006;(36):267-72.

Recrudescence de la rougeole dans les armées françaises en 2010 : résultats de la surveillance épidémiologique

Aurélien Mayet (aurelie_marie@hotmail.fr)¹, Catherine Verret¹, Rachel Haus-Cheymol¹, Sandrine Duron¹, Frank De Laval², Patrick Imbert³,
Matthieu Janville⁴, Frédéric Munoz⁵, Martine Armand-Tolvry⁶, Xavier Thauvin⁷, Christophe Decam², Jean-Baptiste Meynard¹, Xavier Deparis²,
René Migliani¹

1/ Département d'épidémiologie et de santé publique Nord, École du Val-de-Grâce, Paris, France

2/ Département d'épidémiologie et de santé publique Sud, Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille, France

3/ Service de pathologie infectieuse et tropicale, Hôpital d'instruction des armées Bégin, Saint-Mandé, France

4/ Service médical, 4^{ème} groupement d'escadron de hussard, Metz, France

6/ Service médical, 526^{ème} bataillon du train, Saint-Germain-en-Laye, France

5/ Service médical, Base de défense, Monthléry, France

7/ Institut géographique national, Saint-Mandé, France

Résumé / Abstract

Depuis début 2010, une flambée de la rougeole est observée dans les armées françaises. L'objectif est de présenter les résultats de la surveillance épidémiologique de la rougeole dans les armées entre 1992 et 2010 et de décrire cette hausse d'incidence.

Les critères de déclaration de la rougeole étaient inspirés de ceux utilisés pour la déclaration obligatoire nationale. Les données concernant les militaires en activité étaient déclarées par l'ensemble des médecins des formations militaires à l'aide d'une fiche de recueil anonyme.

Entre 1992 et juillet 2010, 689 cas de rougeole ont été déclarés. Depuis 2002, le taux d'incidence moyen était de 1 cas p.100 000 personnes-années. Une augmentation significative était observée en 2010 (13,9 cas p.100 000 en 2010 versus 1,8 en 2009). Les 28 cas déclarés en 2010 étaient répartis sur 6 clusters et 3 cas isolés. L'information sur le statut vaccinal était disponible pour 20 cas, parmi lesquels 6 avaient été vaccinés (30,0%).

La résurgence épidémique de la rougeole observée en 2010 dans les armées françaises est compatible avec celle observée aux niveaux national et européen, vraisemblable conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante. Les militaires pourraient constituer une population relativement exposée compte-tenu de leur vie en collectivité.

Resurgence of measles among French military forces in 2010: results of epidemiological surveillance

Since early 2010, an increase of incidence of measles has been observed among French military forces. The objective of this study is to present the results of measles epidemiological surveillance and to describe the increase of incidence.

Case definitions were derived from the French compulsory notification guidelines. Data concerning active military forces were collected by all the armed forces' physicians, using an anonymous reporting form. From 1992 to 2010, 689 measles cases were notified. Since 2002, mean incidence rate was 1.0 case p. 100,000 persons-years. A significant increase was observed in 2010 (13.9 cases p.100,000 in 2010 versus 1.8 in 2009). The 28 cases notified in 2010 were dispatched on 6 clusters and 3 isolated cases. Information about vaccine status was available for 20 cases, among whom only 6 had been vaccinated (30.0%).

The epidemic resurgence of measles observed in 2010 in military forces can be superposed on French and European civilian data. That is the consequence of insufficient vaccine coverage in the population. Moreover, French militaries could constitute a particularly exposed population as they often live in promiscuity.

Mots clés / Key words

Adulte, armées, rougeole, vaccination / Adult, armed forces, measles, vaccination

Introduction

La rougeole est une affection extrêmement contagieuse due à un virus de la famille des *paramyxoviridae*, qui reste l'une des causes importantes de décès du jeune enfant alors qu'il existe un vaccin sûr et efficace. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 164 000 personnes, dont une majorité d'enfants de moins de 5 ans, sont mortes de la rougeole dans le monde en 2008 [1]. Le vaccin antirougeoleux a été introduit dans le calendrier vaccinal français en 1983. La surveillance par le réseau Sentinelles® de l'Inserm a mis en évidence l'impact majeur de cette vaccination, avec une réduction de plus de 90% du nombre estimé de cas entre la fin des années 1980 et 2000 [2]. Pour atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole en France en 2010, objectif commun avec les autres pays européens, un plan national a été lancé en 2005 [3]. La première dose de vaccin rubéolo-oreillons-rougeole (ROR) est, depuis cette date, recommandée à l'âge de 12 mois, et la seconde dose entre les âges de 13 et 24 mois. Des recommandations de rattrapage vaccinal ciblent dorénavant non seulement les enfants et les adolescents mais également les jeunes adultes non vaccinés et les professionnels de santé. Afin de mettre en œuvre des mesures de contrôle, notamment vaccinales, visant à stopper la diffusion du virus autour d'un cas et en situation de cas groupés, et de suivre les progrès vers l'élimination, la rougeole est redevenue à déclaration obligatoire en juillet 2005. Alors qu'en 2006 et 2007, 40 et 44 cas avaient été respectivement déclarés en France [4], une résurgence de la rougeole a été détectée début 2008 [2].

En milieu militaire, la rougeole est soumise à surveillance épidémiologique depuis 1992 compte tenu de sa forte contagiosité, susceptible d'altérer la capacité opérationnelle des forces. Si depuis 2002 l'affection était rare, avec en moyenne 2 cas déclarés par an, une discrète résurgence a également été observée en 2008 et 2009, avec 5 cas déclarés en moyenne par an, précédant une flambée observée depuis le début 2010, avec 28 cas observés sur une période de sept mois.

L'objectif de ce travail était de présenter les résultats de la surveillance épidémiologique de la rougeole dans les armées depuis 1992 et de décrire la hausse importante d'incidence observée début 2010.

Sujets et méthode

La surveillance épidémiologique dans les armées concerne tout le personnel militaire en activité, quels que soient son lieu d'affectation et l'origine de sa prise en charge médicale, en milieu civil ou militaire. Cette stratégie de surveillance permanente concerne toutes les formations militaires. Les critères de déclaration de la rougeole dans les armées distinguent plusieurs définitions de cas inspirées des critères de la déclaration obligatoire [5] :

– **Cas confirmé biologiquement** : isolement du virus de la rougeole ou *Polymerase chain reaction* (PCR) positive, ou augmentation significative des anticorps rougeoleux (élévation de 4 fois au moins du titre des IgG en l'absence de vaccination récente), ou présence d'IgM anti-rougeoleuses ;

– **Cas confirmé cliniquement** : fièvre supérieure ou égale à 38,5°C associée à un exanthème généralisé (éruption maculo-papuleuse) et au moins un des signes suivants : cataracte oculonasal, toux, signe de Köplik dans un contexte épidémique ou après contact dans les 7 à 18 jours avec un cas confirmé.

Sont par ailleurs considérés comme des **cas groupés**, au moins trois cas ou plus de rougeole, avec ou sans lien épidémiologique, parmi lesquels un cas au moins a été confirmé biologiquement, dans une même zone géographique (compagnie, bâtiment de la marine, bureau, école, etc.), sur une période de temps limitée (quelques jours voire quelques semaines) [5].

Il est à noter que le calendrier vaccinal français recommande la vaccination par une dose de vaccin ROR des sujets âgés de 18 à 30 ans qui n'auraient jamais été vaccinés contre la rougeole. Les armées ont intégré la vaccination ROR dans leur calendrier vaccinal en 2009. Tout sujet ne pouvant justifier de deux doses de vaccin doit bénéficier d'une dose à l'incorporation. Aucune sérologie pré ou post-vaccinale n'est actuellement recommandée, sauf pour les professionnels de santé, qui sont soumis à une vérification du statut sérologique pour tout incorporé ne justifiant pas de deux doses de vaccin ROR.

La période de surveillance s'étendait de 1992 à 2010. Pour les cas déclarés après 2006, une fiche anonyme était renseignée par le médecin ayant fait le diagnostic. Cette fiche comporte des informations sociodémographiques, cliniques et biologiques, des données sur le statut vaccinal, et la notion d'appartenance du cas à un ensemble de cas groupés. La recherche des doublons a été effectuée sur la date de naissance du patient. Le taux d'incidence (TI) de la rougeole a été calculé en prenant au dénominateur les effectifs militaires (personnes-années) fournis par l'Observatoire social de la défense. Le logiciel Epi-Info® 6 version 04d a été utilisé pour l'analyse des données.

L'investigation et la gestion des *clusters* étaient assurées par les Départements d'épidémiologie et de santé publique (DESP) du Service de santé des armées (SSA). Les DESP supervisaient ainsi, en collaboration avec les médecins militaires chargés de

la structure où survenaient les cas, la recherche des cas secondaires et l'identification des sujets contacts du cas index afin de mettre en œuvre une vaccination de rattrapage ou une vaccination post-exposition qui, réalisées dans les 72 heures après le contact présumé, peuvent éviter la survenue de la maladie [5]. Les DESP assuraient également la déclaration des cas aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass¹), qui prenaient en charge les sujets contacts civils.

Résultats

Incidence de la rougeole dans les armées entre 1992 et 2010

Depuis 1992, 689 cas de rougeole ont été déclarés dans les armées françaises (figure 1). Trois pics de TI étaient observés : 31,2 cas p.100 000 personnes-années (PA) en 1993, 24,9 cas p.100 000 PA en 1997 et 14,7 cas p.100 000 PA en 2001. Une baisse notable du TI était observée à partir de 1998. Depuis 2002, les TI étaient très faibles, oscillant autour de 1 cas p.100 000 PA. Entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2010, 28 cas de rougeole ont été déclarés, vs. 6 pour toute l'année 2009 et 4 en 2008. Une augmentation significative du TI de la rougeole était ainsi observée dans les armées : 13,9 cas p.100 000 PA en 2010 vs. 1,8 en 2009 et 1,2 en 2008 ($p < 0,001$).

Description de la recrudescence observée en 2010

Vingt-huit cas ont été déclarés dans les armées durant la première moitié de 2010 :

– 24 en France métropolitaine, répartis sur 5 *clusters* totalisant 21 cas et 3 cas *a priori* isolés (figures 2 et 3) ;

– 4 cas au Tchad, regroupés en un *cluster*.

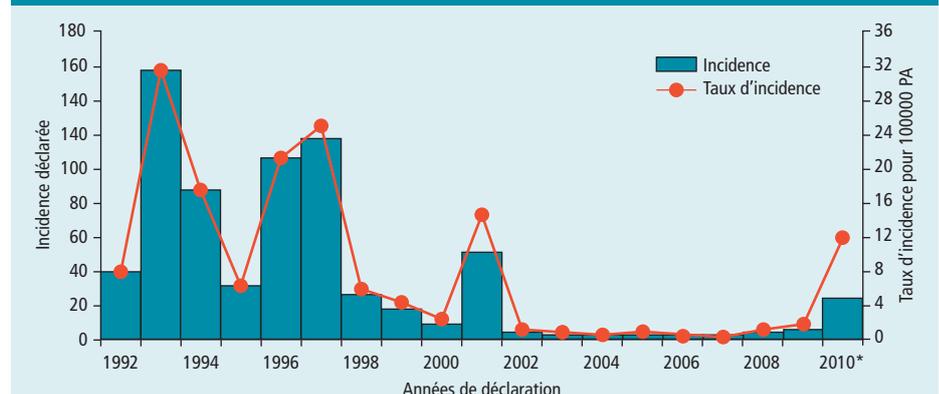
Parmi les 24 cas survenus en métropole, 21 ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire (87,5%).

L'âge moyen des cas était de 27 ans (extrêmes : 20-43 ans). Seuls 2 cas étaient des femmes (7,1%).

Une fièvre supérieure à 38,5°C était retrouvée dans 96,4% des cas (27/28). Les sujets présentaient une

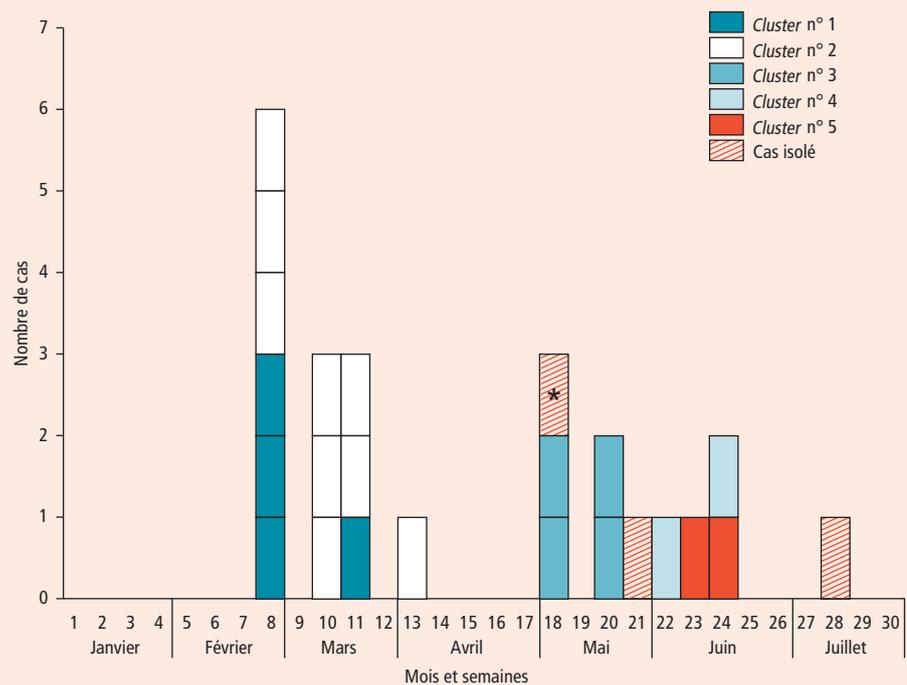
¹ Les Ddass sont désormais remplacées par les Délégations territoriales des Agences régionales de santé (DT-ARS).

Figure 1 Incidence et taux d'incidence des cas de rougeole (p.100 000 personnes-années) dans les forces armées françaises entre le 1^{er} janvier 1992 et le 31 juillet 2010 (n=689) / Figure 1 Incidence and incidence rate of measles cases (for 100,000 persons-years) in the French armed forces between 1 January 1992 and 31 July 2010 (n=689)



* du 1^{er} janvier au 31 juillet 2010.
PA : personnes-années.

Figure 2 Courbe épidémique des cas de rougeole déclarés en France métropolitaine dans les forces armées françaises entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2010 (n=24) / Figure 2 Epidemic curve of measles cases reported in metropolitan France in the French armed forces between 1 January and 31 July 2010 (n=24)



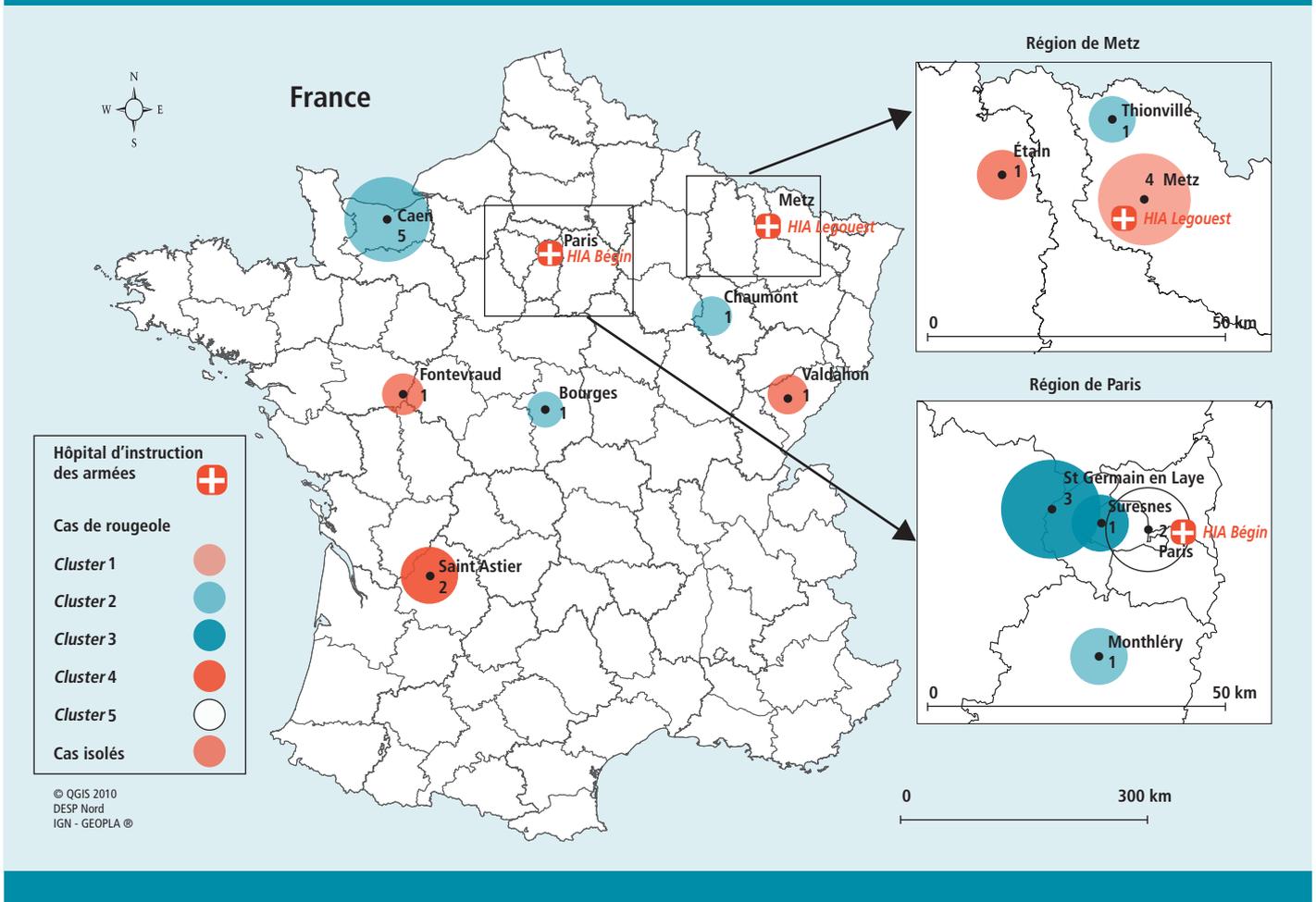
* Cas apparemment isolé mais rattachable au cluster n° 2

éruption, généralisée dans 85,7% des cas (24/28). La toux (26/28, soit 92,9%) et le catarrhe oculonasal (23/28, soit 82,1%) étaient aussi fréquemment retrouvés. Quatre cas se sont compliqués d'une pneumonie, d'évolution favorable. Quinze cas (53,6%) ont été hospitalisés, les autres ayant été mis en arrêt-maladie à leur domicile. La rougeole était confirmée par un examen de laboratoire dans 67,9% des cas (19/28), le plus souvent une recherche d'IgM sériques. Une PCR a été réalisée chez 5 cas, s'avérant positive. L'information sur le statut vaccinal était disponible pour 20 cas (71,4%), parmi lesquels 5 avaient déjà été vaccinés avec une dose de vaccin et 1 avec deux doses (6/20, soit 30,0%). L'interrogatoire des cas index des clusters n'a retrouvé aucune source de contamination extra-professionnelle. Parmi les 24 cas déclarés en France métropolitaine, aucun n'avait effectué de mission récente à l'étranger. Le statut vaccinal des cas index n'était disponible que pour quatre clusters : les sujets concernés n'avaient jamais été vaccinés.

Cluster n°1 (4 cas)

Le premier cas, un homme de 43 ans appartenant à une unité de l'armée de terre d'environ 1 000 personnes stationnée à Metz, a présenté une éruption le 13 février. Le second et le troisième cas ont présenté une éruption le 16 février. Les cas ont été admis dans le service de pathologie infectieuse de

Figure 3 Distribution géographique des cas de rougeole déclarés dans les forces armées stationnées en France métropolitaine entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2010 (n=24) / Figure 3 Geographical distribution of measles cases reported in the armed forces posted in metropolitan France between 1 January and 31 July 2010 (n=24)



l'Hôpital d'instruction des armées (HIA) Legouest à Metz. Un 4^{ème} cas a été confirmé deux semaines plus tard. Aucune personne dans l'entourage professionnel des cas n'a bénéficié d'une vaccination.

Cluster n°2 (9 cas)

Le premier cas, appartenant à une unité de l'armée de terre de 900 personnes stationnée à proximité de Caen, a présenté les signes cliniques le 25 février 2010 alors qu'il effectuait un stage de conduite dans un régiment de Montlhéry. La recherche de IgM sériques et la PCR, réalisées à l'HIA Bégin de Saint-Mandé, étaient positives. Au cours des quatre semaines suivantes, 5 autres cas ont été confirmés dans l'unité de Caen. Un dernier cas, toujours de la même unité, a été diagnostiqué dans cette même période par le médecin d'une unité de Bourges où le militaire effectuait une formation. Une information a été mise en place au niveau de l'unité afin d'inciter tout cas secondaire à consulter. Le statut vaccinal de tout le personnel du régiment a été vérifié, une vaccination ROR étant proposée aux sujets ne pouvant justifier de deux doses de vaccin. Deux autres cas, survenus à Thionville et Chaumont, ont pu être chaînés à ce *cluster*. Ces deux sujets se sont probablement contaminés à Montlhéry où ils avaient effectué des stages de conduite automobile à la même période que le cas index. Signalons enfin le cas d'un militaire affecté à Fontevraud hospitalisé le 15 mai 2010 suite à une éruption associée à une pneumopathie sans critère de gravité. Ce dernier cas, confirmé biologiquement, était aussi passé à Montlhéry du 10 au 14 mai. Le centre de formation de Montlhéry recevant de nombreux militaires, une enquête téléphonique a été effectuée auprès des unités qui y avaient envoyé des stagiaires à la même période : aucun cas secondaire n'a été retrouvé.

Cluster n°3 (4 cas)

Ce *cluster* regroupait 4 cas. Les deux premiers se sont déclarés simultanément le 2 mai 2010 chez des militaires en stage à Saint-Germain-en-Laye dans un régiment comptant 1 200 personnes, suivi d'un 3^{ème} le 17 mai. Le 4^{ème} cas, survenu le 13 mai, appartenait à une autre unité stationnée à Suresnes où les 3 autres cas venaient d'effectuer un passage dans le cadre de leur stage. Une vérification de statut vaccinal a été réalisée chez les 30 stagiaires, dont 11 ont bénéficié d'une vaccination, puis étendue à tout le personnel de l'unité. Les vaccinations se font actuellement progressivement lors des visites d'aptitude.

Cluster n°4 (2 cas)

Survenu début juin 2010, ce *cluster* regroupait un gendarme en stage à Saint-Astier et le secrétaire du service médical de son unité qui l'avait pris en charge. Une information a été diffusée dans la section de stage du cas et à son encadrement (30 personnes environ), mais le statut vaccinal n'a été recherché qu'au sein du personnel du service médical : 2 sujets ont bénéficié d'une injection ROR.

Cluster n°5 (2 cas)

Ce *cluster* regroupait 2 sapeurs pompiers, malades le 25 mai et le 7 juin 2010. Ces sujets travaillaient

dans des centres de secours (CS) situés dans l'Ouest parisien ; le premier cas a probablement contaminé le second au cours d'une activité commune. Aucune vérification de statut vaccinal n'a été effectuée au sein du personnel des deux CS, le personnel de la Brigade des sapeurs pompiers de Paris étant soumis aux obligations vaccinales applicables aux professionnels de santé.

Cluster n°6 (4 cas)

Ce *cluster* de 4 cas survenus entre juin et juillet 2010, a été déclaré au sein d'un escadron de 200 militaires stationnés au Tchad. Le cas index s'est probablement contaminé au Tchad car l'escadron y était déployé depuis deux mois. Aucune mesure prophylactique n'a été prise et ce *cluster* n'a été notifié au DESP que trois mois plus tard en raison de la situation d'isolement relatif de ces militaires.

Discussion

Après une baisse notable du taux d'incidence à partir de 2002, la rougeole était devenue quasi absente dans les armées françaises, avec un taux moyen de 0,7 cas p.100 000 PA entre 2002 et 2009. Le début 2010 a été marqué par une flambée de cas groupés, notamment en Île-de-France et dans le quart Nord-est de la France, avec un taux d'incidence de 13,9 cas p.100 000 PA pour la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2010.

Ces données apparaissent superposables à celles observées en population générale. En effet, les taux d'incidence de la rougeole en population générale, inférieurs à 0,1 cas p. 100 000 habitants en 2006 et 2007 (autour de 0,3 chez les militaires), pouvaient laisser entrevoir une quasi-élimination de la rougeole en France [6]. Une résurgence a cependant été observée à partir de 2008, avec un taux d'incidence nationale de 1,0 cas p. 100 000 habitants (1,2 chez les militaires) [2], puis une flambée début 2010 selon le bilan provisoire de l'Institut de veille sanitaire : 1 972 cas ont été notifiés en France entre le 1^{er} janvier et le 31 mai (vs. 1 544 pour toute l'année 2009), ce qui équivaut à un taux d'incidence de 3,2 cas p. 100 000 habitants [7]. Cette hausse, observée dans d'autres pays d'Europe [8], n'était pas inattendue compte tenu de la couverture vaccinale insuffisante pour interrompre la transmission du virus. Une analyse de 88 *clusters* investigués entre 2008 et 2009 par les Ddass et par les Cellules de l'InVS en région (Cire) retrouvait une couverture vaccinale médiane à 56% pour la première dose de ROR et à 51% pour la deuxième dose, résultats marquants compte-tenu du nombre élevé de complications sévères retrouvé dans cette étude, incluant 5 pneumopathies et 1 décès par encéphalite [9]. L'estimation de la couverture vaccinale dans les armées françaises apparaissait similaire (45,9% en 2002) [10]. La situation épidémiologique actuelle semble ainsi la conséquence d'une accumulation progressive de sujets non vaccinés dont beaucoup grandissent sans rencontrer le virus, comme en témoigne la distribution par âge des cas. L'âge moyen de la maladie s'est élevé : la proportion des cas de rougeole survenant chez des personnes de 10 ans et plus, inférieure à 10% en 1986, se situait

à plus de 50% en 2008 [2;6]. La proportion des cas de rougeole survenant chez les sujets de 20 ans et plus est quant à elle passée de 17% à 38% entre 2008 et 2010, ce qui équivaut à des taux d'incidence respectifs de 0,2 et 1,2 cas p.100 000 [7]. Or, la fréquence des complications et la létalité augmentent avec l'âge de survenue de la maladie.

Notons cependant que cette élévation de l'âge de la maladie ne permet pas d'expliquer à elle seule les taux d'incidence observés dans la population militaire, constituée pour la quasi-totalité de sujets de 20 ans et plus. Ces taux apparaissent près de six fois plus élevés qu'en population générale en ce qui concerne cette tranche d'âge en 2008 et en 2010, ce qui pourrait s'expliquer par une sous-estimation de l'incidence en milieu civil. En effet, seuls 51% des cas appartenant aux *clusters* investigués par les Ddass et les Cire entre 2008 et 2009 avaient fait l'objet d'une déclaration obligatoire [9]. Une autre explication pourrait être apportée par le mode de vie des militaires qui vivent le plus souvent au sein de collectivités fermées et dont les activités (sport, manœuvres, etc.) favorisent la promiscuité et par là même la transmission de la maladie. Plusieurs individus de notre série se sont d'ailleurs contaminés à l'occasion de stages ou de formations qui impliquent des activités sportives et des cours en salle. Il est enfin utile de préciser que la définition de cas utilisée dans les armées n'est pas exactement celle choisie pour la déclaration obligatoire en ce qui concerne les cas confirmés cliniquement, qui ne sont pris en compte qu'en situation épidémique ou quand ils ont un lien épidémiologique avec un cas confirmé. Cette définition plus spécifique s'explique par la politique du SSA qui était centrée sur le dépistage des *clusters* au moment de la mise en place de la fiche de surveillance en 2006. Ces critères pourraient cependant être amenés à une révision dans le contexte actuel.

Conclusion

La résurgence épidémique de la rougeole observée cette année dans les armées françaises est compatible avec celle observée aux niveaux national et européen. Les militaires semblent toutefois constituer une population relativement exposée compte-tenu de leur mode de vie en collectivité.

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins des unités militaires qui, par la qualité de leurs déclarations, participent activement au réseau de surveillance épidémiologique dans les armées.

Références

- [1] Rougeole. Aide-mémoire n°286. Organisation mondiale de la santé. Disponible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/index.html>
- [2] Parent du Châtelet I, Antona D, Waku-Kouomou D, Freymuth F, Maine C, Lévy-Bruhl D. La rougeole en France en 2008 : bilan de la déclaration obligatoire. Bull Epidemiol Hebd. 2009;(39-40):415-9.
- [3] Plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France. 2005-2010. Ministère de la Santé et des Solidarités. Juin 2005. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/rougeole/plan_national.htm
- [4] Parent du Châtelet I, Waku-Kouomou D, Freymuth F, Maine C, Lévy-Bruhl D. La rougeole en France : bilan

de 24 mois de surveillance par la déclaration obligatoire (juillet 2005-juin 2007). Bull Epidemiol Hebd. 2007;(51-52):445-9.

[5] Direction générale de la santé. 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. Disponible à : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf

[6] Guérin N. Vaccination contre la rougeole : où en sommes-nous en France en 2006 ? J Pediatr Puéric. 2007;20:1-8.

[7] Institut de veille sanitaire. Données de déclaration obligatoires de la rougeole. Bilan provisoire au 31 mai 2010. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/donnees/donnees_310510.htm

[8] Pervanidou D, Horefti E, Patrinos S, Lytras T, Triantafillou E, Mentis A, et al. Spotlight on measles 2010: Ongoing measles outbreak in Greece, January-July 2010. Euro Surveill. 2010;15(30):pii=19629. Disponible à :

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19629>

[9] Stoll J, Denetiere G, Collioud-Marichallot L, Langely L, Escourrolle D, Parent du Châtelet I. Foyers de rougeole survenus entre janvier 2008 et avril 2009 en France : résultats d'une enquête auprès des Ddass et des Cire. Bull Epidemiol Hebd. 2009;(39-40):419-23.

[10] De Laval F, Haus R, Spiegel A, Simon F. Lower long-term immunogenicity of mumps component after MMR vaccine. Pediatr Infect Dis J. 2010 Nov;29(11):1062-3; author reply 1063.



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE



Comité national des registres Appel à qualification 2011

Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées (Arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres).

Le texte intégral de l'appel à qualification des registres pour l'année 2011 est disponible sur les sites de l'Inserm <http://www.inserm.fr> et de l'InVS <http://www.invs.sante.fr>. Il concerne les registres non qualifiés et les registres qualifiés dont les qualifications arrivent à échéance le 31 décembre 2011.

- Pour les registres non qualifiés actuellement, les personnes intéressées devront, préalablement à la demande de qualification, soumettre une lettre d'intention au Comité national des registres (CNR) au plus tard le 7 janvier 2011.
- Pour les registres qualifiés dont la qualification arrive à échéance le 31 décembre 2011 et les registres non qualifiés dont la lettre d'intention aura été sélectionnée par le CNR (cf supra), le dossier complet de demande de qualification devra être adressé au CNR au plus tard le 4 mai 2011.

Dates limites de dépôt

Lettre d'intention : 7 janvier 2011

Dossier de qualification : 4 mai 2011

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du secrétariat du CNR :

Mme Christine Chopard-Bouveresse
Institut de veille sanitaire (InVS)
Département des Maladies chroniques et des traumatismes
Courriel : c.chopard@invs.sante.fr
Secrétariat : 01 55 12 53 18

M. Dominique Vuillaume
Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
Institut thématique Santé publique
Courriel : dominique.vuillaume@inserm.fr
Secrétariat : 01 44 23 67 47

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Dr Isabelle Gremy, ORS Île-de-France ; Philippe Guilbert, Inpes ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Eric Jouglu, Inserm CépIDc ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, ARS Rhône-Alpes ; Dr Valérie Schwoebel, Cire Midi-Pyrénées ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.

N° AIP : AIP0001392 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
Tél. : 03 80 48 95 36
Fax : 03 80 48 10 34
Courriel : ddorey@alternatives-economiques.fr
Tarifs 2010 : France et international 62 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Imprimerie : Bialec
95, boulevard d'Austrasie - 54000 Nancy