

[▷ Retour au sommaire](#)

Données épidémiologiques disponibles en France : Investigations d'épidémies de rougeole, France, 1992-97 S. Baron

Les données générées par les investigations d'épidémies de rougeole sont intéressantes par plusieurs aspects :

- un complément d'information aux données de surveillance, avec une possibilité de description exhaustive si l'épidémie touche une communauté limitée ou facilement accessible comme une école,
- une prise de conscience par les investigateurs locaux et les médecins déclarants s'ils ont été bien rétro-informés de la circulation possible du virus malgré une couverture vaccinale "paraissant" élevée mais encore insuffisante et une efficacité vaccinale élevée. La description de l'épidémie motivera à l'obtention d'une couverture vaccinale plus élevée.

Toutefois, pour satisfaire ces objectifs, il faut une investigation minimale, qui comprenne au moins :

- un recensement de cas confirmés cliniquement (grâce à une définition de cas plus spécifique que le simple diagnostic du médecin) et mieux biologiquement,
- la connaissance du statut vaccinal des cas pour caractériser la "cause" de l'épidémie : insuffisance de couverture ou échecs de la vaccination ? La comparaison de la proportion attendue de vaccinés parmi les cas compte tenu de la couverture dans cette population, et de la proportion observée de vaccinés parmi les cas est un élément d'orientation qui permet d'orienter vers une investigation plus approfondie (enquête de cohorte).

Malgré un certain nombre d'appels nous informant de la présence d'épidémies dans telle collectivité ou unité géographique, très peu d'épidémies sont réellement documentées.

La présentation résume 5 épidémies documentées depuis 1992 en précisant comment elles ont été repérées, quelle est la définition de cas, quels sont les investigateurs et pourquoi ils investiguent [1], [2]. L'alerte est le plus souvent donnée par les généralistes ; une fois le laboratoire de virologie a été utile pour confirmer l'alerte en signalant une positivité anormalement élevée des IgM rougeoleuses dans les prélèvements effectués. En 5 ans, la définition de cas évolue "vite et bien" du simple diagnostic par le médecin dans la 1ère, à la confirmation sérologique de tous les cas dans la dernière. Le but de l'investigation évolue aussi de la simple description des échecs vaccinaux à la mesure de l'efficacité vaccinale, voir à la mise en place de mesures de contrôle (tableau 1). Les enquêtes en population générale (ville ou département) ne sont utiles qu'en l'absence de surveillance exhaustive efficace; leur description est cependant un outil local utile pour sensibiliser les médecins, voyant individuellement peu de cas, à la nécessité d'une stratégie d'élimination plus agressive. Les enquêtes dans les collectivités d'enfants font intervenir des déclarants inhabituels (directeurs, médecins scolaires...) et peuvent susciter des mesures de contrôle localement.

Tableau 1 : Epidémies de rougeole, méthodes d'investigation et investigateurs.

ANNEE	DEPT	ALERTE	DEFINITION DE CAS	INVESTIGATION (qui ? pourquoi ?)
1/92 =>5/92	94	M.G	néant	médecins hospitaliers => échecs vaccinaux
12/94 =>3/95	37	M.G + P + labo viro	clinique : - suspects - certains	DDASS + SPSFE +RNSP => descriptive (dept) => mesure E.V (école)
3/96 =>8/96	94	M.H	clin + bio : - suspects -probables - certains	CIDEF => descriptive (dept) => mesure E.V (école)
9/96 => 1/97	46	M.G	clinique - suspects -probables	DDASS + CIREI => descriptive (dept)
10/96 => 5/97	971	M.G	clin + bio -certains	DDASS + CONSEIL G ^{AL} => contrôle

M.G = médecin généraliste, P = pédiatre, M.H = médecin hospitalier

Le descriptif de 5 épidémies investiguées en population générale est présenté dans le tableau 2. La fiche de recueil des cas utilisée doit être sommaire, précisant seulement quelques variables les plus accessibles lors d'un remplissage rétrospectif par le médecin traitant (date de l'éruption, lieu, âge, fréquentation d'une collectivité, statut vaccinal, complications, confirmation biologique). Les répartitions en âge sont le reflet de foyers prédominants à l'école (94 et 37) ou au collège (971). La proportion de vaccinés parmi les cas est pour 4 foyers sur 5 proche de celle attendue témoignant d'une efficacité vaccinale élevée, qui a pu être vérifiée par enquête de cohortes rétrospectives en milieu scolaire 2 fois (tableau 3).

Tableau 2 : Epidémies de rougeole, descriptif.

DATE de l'épidémie	DEPT (CV* à 2 ans)	NOMBRE de cas (confirmés**)	distribution en AGE (années) des cas	proportion de cas VACCINES	proportion attendue de cas vaccinés
1/92 =>5/92	94 (CV* = 81%)	112 (0)	72% < 7 a	30%	10 à 25 % pour CV de 60 à 80 %
12/94 =>3/95	37 (CV* = 85%)	124 (10)	74% <10 a 22% 10-20 a 4% >20 a	34%	15 à 30% pour CV de 65 à 85 %
3/96 =>8/96	94 (CV* = 89%)	53 (19)	73% <10 a 23 % 10-20a 4 % >20a	37,5%	15 à 35% pour CV de 70 à 90%
9/96 => 1/97	46 (CV* = 70%)	55 (1)	53% <10 a 42 % 10-20a 5% >20a	39%	7 à 15% pour CV de 50 à 70%
10/96 => 5/97	971 (CV*=86%)	118 (118)	16 % <10 a 81 % 10-20 a 3 % > 20 a	22% 53 % <10 a 16 % >10 a	15 à 30% pour CV de 65 à 85 %

CV* = couverture vaccinale du département confirmés** = confirmation au laboratoire

Tableau 3 : évaluation de l'efficacité vaccinale au cours de 2 épidémies scolaires.

DEPT	LIEU (CV Collectivité)	NOMBRE de cas	TAV*	TANV**	EV§ (IC)
37	Ecole 1 aire et Mat 299 élèves (CV = 82 %)	36	5,5%	79,3%	93% 89-96
94	Ecole 1 aire 278 élèves (CV = 89 %)	11 tous confirmés	0,8%	42,8%	98% 92-99

* TAV = taux d'attaque parmi les vaccinés ** TANV = taux d'attaque parmi les non vaccinés

§ EV = efficacité vaccinale = 1 - TAV/TANV

Les mesures de contrôle vont de "rien", à une simple information, à une campagne vaccinale pour la dernière épidémie survenue en Guadeloupe, alors qu'une stratégie d'élimination de la rougeole dans les caraïbes voisins anglophones y a permis l'élimination de la rougeole indigène depuis 1991 (tableau 6).

Tableau 4 : Mesures de contrôle prises lors des épidémies de rougeole.

ANNEE	DEPT	INFORMATION	VACCINATION
92	94	-	-
95	37	+*	-
96	94	+*	-
96/97	46	+*	-
96/97	971	+	CAMPAGNE de VACCINATION : - NRS contact de 9-11 mois - 1-10 ans non vaccinés 11-16 ans

Contenu de l'information diffusée :

- Si votre enfant a déjà fait la rougeole, il ne pourra pas l'attraper à nouveau.
- S'il a déjà été vacciné par un des vaccins suivants : R.O.R ou Rouvax ou Rudirouvax ou Trimovax ou RORvax, le risque qu'il contracte la rougeole est très faible, (de l'ordre de 5%). Une revaccination est souhaitable à l'âge de votre enfant et nous vous suggérons d'en parler à votre médecin traitant.
- Si votre enfant n'a jamais été vacciné et n'a jamais eu la rougeole, il serait souhaitable que vous contactiez au plus vite votre médecin traitant ou un centre de vaccination (où la vaccination peut être faite gratuitement) pour qu'il soit vacciné dans les plus brefs délais.

Conclusion

En conclusion, les épidémies localisées de rougeole sont difficiles à détecter en l'absence de surveillance exhaustive. La définition suivante est utilisée par les CDC : plus de 5 cas liés épidémiologiquement [3]. L'intérêt de l'investigation d'épidémies en population générale est limité, mais il permet de sensibiliser les médecins à la nécessité d'obtenir une couverture vaccinale très élevée (> 95 %) pour interrompre la transmission. Les épidémies en collectivité ne sont pas rares : actuellement 75 % des cas surviennent de 2 à 15 ans, et l'école est le principal lieu de contagion. Aux USA, entre 1987 et 1990, les cas épidémiques (> 5 cas) représentaient 94 % des cas déclarés [3]. Dans l'objectif actuel d'élimination de la rougeole, le suivi de ces épidémies permettrait de faire la part des "échecs" de stratégie (enfants non vaccinés) et des "échecs" de la vaccination (échecs primaires) et éventuellement de mesurer l'efficacité de la souche Edmonston 749 D qui a remplacé la souche Schwartz en 1994. Les mesures de contrôle (rattrapage dans l'urgence) interviennent souvent trop tard pour être réellement efficaces [4] mais elles doivent être proposées pour limiter l'extension de l'épidémie autour du foyer. En cas de contagion, la vaccination est préconisée dans les 72h, mais son efficacité individuelle n'est pas clairement démontrée [5] ceci d'autant plus qu'en collectivité, il est très difficile de préciser la date exacte du contagion (la contagiosité de la rougeole débute dès l'apparition des prodromes).

Bibliographie

[1] PRAZUCK T, GUILLOT F, FISCH A, HALIOUA B, LAFAIX C Rougeole et protection vaccinale : étude épidémiologique sur le Val-de-Marne et l'Essonne Méd Mal Infect, 1994;24:83-87. [retour au texte](#)

- [2] BARON S., FIARD S, PULVENIS D, TURCO E, DUBOIS F, BORDERON JC, REBIERE I. Investigation d'une épidémie de rougeole en Indre-et-Loire BEH, 1995;34:153-155. [retour au texte](#)
- [3] HUTCHINS S, MARKOWITZ L, ATKINSON W, SWINT E, HADLER S Measles outbreaks in the United States, 1987 through 1990 *Pediatr Infect Dis J*, 1996;15:31-8. [retour au texte](#)
- [4] WHO - PAO - CDC Measles Eradication : Recommendations from a Meeting Cosponsored by the World Health Organization, the Pan American Health Organization, and CDC *MMWR*, 1997;46:1-19. [retour au texte](#)
- [5] KING G, MARKOWITZ L, PATRIARCA P, DALES L Clinical efficacy of measles vaccine during the 1990 measles epidemic *Pediatr Infect Dis J*, 1991;10:883-7. [retour au texte](#)
- [6] THEODORE M., MAZILLE V., REBIERE I. Actualités sur la rougeole en Guadeloupe et dans le monde. Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe. Octobre 1997, 11 pages.

- ▷ [Retour au sommaire](#)
- ▷ [Politique vaccinale M. Lequelllec-Nathan](#)

Mise à jour le 13 mars 1998

CONTACTS 