

S Swiss Medical Society for **O**ccupational Health in **H**ealth Care **F**acilities
O Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins
H Schweizerischer Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst
F Associazione svizzera dei Medici d'azienda degli Stabilimenti di cura



Recommandations de la SOHF pour la
prévention des risques biologiques
chez les professionnels des
établissements de santé suisses

Prévention de la Rougeole

© SOHF

1ère édition: avril 2010

SOHF

Swiss Medical Society for Occupational Health in Health Care Facilities
Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins
Schweizerischer Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst

Renseignements:

Dr med Frédéric Zysset
Président SOHF
Médecin du travail FMH
Rue Sainte-Beuve 2
1005 Lausanne
tél: 021 3129314
fax: 021 3129315
Email: fzyssset@sohf.ch

Dr med Michael Trippel
Secrétaire SOHF
Facharzt Arbeitsmedizin
Spitalstrasse 30
8840 Einsiedeln
Tel: 055 422 12 88
Fax: 055 422 34 33
Email mtrippel@sohf.ch

Site internet: www.sohf.ch

Les recommandations de la SOHF concernant la prévention de la rougeole sont une libre adaptation pour la Suisse des recommandations de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux, l'ANMTEPH, France « Bonnes pratiques en santé au travail face aux risques biologiques professionnels », ANMTEPH BI 72, 15 mars 2008, avec son aimable autorisation.

Auteurs des recommandations de l'ANMTEPH :

Dr med. Véronique Lebel, ANMTEPH
Révisé par : Dr med. Marie-Dominique Raine, Dr med. Hélène Montéra

L'adaptation des recommandations pour la Suisse a été réalisée par :

Dr med. Frédéric Zysset, Lausanne, Président SOHF
Dr med. Michael Trippel, Einsiedeln, Secrétaire SOHF

L'adaptation des recommandations pour la Suisse a été validée par :

Dr med. Frédéric Zysset, Lausanne
Dr med. Michael Trippel, Einsiedeln
Dr med. Katharina Schmid-Ganz, Zürich
Dr med. Peter Hubmann, Zürich
Dr med. Christian Ambord, Visp
Dr med. Véronique Gerber, La Chaux-de-Fonds
Dr med. Daniela Margelli, Basel
Dr med. Carlo, Balmelli, Lugano

Traduction en allemand:

Dr med. Daniela Margelli, Basel

Note importante aux lecteurs :

Ce document a été élaboré pour aider les médecins du personnel dans leur mission de prévention des risques infectieux. Le document peut contenir des erreurs, des imprécisions ou des omissions qui ont échappé à l'attention de leurs auteurs et l'utilisation des recommandations énoncées dans ce document ainsi que leurs conséquences éventuelles se font sous la seule responsabilité de leur utilisateur.

© **SOHF**

1ère édition: avril 2010

TABLE DES MATIERES

A- GENERALITES

1. AGENT PATHOGENE, RESERVOIR
2. EPIDEMIOLOGIE
3. VIABILITE, RESISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE
4. CONTAGIOSITE
5. INCUBATION
6. MODE DE TRANSMISSION
7. CLINIQUE
8. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE
9. TRAITEMENT
10. POPULATIONS A RISQUE
11. EFFETS SPECIFIQUES SUR LA GROSSESSE

B- EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

1. CRITERES DE CARACTERISATION DE L'EXPOSITION
 - a/ EVALUATION A PRIORI
 - b/ CIRCONSTANCES D'EXPOSITION
2. GESTION DU RISQUE
 - a/ PREVENTION A L'ENGAGEMENT
 - b/ VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE
 - c/ REDUCTION DE L'EXPOSITION
 - d/ PREVENTION SECONDAIRE

C- CONDUITE A TENIR PAR le SERVICE de SANTE au TRAVAIL

1. CONDUITE VIS-A-VIS DU SALARIE SUSPECT OU ATTEINT D'UNE ROUGEOLE
2. CONDUITE VIS-A-VIS DU PERSONNEL EXPOSE (enquête d'entourage)
3. APTITUDE ou EVICTION DU PERSONNEL ATTEINT OU EXPOSE
4. PROCEDURE DE SIGNALEMENT
 - a/ INTERNE A L'ETABLISSEMENT
 - b/ ANNONCE AU MEDECIN CANTONAL
5. DECLARATION COMME MALADIE PROFESSIONNELLE ET PRISE EN CHARGE DES COÛTS

D- SOURCES

E- FICHE PRATIQUE

A- GENERALITES

1 AGENT PATHOGENE, RESERVOIR :

La Rougeole est due au *Morbillivirus*, virus à ARN, de la famille des paramyxoviridae. Le réservoir est l'homme et les sources de contamination sont les sécrétions des voies respiratoires (transmission par aérosol) et la contagiosité est élevée.

2 EPIDEMIOLOGIE :

La rougeole est une maladie virale très contagieuse et l'une des plus grandes causes de mortalité infantile dans les pays du tiers-monde. On observe une augmentation de l'âge moyen de survenue de la maladie : une enquête sérologique réalisée en France en 1998 montrait que 5% de la population âgée de 15 à 19 ans n'était pas protégée contre la rougeole à cette période. Au niveau international, suite à l'introduction de la vaccination, la fréquence de la rougeole est devenue faible dans les pays ayant une bonne couverture vaccinale. En France, l'incidence de la rougeole est passée de 300 000 cas par an en 1985 à 4448 en 2004. En Suisse, depuis 2006, et en raison de l'insuffisance de la couverture vaccinale de la population, une recrudescence importante des cas de rougeole est observée avec une flambée depuis novembre 2006, avec notification à l'autorité de plus de 3500 cas jusqu'en mars 2009, ayant entraîné 260 hospitalisations et 500 complications dont 147 pneumonies et 8 encéphalites. Une jeune fille de 12 ans est décédée le 29 janvier 2009 aux HUG d'une encéphalite due à la rougeole. A noter, en 2005, une épidémie de rougeole chez des adultes à Genève avec plusieurs cas de transmission nosocomiale hospitalière. Durant l'épidémie suisse 2006-2009, environ 18% des personnes infectées étaient âgées de plus de 20 ans et 3% avaient plus de 40 ans. 93% des personnes infectées n'étaient pas vaccinées et 5% insuffisamment vaccinés (1 dose).

3 VIABILITE, RESISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE :

- Persistance de l'infectiosité des aérosols pendant au moins 30 minutes.
- Sur surface inerte, survie des virus au maximum 2 heures.
- Inactivé par la chaleur : 56° pendant 30 minutes. Inactivé par la lumière.
- Sensible à de nombreux désinfectants : hypochlorite de sodium à 1%, éthanol à 70%, glutaraldéhyde, formaldéhyde.

4 CONTAGIOSITE :

- La rougeole est l'une des maladies les plus contagieuses.
- La période de contagiosité commence la veille de l'apparition des premiers symptômes, soit 3 à 5 jours avant le début de l'éruption et persiste 4 jours après le début de celle-ci. Chez les patients immunodéprimés, la durée d'excrétion du virus peut être prolongée (plusieurs semaines).

5 INCUBATION :

- 5 à 21 jours, 10-12 jours en moyenne.

6 MODE DE TRANSMISSION :

- *Interhumaine*, essentiellement par voie aérienne (gouttelettes, aérosol), soit à proximité d'un malade, par la toux ou les éternuements, soit en raison de la persistance du virus dans l'aérosol.
- La *transmission indirecte* par les surfaces contaminées par des sécrétions nasales ou pharyngées est possible, mais probablement rare.

7 CLINIQUE :

- La *phase d'invasion* dure 2 à 4 jours : Température à 39-40°, suivie de toux, rhinite, maux de gorge, conjonctivite, sensibilité à la lumière, accompagnée d'un malaise général avec fatigue, signe de Köplick (petites taches rouges irrégulières avec un point central blanc sur la muqueuse buccale) et parfois douleurs abdominales, diarrhées et vomissements.
- La *phase d'état* dure 4 à 5 jours : l'éruption débute derrière les oreilles et gagne progressivement tout le corps en 3 jours. Elle consiste en une éruption papulaire confluent en larges plages avec intervalles de peau saine.
- *Evolution* : progressivement la fièvre et l'éruption disparaissent en 4 à 5 jours. Il s'ensuit une fine desquamation.
- Des *complications* sont particulièrement plus fréquentes chez les patients âgés de moins de 1 an et de plus de 20 ans. Sur la base de l'épidémie sévissant en Suisse depuis 2006, le taux de complications s'élève à environ 4% de pneumonies et 0,25% d'encéphalites. Une hospitalisation a été nécessaire dans près de 10% des infections. La mortalité dans les pays industrialisés est de l'ordre de 1/4000 infections. Les complications, hospitalisations et décès s'observent à tout âge, mais sont plus élevés chez les enfants de moins de 1 an et chez l'adulte. Dans les pays en voie de développement, la létalité de la rougeole est de l'ordre de 3%.

8 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :

- Le diagnostic différentiel de la rougeole comprend, entre autres, la rubéole, la scarlatine, la roséole infantile, le parvovirus B19 (5^{ème} maladie), la mononucléose infectieuse, le HIV ou une éruption d'origine médicamenteuse. En période non épidémique, jusqu'à 95% des suspicions cliniques de rougeole ne sont pas confirmées par les tests de laboratoire (OFSP, Bulletin 22, 24 mai 2004). Il est nécessaire de confirmer au moyen d'une analyse de laboratoire chaque cas sporadique de rougeole et, en cas de flambée, tous les cas suspects sans lien épidémiologique avec un autre cas confirmé.
- Les méthodes diagnostiques à disposition sont :
 - RT-PCR : Détection d'ARN viral sur la salive, les sécrétions rhino-pharyngées, le sang ou l'urine, positive de 5 jours avant l'éruption jusqu'à 12 jours après.
 - Détection d'IgM salivaires par EIA (en l'absence de vaccination récente contre la maladie) : à l'aide d'un écouvillon en mousse que l'on passe le long de la gencive. Habituellement positifs à partir du 3^{ème} jour de l'éruption, peuvent être positif dès le début de l'éruption.
 - Sérologie IgG et IgM (EIA/ELISA) dans le sérum : Présence d'IgM spécifiques ; ascension d'au moins 4 fois du titre d'IgG (en l'absence de vaccination dans les 2 mois précédents) sur 2 prélèvements à 10 jours d'intervalle. Les IgM sont généralement positives dès le 3^{ème} jour d'éruption mais peuvent être positif dès le début de l'éruption.

9 TRAITEMENT :

- Pas de traitement spécifique. Traitement symptomatique éventuel.

10 POPULATIONS A RISQUE :

- Terrain à risque d'acquisition de la rougeole:
 - personnes non immunes (n'ayant jamais fait la maladie)
 - personnes n'ayant reçu qu'une dose du vaccin
- Le risque d'acquisition est élevé pour le personnel travaillant au contact d'enfants (crèches, garderie, pédiatrie,...)
- Risque accru de formes sévères :
 - enfants de moins de 1 an et adultes : formes plus sévères avec un taux de complications plus élevé
 - personnes immunodéprimées : formes plus sévères et prolongées

11 EFFETS SPECIFIQUES SUR LA GROSSESSE :

- Augmentation du risque d'avortus et d'accouchement prématuré
- Pas de risque tératogène clairement documenté

B- EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS :

1. CRITERES DE CARACTERISATION DE L'EXPOSITION :

a/ EVALUATION A PRIORI :

- La maladie est extrêmement contagieuse pour les personnes non immunes. Le risque de contamination augmente en cas de contact proche, fréquent ou prolongé avec un patient atteint.
- La contagiosité est importante pendant la phase prodromique. Elle diminue dès le 2^{ème} jour d'éruption. Le risque de transmission est de type aérosol et nécessite l'isolement des patients atteints.
- Le taux de contamination des professionnels de santé non immuns après exposition, est évalué à 75 % en Grande Bretagne (1999).
- Un problème important de la rougeole pour le personnel hospitalier est sa contagiosité qui précède l'éruption de 3 à 5 jours, ce qui nécessite l'éviction professionnelle du personnel exposé non immun. De même, le nombre de contacts soignant-malades et soignant-soignants est élevé, ce qui peut favoriser la survenue de cas nosocomiaux et compliquer l'enquête d'entourage.

b/ CIRCONSTANCES D'EXPOSITION :

- Services à risque particulier :

- hébergeant, soignant ou s'occupant d'enfants : pédiatrie, néonatalogie, pédopsychiatrie, chirurgie infantile, urgences pédiatriques, etc...., et aussi crèches, établissements d'enseignement et autres structures médico-sociales de l'enfance...
- services de maladies infectieuses, urgences adultes, dermatologie

- Personnel concerné :

- personnel non immunisé

- Activités à risques :

- toutes les activités à proximité (1-2 m.) d'un patient rougeoleux ou séjour > 1 heure dans la même pièce que celui-ci (durant les 4 jours précédant l'éruption et les 4 jours suivant son apparition)

2. GESTION DU RISQUE :

a/ PREVENTION A L'ENGAGEMENT :

- pour la protection du personnel et afin d'éviter les infections nosocomiales, de simplifier les enquêtes d'entourage et d'éviter les arrêts de travail post-exposition de salariés non immuns, il est conseillé d'assurer une immunisation optimale et de collecter les preuves d'immunité pour l'ensemble du personnel des établissements de santé quelle que soit sa fonction, ainsi que du personnel en contact avec les patients dans le secteur ambulatoire. Ces recommandations s'appliquent également au personnel temporaire, bénévole, stagiaire et aux étudiants des professions de la santé.
- *Immunité naturelle* : la rougeole procure une immunité à vie. Il n'y a aucun risque d'une nouvelle acquisition de la maladie lors de contacts avec un patient rougeoleux. L'anamnèse de rougeole ne devrait pas être acceptée comme preuve d'immunité pour les professionnels de la santé. Par contre une sérologie positive chez un sujet non vacciné constitue une preuve d'immunité. Dans ce contexte, seule la recherche d'IgG est indiquée et la recherche d'IgM

est inutile. De manière générale, on peut recommander de documenter l'immunité naturelle par la réalisation d'une sérologie en cas de contre-indication au vaccin (ex : grossesse ou désir actuel de grossesse, immunodépression) ou en cas de refus de la vaccination.

- *Immunisation active*: compte tenu de la bonne tolérance et du faible coût du vaccin trivalent (ROR), il est préférable de pratiquer une immunisation d'emblée, sans réaliser des sérologies préalables. (voir chapitre B2b).
- Le coût de la prévention à l'engagement (vaccination, sérologie) est à charge de l'employeur (Ordonnance OPTM).

b/ VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE :

- Un vaccin contre la rougeole, à virus vivant atténué, est à disposition dans le cadre du vaccin trivalent (ROR) et fait partie du plan suisse de vaccinations de base. L'utilisation d'un vaccin monovalent n'est pas recommandé même en cas d'immunité préexistante pour les autres souches.
- Le personnel né après 1963 est considéré immun s'il a reçu 2 doses du vaccin (à au moins 1 mois d'intervalle). Pour la population générale, on considère que les sujets sont immuns s'ils sont nés avant 1964. Toutefois, pour le personnel travaillant dans le secteur de la santé, l'administration d'une dose de vaccin trivalent (ROR) devrait être envisagée afin de garantir l'immunité. Compte tenu de la haute prévalence d'immunisation naturelle prévacinale, une seule dose de vaccin garantit une immunisation à quasi 100%. Toutefois, en cas d'absence d'immunité documentée chez un sujet né avant 1964, l'administration de 2 doses est indiquée pour une protection efficace.
- L'effet protecteur de la première dose de vaccin est >90%. Il est de 96-100% après la deuxième dose. Les anticorps sont détectables et la protection est efficace dès la deuxième semaine après vaccination.
- Chez l'adulte, le schéma de primo-vaccination est le suivant : 2 doses à 4 semaines d'intervalle au minimum, en injection sous-cutanée dans le bras. Pour les sujets ayant reçu une dose de vaccin dans l'enfance, il suffit de rattraper la 2ème dose.
- La tolérance au vaccin ROR est bonne. Une réaction locale dans la zone d'injection (douleur, rougeur) s'observe parfois et disparaît en quelques jours. Occasionnellement, un état fébrile >38,5°C peut s'observer entre le 7 et 12^{ème} jour après vaccination. Une rougeole post-vaccinale (liée au virus vaccinal) peut s'observer dans environ 2% des sujets n'ayant jamais fait la maladie. Les symptômes surviennent 5 à 15 jours après vaccination. Il s'agit le plus souvent d'une éruption légère et bénigne et la rougeole post-vaccinale n'est pas contagieuse. Des cas d'encéphalite ont été rarement décrits dans ce contexte et ne surviennent que dans 1-5 cas par millions (lors de rougeole « sauvage » le risque d'encéphalite est 1000x supérieur). Sur la base des études effectuées, il n'y a pas de relation entre la vaccination ROR et l'autisme, le syndrome de Guillain-Barré ou la maladie de Crohn.
- Les contre-indications au vaccin sont les mêmes que pour les autres vaccins vivants :
 - réaction allergique antérieure à un des composants,
 - immunodépression (HIV avec CD4 <200/ μ L, immunodéficiences congénitales, immunodéficiences acquises sévères, prednisone \geq 20 mg/jour pendant plus de 14 jours),
 - maladie aiguë fébrile (contre-indication temporaire),

- grossesse,
- administration d'immunoglobulines ou de dérivés sanguins dans les 5 mois précédents.
- Il n'est pas recommandé de faire un test de grossesse avant vaccination. Recommandez d'éviter une grossesse (contraception) pendant 1 mois après l'administration du vaccin. Pas d'interruption de grossesse si une femme enceinte a été vaccinée (aucune foetopathie constatée parmi plus de 1000 femmes enceintes vaccinées par inadvertance) L'allaitement n'est pas une contre-indication.
- Le vaccin peut être associé avec d'autres immunisations (diTePerPol, varicelle, VHB,...), dans un site d'injection différent.
- Le test de Mantoux peut être inhibé par le vaccin. Le test tuberculinique ne doit pas être effectué durant 5 semaines suivant la vaccination. Il peut être cependant effectué le jour de la vaccination.

c/ REDUCTION DE L'EXPOSITION :

- Ne pas laisser travailler des salariés non immuns dans les services à risque augmenté d'exposition.
- Ne pas attribuer un salarié séronégatif aux soins d'un patient contagieux.
- *Isolement respiratoire strict* de type aérosol avec EPI adaptés selon les prescriptions d'hygiène hospitalière, dès l'admission de tout patient présentant une éruption suspecte jusqu'à exclusion du risque contagieux. Habituellement, les mesures d'hygiène hospitalière comprennent : idéalement isolement dans une chambre en pression négative ; masque type PP2 pour le personnel, et les visiteurs) ; désinfection hydro-alcoolique des mains en sortant de la chambre ; matériel à usage unique ou sinon matériel à usage multiple dédié au patient ; décontamination du matériel à la sortie de la chambre ; désinfection des surfaces et du linge.
- Dans les laboratoires : respect des bonnes pratiques de laboratoire, installations de confinement du niveau de biosécurité 2 pour les travaux faisant appel à des cultures ou à du matériel clinique infectieux ou susceptible de l'être. Les femmes enceintes non immunes ne doivent pas effectuer de travaux avec un risque d'exposition au virus.

d/ PREVENTION SECONDAIRE :

- Conduite d'une enquête d'entourage en collaboration avec le service d'hygiène hospitalière lors de rougeole survenant chez les patients ou le personnel. Vaccination post-expositionnelle, éviction du personnel et isolement des patients exposés durant la période à risque de développer l'affection, soit du 5^{ème} jour après la première exposition jusqu'au 21^{ème} jour après la dernière exposition.
- Eviction des salariés atteints de rougeole jusqu'à disparition du risque de contagion (voir C).

C- CONDUITE A TENIR PAR le SERVICE de SANTE au TRAVAIL :

1. CONDUITE VIS-A-VIS DU SALARIE SUSPECT OU ATTEINT DE ROUGEOLE :

- Confirmation du diagnostic (clinique et biologique : voir paragraphe A8).
- Eviction professionnelle immédiate du salarié (ne doit même plus retourner sur son lieu de travail) pendant au moins 4 jours après le début de l'éruption.
- Information des médecins cadres du service de l'employé et conduite d'une enquête d'entourage, concernant les patients et le personnel ayant eu un contact significatif avec le salarié atteint, ceci durant les 4 jours précédant l'apparition de l'éruption (contact rapproché <1 mètre, séjour d'au moins une heure dans la même pièce). En pratique on considérera l'ensemble du personnel du service et les patients pris en charge par l'employé, ainsi que les contacts rapprochés sur la base de l'entretien avec le salarié concerné.
- Pour les patients contacts : investigations et prise en charge (anamnèse, sérologie en urgence, traitement post-expositionnel et isolement) à réaliser par le service hébergeant en collaboration avec l'hygiène hospitalière. Le traitement post-expositionnel peut comprendre une vaccination ou l'administration d'immunoglobulines non spécifiques généralement réservée aux bébés de moins de 5 mois et aux patients immunodéprimés.
- Pour le personnel exposé: la détermination de l'immunité (anamnèse d'immunité naturelle ou vaccinale documentée ou réalisation d'une sérologie IgG en urgence) et les mesures post-expositionnelles (vaccination et éviction professionnelle) (voir chapitre B.2.d) seront effectuées ou coordonnées par le médecin du personnel.
- Le médecin du personnel examinera, avec l'employé, les expositions éventuelles de son entourage privé et déterminera les mesures à prendre au besoin par le/les médecins traitants respectifs.

2. CONDUITE VIS-A-VIS DU PERSONNEL EXPOSE (enquête d'entourage) :

- En cas d'immunité prouvée (immunité naturelle ou par vaccination) : des mesures post-expositionnelles ne sont pas indiquées et le personnel peut rester en place.
- Pour le personnel n'ayant reçu qu'une dose de vaccin, administrer immédiatement la 2^{ème} dose et informer des mesures à prendre en cas de survenue de symptômes d'allure prodromique durant les 21 jours suivant le contact, soit : ne pas venir sur le lieu de travail et contacter immédiatement le médecin du personnel. Durant la période d'incubation potentielle, le personnel ne devrait pas être attribué aux soins d'enfants de moins de 1 an, de femmes enceintes ou de patients immunodéprimés.
- Pour le personnel sans immunité prouvée, demander une sérologie de la rougeole (IgG) en urgence.
- En cas de sérologie négative, proposer une vaccination post-expositionnelle, en l'absence de contre-indication, à faire dans les 72 heures après le contact (si la sérologie ne peut être obtenue dans le 72 heures après l'exposition, effectuer la vaccination immédiatement après avoir effectué la prise de sang pour cet examen. En cas de sérologie positive, le risque pourra être écarté et l'éviction professionnelle évitée).
- Dans le cas d'une sérologie négative chez un collaborateur immunodéprimé, administrer des immunoglobulines polyvalentes non spécifiques (les immunoglobulines spécifiques ne sont plus disponibles) en collaboration avec

l'infectiologue. Les immunoglobulines peuvent être efficaces si administrées dans les 6 jours qui suivent l'exposition.

- Eviction professionnelle de tous les collaborateurs non immuns significativement exposés, même en cas de vaccination post-expositionnelle, ceci du 5^{ème} jour après le 1^{er} contact (le risque contagieux débute 4 jours avant l'apparition de l'éruption), jusqu'au 21^{ème} jour après le dernier contact. En cas d'exposition à un sujet rougeoleux immunocompétent dans le contexte familial, on considérera, pour la fin de l'exposition, le 4^{ème} jour après le début de l'éruption.
- On insistera sur l'importance que le collaborateur évite, durant la période d'éviction, de revenir sur le milieu professionnel ou d'avoir contact avec des soignants, du personnel hospitalier ou d'autres personnes à risque (enfants de moins de 1 an, sujets immunodéprimés, personnes non immunes).
- Le collaborateur exposé devra être informé des mesures à prendre en cas de prodromes ou d'apparition d'une éruption. Ces mesures sont décrites dans le paragraphe C1.

3. APTITUDE ou EVICTION DU PERSONNEL ATTEINT OU EXPOSE :

Cette question a été traitée au cours des chapitres précédents.

- Pour un salarié atteint de rougeole : inaptitude (pour « maladie ») à tout travail pendant au moins 4 jours après l'apparition de l'éruption (voir paragraphe C-1).
- Pour un salarié rougeoleux après exposition professionnelle à la rougeole : inaptitude pour maladie professionnelle jusqu'au 4^{ème} jour de l'éruption (Annoncer à l'assureur LAA).
- Pour un salarié non-immun vis-à-vis de la rougeole et exposé à un sujet rougeoleux: inaptitude au travail (pour raison de service, à charge de l'employeur) du 5^{ème} jour après le premier contact potentiellement infectant au 21^{ème} jour après le dernier contact (voir paragraphe C-2).

4. PROCEDURE DE SIGNALEMENT :

a/ Interne à l'établissement :

- Il est important que les établissements de soins disposent d'un processus de déclaration des cas index, qu'il s'agisse des patients ou des employés. La procédure devrait comprendre l'information sans délai de la Médecine du personnel et de l'hygiène hospitalière et devrait aboutir à la conduite immédiate d'une enquête d'entourage, permettant de prendre les mesures préventives urgentes pour le personnel non immun.
- il faut distinguer 3 situations de déclaration :
 - exposition à un patient rougeoleux
 - cas de rougeole chez un collaborateur
 - cas de rougeole dans l'entourage privé du collaborateur

Pour que le processus de déclaration soit efficient, la procédure doit inclure une information initiale et répétée des cadres des différents services, mais également des collaborateurs non immuns qui doivent annoncer activement les expositions professionnelles et non professionnelles.

b/ Annonce au médecin cantonal :

- Les cas de rougeole doivent être annoncés immédiatement au médecin cantonal.

5. DECLARATION COMME MALADIE PROFESSIONNELLE ET PRISE EN CHARGE DES COÛTS :

- La prévention primaire (à l'engagement) est à charge de l'employeur qui a l'obligation de mettre en place les mesures médicales de prévention à l'engagement (ordonnance OPTM).
- Les frais de l'enquête d'entourage pour le personnel peuvent être soumis à l'assureur LAA (annonce collective par la médecine du personnel ou individuelle par déclaration de l'employeur).
- La survenue d'une rougeole post-expositionnelle dans le cadre d'une exposition professionnelle sera déclarée à l'assureur LAA en vue d'une prise en charge des coûts.
- Les frais médicaux inhérents à une rougeole acquise en dehors de l'activité professionnelle sont en principe à soumettre à l'assurance maladie du collaborateur.
- Les mesures de prévention post-expositionnelle, l'éviction professionnelle chez les salariés non immuns et l'enquête d'entourage des patients devraient être pris en charge par l'employeur, du fait de son devoir de protection des collaborateurs contre les risques infectieux professionnels et des mesures nécessaires pour la protection des patients, à moins que ces frais ne soient pris en charge par l'assureur LAA.

D- SOURCES

EN SAVOIR PLUS

- Documentation pour la prévention des maladies d'enfance dans les établissements de santé suisses :
www.sohf.ch → Thèmes → Maladies d'enfance
- Prévention de la rougeole, des oreillons et de la rubéole (Directives et recommandations de l'OFSP – juin 2003) :
www.bag.admin.ch/infinfo → Themes → Maladies et médecine → Maladies infectieuses A-Z → Rougeole
- ROR et varicelle: Recommandations pour les vaccinations des femmes en âge de procréer contre la rubéole, la rougeole, les oreillons et la varicelle (OFSP : Directives et recommandations - Etat: Février 2006) :
www.bag.admin.ch/infinfo → Themes → Maladies et médecine → Maladies infectieuses → Directives et recommandations
- OMS – Aide-mémoire N°286: Rougeole. Révisé en décembre 2008 :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/index.html>
- Mühlemann K, Aebi C, Zysset F, Francioli P. Vaccination du personnel hospitalier contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. *Swiss noso* 2001; 8 (2): 13-15
www.chuv.ch/swiss-noso/f82a2.htm

BIBLIOGRAPHIE

- ANMTEPH. Bonnes pratiques en santé au travail face aux risques professionnels: le virus de la rougeole. Bulletin d'information FMC / EPP du 15 mars 2008; 72: 99-104.
- CDC. Guideline for infection control in Healthcare Personnel. *AJIC* 1998; 26:407-463.
- OFSP. Prévention de la rougeole, des oreillons et de la rubéole. Classeur Maladies infectieuses – Diagnostic et prévention. Supplément XII. Etat Juin 2003.
- OFSP. Communiqué de presse: La rougeole provoque de nouvelles flambées en Suisse et un décès. *Bull OFSP* 2009; 8:128.
- OFSP. Renforcement de la surveillance biologique de la rougeole: nouveaux tests non invasifs et fiables. *Bull OFSP* 2004; 22:362-366.
- Mühlemann K, Aebi C, Zysset F, Francioli P. Vaccination du personnel hospitalier contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. *Swiss noso* 2001; 8 (2):13-15.

E- FICHE PRATIQUE

- *Visites d'embauche :*
 - Vérifier le statut immunitaire des salariés : immunisations ROR documentées ou éventuelles sérologies de dépistage antérieures positives.
 - Convaincre les salariés non immuns ou partiellement immuns de se vacciner (la vaccination ne peut pas être imposée) :
 - Salariés né après 1963 non vaccinés : 2 doses ROR à au moins 4 semaines d'intervalle.
 - Salariés né après 1963 vaccinés par 1 dose ROR : administrer la 2^{ème} dose ROR.
 - Salariés né avant 1964 sans sérologie documentée : 1 dose ROR.
 - Salariés né avant 1964 avec sérologie rougeole négative : 2 doses ROR à au moins 4 semaines d'intervalle.
 - Si la vaccination n'est pas possible (refus ou contre-indication), l'affectation du collaborateur non immun à un poste exposé à la contamination ou auprès de personnes à risques de développer des formes graves de rougeole (enfants de moins d'un an ou patients immunodéprimés, service de gynécologie-obstétrique) doit être remise en question et une inaptitude à un tel poste peut être justifiée. Le salarié non immun doit être clairement informé des risques liés à la rougeole pour lui-même, son entourage privé et les patients. Il doit connaître la procédure institutionnelle d'annonce en cas d'exposition familiale ou professionnelle et les mesures à prendre en cas de suspicion de rougeole. La remise d'un document écrit peut être utile.
- *En cours d'emploi :*
 - Prendre les mesures pour éviter au maximum l'exposition du personnel non immun afin de prévenir les expositions. Des mesures particulièrement strictes doivent être prises afin d'éviter les expositions de femmes enceintes non immunes.
 - Mettre en place une procédure pour l'isolement immédiat de tous patients suspects de rougeole (et maladies éruptives de façon générale).
 - Mettre en place une procédure d'annonce à la médecine du personnel et au service d'hygiène hospitalière pour réalisation sans délai d'une enquête d'entourage et, au besoin, l'instauration des mesures de prévention post-expositionnelle pour les patients et le personnel.