

Comment surveiller la rougeole en France ?

Eléments d'orientation donnés lors de la discussion

D. Lévy-Bruhl

Engagement politique

La justification de la révision des modalités de surveillance de la rougeole est liée à la perspective d'une élimination de la maladie. En effet l'inadaptation d'un réseau de surveillance sentinelle, la nécessité d'identifier et de confirmer les cas suspects de rougeole et l'investigation des cas confirmés seront d'autant plus pertinents que la maladie sera devenue rare.

L'adoption formelle, au niveau politique, d'un objectif d'élimination de la rougeole et l'engagement d'une mobilisation des ressources nécessaires à son atteinte, devraient donc précéder ou accompagner la modification du système de surveillance.

La situation actuelle française paraît propice à l'adoption d'un tel objectif essentiellement pour deux raisons :

- Le Groupe consultatif européen sur la vaccination a proposé l'échéance de 2007 pour l'élimination de la rougeole en Europe et a préparé à cet effet un plan stratégique régional. Cet objectif s'inscrit dans une perspective plus large d'éradication au niveau mondial.
- Les données de surveillance et les résultats de la modélisation présentés durant cette journée confirment les conséquences préoccupantes d'un contrôle imparfait de la maladie. Plus précisément, une couverture vaccinale autour de 80 % expose à la survenue d'épidémies importantes et à une élévation de l'âge moyen des cas. Or la fréquence des complications augmente avec l'âge de survenue de la maladie.

L'expérience récente du Canada confirme que, lorsque l'engagement politique est acquis et que les ressources nécessaires sont disponibles, les résultats en terme d'élévation de la couverture et d'amélioration de la performance de la surveillance peuvent être remarquables, même dans un contexte dans lequel la lutte contre la rougeole n'était pas auparavant perçue comme une priorité de santé publique.

Déclaration des cas

A terme elle constitue un impératif incontournable. Cependant son instauration nécessitera une sensibilisation et une information du corps médical sur sa justification et son utilité dans le contexte de l'élimination de la maladie. Dans la situation actuelle où l'estimation de l'incidence annuelle de la maladie est de plusieurs dizaines de milliers de cas, la notification individuelle peut ne pas apparaître comme une priorité, ne serait-ce qu'en regard des efforts encore nécessaires pour élever la couverture vaccinale.

Plusieurs options sont possibles pour le futur proche :

- 1) La remise en Déclaration obligatoire de la rougeole, même si sa performance reste faible dans les premières années, dans la perspective d'une pleine opérationnalité lorsque l'incidence des cas résiduels sera faible. Si une déclaration obligatoire pour une maladie réputée bénigne et encore relativement fréquente risque d'être mal acceptée, il n'est pas non plus évident qu'elle le serait mieux lorsque la maladie aura pratiquement disparu et ne sera plus perçue comme un risque.
- 2) Une notification limitée aux cas groupés, la définition du nombre de cas constituant un groupe pouvant être variable dans le temps, évoluant à terme vers la notification individuelle de tous les cas. Cette solution pourrait s'inscrire dans une démarche commune avec d'autres maladies. Cependant, dans la pratique, les cas groupés seront souvent vus par plusieurs intervenants qui n'auront pas toujours la perception de l'existence d'un foyer. Les cas groupés survenant dans des collectivités seraient plus facilement identifiés par un tel système en s'appuyant sur les praticiens de collectivité tels que les médecins de crèches et les médecins scolaires.
- 3) Une notification individuelle, qui pourrait être liée à la confirmation biologique des cas, dans les départements à couverture vaccinale élevée. Dans ces régions, la maladie est devenue rare et devrait survenir, en dehors de phénomènes épidémiques, essentiellement sous la forme de cas sporadiques isolés.

Confirmation biologique

Sa problématique est proche de celle de la DO. En particulier son caractère indispensable à terme : elle permettra, dans un contexte de faible valeur prédictive positive du diagnostic clinique, de préciser l'importance épidémiologique réelle de la maladie et d'éviter de consommer des ressources pour l'investigation des cas non confirmés. La part croissante des cas survenant chez des vaccinés et de celle survenant chez des adolescents et de jeunes adultes renforce la nécessité de la confirmation biologique, dans la mesure où l'infection dans ces groupes peut revêtir des formes cliniques moins typiques.

La question du stade de contrôle où elle devrait être mise en œuvre fait intervenir de nombreux paramètres parmi lesquels :

- le coût des examens biologiques, qui risque d'être très important dans un contexte d'incidence encore élevée de la maladie. Il paraît à cet égard raisonnable de limiter les indications de la confirmation biologique aux seuls cas

sporadiques.

- l'acceptation d'une confirmation biologique du diagnostic de rougeole par les médecins praticiens. Les données provisoires de l'étude pilote montrent un intérêt limité pour le test salivaire.
- la non disponibilité en France à l'heure actuelle de la technique de détection des Ig M salivaires en dehors du laboratoire participant à l'étude pilote.

Parmi les questions auxquelles il faudra apporter une réponse, plusieurs ont été évoquées :

- La confirmation biologique des cas devra t'elle reposer sur la sérologie, la détection des Ig M salivaires, une combinaison des deux techniques ?
- Si la performance du test salivaire est confirmée, en particulier par les résultats de l'étude pilote en cours, une diffusion de cette technique est-elle envisageable ? Si oui, quelle en sera la reproductibilité inter-laboratoire, surtout s'il s'agit d'un test artisanal ?
- Quelle devra être la place de la PCR, qui aurait l'avantage de faciliter le contrôle de qualité ?

A un stade proche de l'élimination, le typage des souches, permettant de détecter l'origine géographique des isolats, sera également nécessaire.

Contrôle des épidémies

L'expérience acquise au niveau international plaide en faveur d'un impact limité des actions de vaccination de masse dans un contexte épidémique. En effet, même si la vaccination est efficace dans un délai de 3 jours après le contagé, le délai de réaction au cours d'une alerte est le plus souvent trop important pour prévenir les cas secondaires. L'expérience canadienne cependant a montré l'intérêt qu'il pouvait y avoir à vacciner les communautés autour du foyer avant que les premiers cas y soient décelés. Outre leur action de contrôle de l'épidémie, ces mesures ont eu un impact positif en terme de sensibilisation sur la vaccination.

Evaluation de la couverture vaccinale

Au delà de la réflexion sur les modalités de surveillance de la maladie, la priorité immédiate reste l'élévation de la couverture vaccinale avant 2 ans et la mise en œuvre effective de la seconde dose de vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole dont l'âge d'administration vient d'être avancé (au plus tard à 6 ans). Le rôle de la médecine scolaire dans le contrôle et l'éventuelle mise à jour du statut vaccinal nécessite une réflexion approfondie incluant l'estimation des ressources additionnelles à mobiliser.

Des procédures de mesure de la couverture vaccinale pour la seconde dose devront également être mises en œuvre rapidement, si possible au niveau départemental.

[▷ Retour au sommaire](#)

Mise à jour le 13 mars 1998