Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Directives et recommandations

Directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole

Etat: Avril 2013
Office fédéral de la santé publique

au sommaire

Editeur
© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Version actuelle disponible sur Internet
www.bag.admin.ch/rougeole

Pour de plus amples informations
Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
3003 Berne
Téléphone: +41 (0) 31 323 87 06
epi@bag.admin.ch

Auteurs

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique, Division Maladies transmissibles

Groupe de travail Lutte contre les flambées de rougeole
C. Aebi, Berne ; C. Berger, Zurich ; E. Delaporte, Genève ; O. Duperrex, Lausanne ; C. Fiorini-Bernasconi, Lausanne ; M. Mani, Coire et Glaris ; E. Masserey, Lausanne ; S. Neuner-Jehle, Zoug ; N. Pellaud, Genève ; T. Plattner, Fribourg ; D. Schorr, Liestal ; S. Stronski Huwiler, Zurich ; P. Sudre, Genève ; P. Trefny, Lucerne

Suggestion de citation
Office fédéral de la santé publique, Groupe de travail Lutte contre les flambées de rougeole. Directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole. Directives et recommandations. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2013.

Cette publication paraît aussi en allemand et en italien.

Numéro de publication
OFSP OeG 2.13 4700 d 1950 f 20EXT1303

au sommaire

Sommaire

Directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole		1
Impressum		2
Sommaire		3
Les directives		**5**
1	Introduction	5
2	Buts et structure des directives	5
2.1	Buts des directives	5
2.2	Structure des directives	5
3	Données de base sur la rougeole et contexte suisse	5
Ce qu'il faut savoir		**6**
4	Concepts et définitions	6
5	Evolution temporelle de la rougeole et transmission	7
6	Mesures à prendre face à une suspicion ou à un cas de rougeole et responsabilités	8
7	Algorithme de prise en charge d'une personne exposée à un cas de rougeole, en fonction de l'âge et du statut immunitaire	9
Lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole		**10**
8	Intervention rapide et mise en œuvre de mesures dès la suspicion de rougeole	10
9	Clarification des rôles et des responsabilités des médecins traitant-e-s, des autorités sanitaires et des médecins/services partenaires	10
9.1	Rôle des médecins traitant-e-s	10
9.2	Rôle des autorités sanitaires cantonales	10
9.3	Rôle des médecins/services partenaires	10
9.4	Rôle de l'OFSP	10
9.5	Préparation de tous les acteurs	10
10	Diagnostic de la rougeole et suivi des cas	11
10.1	Diagnostic et confirmation d'un cas suspect de rougeole	11
10.1.1	Diagnostic biologique de la rougeole	11
10.2	Déclaration d'une suspicion ou d'un cas de rougeole	11
10.3	Eviction d'une suspicion ou d'un cas de rougeole	12
11	Prévention de la transmission dans l'entourage immédiat	12
11.1	Le ménage, un lieu de transmission privilégié	12
11.1.1	Recherche, vaccination et éviction des personnes potentiellement transmetteuses au sein du ménage d'une suspicion ou d'un cas de rougeole	12
11.2	Eviter la transmission aux autres patients des services de santé	13
11.3	Mesures individuelles de protection pour les personnes présentant un risque accru de complications	13
12	Prévention de la transmission dans l'entourage élargi et dans la population	14
12.1	Investigations épidémiologiques et mise en œuvre de mesures visant à interrompre la transmission de la rougeole	14
12.2	Recherche d'informations complémentaires sur la suspicion ou le cas de rougeole	14
12.3	Information de l'entourage élargi d'une suspicion ou d'un cas de rougeole	14
12.3.1	Information des contacts	14
12.3.2	Information d'autres autorités sanitaires cantonales	14
12.3.3	Information du corps médical et de la population	14
12.4	Recherche d'autres suspicions ou cas de rougeole	15
12.5	Interruption de la transmission de la rougeole dans la population	15

au sommaire

12.5.1 Identification des personnes potentiellement transmetteuses du virus de la rougeole dans l'entourage élargi du cas 15
12.5.2 Vaccination postexpositionnelle (ROR) des personnes potentiellement transmetteuses du virus de la rougeole 15
12.5.3 Eviction des personnes potentiellement transmetteuses du virus de la rougeole 15
12.6 Vaccinations de rattrapage dans l'entourage élargi du cas de rougeole 16
12.7 Fermeture des établissements d'accueil et de formation 16
Mesures spécifiques à la situation 16
13 Mesures dans les écoles et établissements de formation post-obligatoire 16
13.1 Prévention et préparation 16
13.2 Mesures à mettre en œuvre face à une suspicion ou à un cas de rougeole 17
14 Mesures dans les crèches et les garderies 17
14.1 Prévention et préparation 17
14.1.1 Rôle de la direction des crèches et des garderies 17
14.1.2 Rôle du ou de la médecin référent-e de crèche ou de garderie 17
14.2 Mesures à prendre lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole 17
15 Mesures dans les établissements de santé 18
15.1 Vaccination du personnel des établissements de santé 18
15.2 Prévention de la transmission nosocomiale 18
16 Mesures dans d'autres contextes 18
16.1 Mesures dans les entreprises 18
16.2 Mesures dans le trafic aérien 18
16.2.1 Mesures à prendre lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole 18
16.3 Mesures dans l'armée suisse 19
16.3.1 Vaccination des militaires 19
16.3.2 Mesures à prendre lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole 19
Bases légales et prise en charge des investigations épidémiologiques 19
Bibliographie 20

LES DIRECTIVES

1 Introduction

La Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – dont la Suisse est membre – s'est fixé pour but d'éliminer la rougeole en Europe d'ici 2015 [1]. L'élimination de la rougeole n'est possible que si d'une part, au moins 95 % des jeunes enfants sont vaccinés avec deux doses avant l'âge de deux ans, et si d'autre part, les suspicions et cas de rougeole sont reconnus à temps et les mesures nécessaires à la limitation de la propagation sont mises en œuvre aussi rapidement que possible.

2 Buts et structure des directives

2.1 Buts des directives

Afin d'éliminer la rougeole de Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a élaboré en étroite collaboration avec les cantons ainsi que d'autres partenaires et acteurs du domaine de la santé la *Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015*. Cette stratégie prévoit, aux niveaux cantonal et national, des mesures afin d'atteindre la couverture vaccinale visée, ainsi qu'une harmonisation des mesures de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole. Les mesures prises lors de cas de rougeole offrent une opportunité d'augmenter la couverture vaccinale. En effet, la recherche active de personnes non immunes ou partiellement vaccinées dans l'entourage permet de recommander, voire de proposer la vaccination ou le rattrapage. Cette manière de procéder vise à combler les lacunes de vaccination. L'interruption de la transmission de la rougeole sert aussi à éviter des cas de maladie et leurs éventuelles complications, en particulier chez les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées ou chez lesquelles la vaccination n'a pas conféré de protection contre l'infection. L'élimination de la rougeole de Suisse n'exclut pas la survenue de cas importés de rougeole, exigeant une intervention rapide.
Les présentes directives définissent pour l'ensemble de la Suisse la procédure à suivre lors de suspicions, de cas ou de flambées de rougeole. Elles servent de base aux plans d'intervention cantonaux, à développer ou à adapter dans le cadre de la *Stratégie nationale d'élimination de la rougeole,* en tenant compte des situations et possibilités spécifiques à chaque canton. Les directives de lutte contre les flambées de rougeole s'adressent principalement aux services des médecins cantonaux, qui sont responsables de la coordination et de la supervision des mesures. Mais elles s'adressent aussi aux intervenant-e-s qui les appliquent, c'est-à-dire aux médecins traitant-e-s et aux autres professionnel-le-s de la santé.

2.2 Structure des directives

Les présentes directives sont divisées en trois parties principales :

- La section « CE QU'IL FAUT SAVOIR » (chapitres 4–7) présente un aperçu sommaire des concepts et définitions utilisés dans les directives, l'évolution temporelle d'un épisode de rougeole, la période de transmission de la maladie et un résumé des mesures de contrôle appropriées.
- La partie « LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE ET LES FLAMBEES DE ROUGEOLE » (chapitres 8–12) décrit les rôles de tous les intervenants dans la lutte contre la rougeole, présente le diagnostic de la rougeole et la prise en charge des cas, et expose les mesures générales de contrôle à mettre en œuvre dans l'entourage immédiat et élargi lors de suspicions ou de cas de rougeole dans la population.
- La partie « MESURES SPÉCIFIQUES À LA SITUATION » (chapitres 13–16) met l'accent sur les mesures spécifiques de contrôle lors de suspicions ou de cas de rougeole dans différents milieux (écoles, établissements de formation post-obligatoire, crèches et garderies, établissements de santé, etc.).

3 Données de base sur la rougeole et contexte suisse

La rougeole est une maladie virale très contagieuse présente dans le monde entier. Sa morbidité élevée, la gravité de certaines de ses complications et l'absence de traitement spécifique en font un problème de santé publique. Certaines complications comme la pneumonie, l'encéphalite et la bien plus rare panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) sont particulièrement redoutées, car elles peuvent laisser des séquelles ou avoir une évolution mortelle. De 2006 à 2009, la létalité en Europe a varié entre 0,7 et 1,4 décès pour 1000 cas de rougeole déclarés [2–3]. Dans les pays développés, cinq à 15 % des personnes atteintes présentent des complications [1].
En Suisse, la vaccination contre la rougeole à l'âge de 12 mois est recommandée depuis 1976. Le vaccin combiné ROR (rougeole, oreillons et rubéole) figure parmi les vaccinations de base depuis 1985, avec une deuxième dose recommandée depuis 1996. Le plan de vaccination suisse comprend actuellement deux doses de vaccin ROR, la première à 12 mois et la seconde entre 15 et 24 mois. La deuxième dose peut être administrée au plus tôt un mois après la première. La vaccination devrait être terminée avant l'âge de deux ans. La vaccination contre la rougeole (ROR) est recommandée dès neuf (voire six) mois pour les nourrissons à haut risque (prématurés, crèches, contexte épidémique) [4]. Un vaccin monovalent contre la rougeole est (à nouveau) disponible depuis 2008 sur le marché suisse ; il peut être utilisé, mais il est recommandé d'utiliser toujours de préférence le ROR. L'introduction de la vaccination contre la rougeole a permis de réduire nettement le nombre de cas. Selon les estimations de l'OFSP, sans cette vaccination, on compterait en Suisse 70 000 cas et 20 à 30 décès par an en moyenne. On continue toutefois à observer des flambées locales de rougeole et, périodiquement, des épidémies qui touchent souvent plusieurs cantons [5–10]. En effet, pour l'ensemble de la Suisse, la couverture vaccinale – qui est actuellement de 83 % avec deux doses et de 92 % avec au moins une dose chez les enfants de deux ans (état 2012) – est insuffisante pour empêcher la propagation du virus. Pour ce faire, il faudrait qu'au moins 95 % de la population ait reçu deux doses de vaccin dès la petite enfance [1].
De 2006 à 2009, en Suisse, une épidémie de rougeole a entraîné plus de 4400 cas déclarés, 341 hospitalisations,

plus de 400 complications médicales et un décès, soit des chiffres plus élevés que dans tous les autres pays d'Europe. Par ailleurs, 37 % des cas déclarés entre décembre 2010 et octobre 2011 concernaient des adultes de plus de 20 ans chez lesquels, tout comme chez les nourrissons, les complications sont plus fréquentes que chez les enfants. Depuis 1990, au moins huit personnes sont décédées en raison de complications de la rougeole en Suisse, dont quatre d'une PESS.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

4 Concepts et définitions

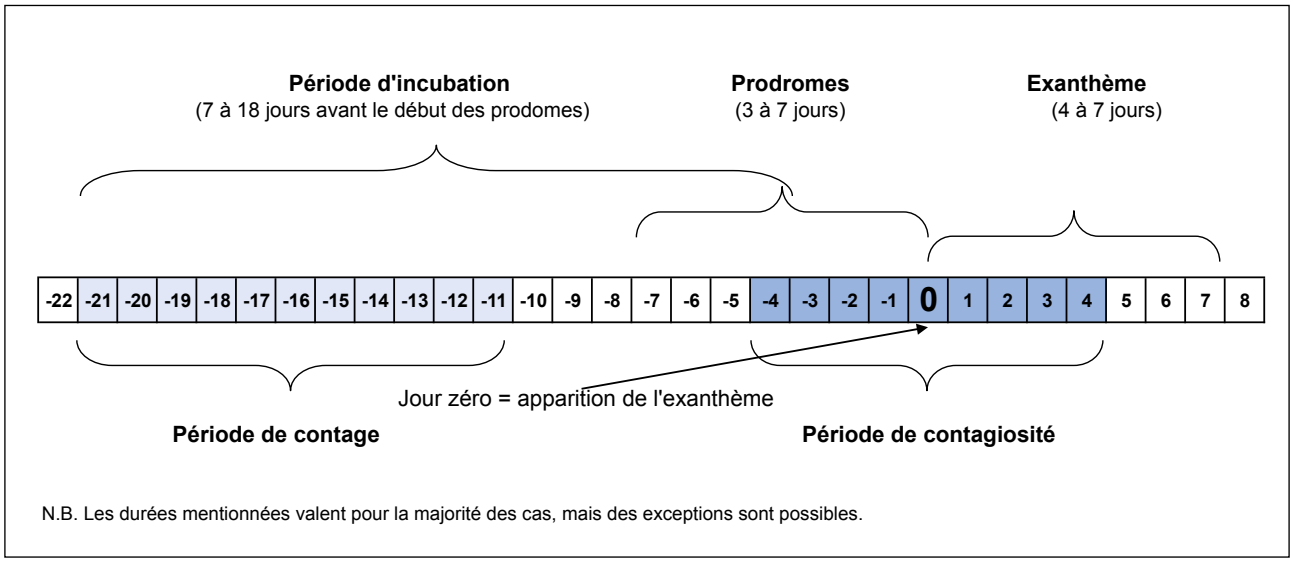
Les items sont classés par ordre alphabétique.

Cas de rougeole	Personne présentant les signes cliniques d'une rougeole confirmée par un laboratoire *ou* présentant les signes cliniques d'une rougeole et un lien épidémiologique avec un cas de rougeole confirmé par un laboratoire.
Cas suspect de rougeole/suspicion de rougeole	Personne présentant les signes cliniques d'une rougeole, mais pour laquelle une confirmation par un laboratoire manque (encore).
Contact	
dans le ménage	Toute personne vivant dans le même ménage que le cas de rougeole, au moment où ce dernier est contagieux.
avéré	Personne ayant été en contact de manière certaine avec un individu contagieux. Il s'agit principalement des personnes qui ont séjourné dans les mêmes locaux (crèche, salle de classe, bureau, atelier, dortoir, avion, etc.) en même temps que l'individu contagieux ou qui y ont séjourné moins de deux heures après son passage, et des personnes qui se sont entretenues avec lui (ami-e-s, voisin-e-s, visites, etc.).
possible	Personne extérieure au ménage, potentiellement exposée à un individu contagieux ou ayant éventuellement inhalé des virus de la rougeole sous forme d'aérosols. L'exposition éventuelle est généralement brève ou relativement distante (rencontre furtive). Exemples : élèves faisant partie de la même école mais pas de la même classe que la personne contagieuse (et qui n'ont pas eu de cours dans la même salle que le cas contagieux juste après son passage), enfants appartenant à un autre groupe de la crèche, collègues travaillant dans un autre bureau, habitants d'un même immeuble, visiteurs ou passants dans un même espace public (cinéma, théâtre, restaurant, etc.).
Contagiosité, *durée de la*	De quatre jours avant à quatre jours après l'apparition de l'exanthème, soit neuf jours au total (voir chapitre 5).
Entourage	
immédiat	Ménage, entourage personnel et familial, entourage proche de la suspicion/du cas de rougeole.
élargi	Ecole, crèche ou garderie, lieu de travail, cabinet médical, etc., fréquenté par la suspicion/le cas de rougeole.
Epidémie de rougeole	Nombreux cas suspects ou certains de rougeole touchant plusieurs cantons ou toute la Suisse.
Exposition	Tout contact (même bref) avec un cas de rougeole durant la période de contagiosité ou tout séjour en un lieu moins de deux heures après qu'une personne contagieuse y ait séjourné (inhalation de virus de la rougeole sous forme d'aérosols).
Flambée de rougeole	Plusieurs cas suspects ou certains de rougeole apparaissant en même temps dans un même lieu (≥ 2 cas, dont au moins un confirmé par un laboratoire).
Immunité contre la rougeole	L'immunité est admise lorsque l'administration de deux doses de vaccin contre la rougeole est documentée ou quand le titre d'IgG antirougeoleux est ≥ 500 UI/l, quel que soit l'âge, ou suite à une rougeole médicalement attestée. Comme le virus de la rougeole était très répandu avant l'ère de la vaccination, les personnes nées en 1963 ou avant ont très probablement été infectées dans leur enfance ; elles sont donc considérées comme immunes.
Médecin/service partenaire	Médecin ou service, qui conjointement avec le médecin cantonal ou sur son mandat, met en œuvre les mesures (p. ex. service de santé scolaire, médecin référent-e de crèche ou de garderie, médecin d'entreprise).
Période de contage	Période durant laquelle la personne rougeoleuse a été exposée au virus de la rougeole.
Période d'incubation de la rougeole	En moyenne, huit à dix jours avant le début des prodromes ; 14 à 21 jours au maximum avant l'apparition de l'exanthème [11].
Personnes à risque accru de complications	Nourrissons de moins d'un an, femmes enceintes et certaines personnes immunosupprimées, non-immun-e-s contre la rougeole.

Personne potentiellement transmetteuse	Toute personne susceptible de transmettre la rougeole, c'est-à-dire ayant été exposée à une personne contagieuse et qui : 1. est née après 1963* *et* 2. est non-immune = n'a reçu aucune dose documentée de vaccin contre la rougeole *et* ne peut pas fournir la preuve biologique de son immunité *et* n'a pas encore eu de rougeole clinique**. * les personnes nées en 1963 ou avant sont considérées comme immunes. ** S'il y a un doute, on considère que la personne n'a pas eu la rougeole.
Prodromes	Symptômes non spécifiques précédant les signes cliniques.
Signes cliniques	Triade : fièvre *ET* exanthème maculopapuleux *ET* toux, rhinite ou conjonctivite.
Structure collective	Etablissement tel que crèche, garderie, école, institution de formation, hôpital, etc.
Transmission	La transmission se fait généralement par les gouttelettes et les aérosols émis par les voies respiratoires (lors de toux, éternuements, rhume, etc.) et, plus rarement, par contact direct avec les sécrétions oropharyngées de personnes contagieuses ou avec des objets récemment souillés par ces sécrétions.
Triade clinique	cf. signes cliniques

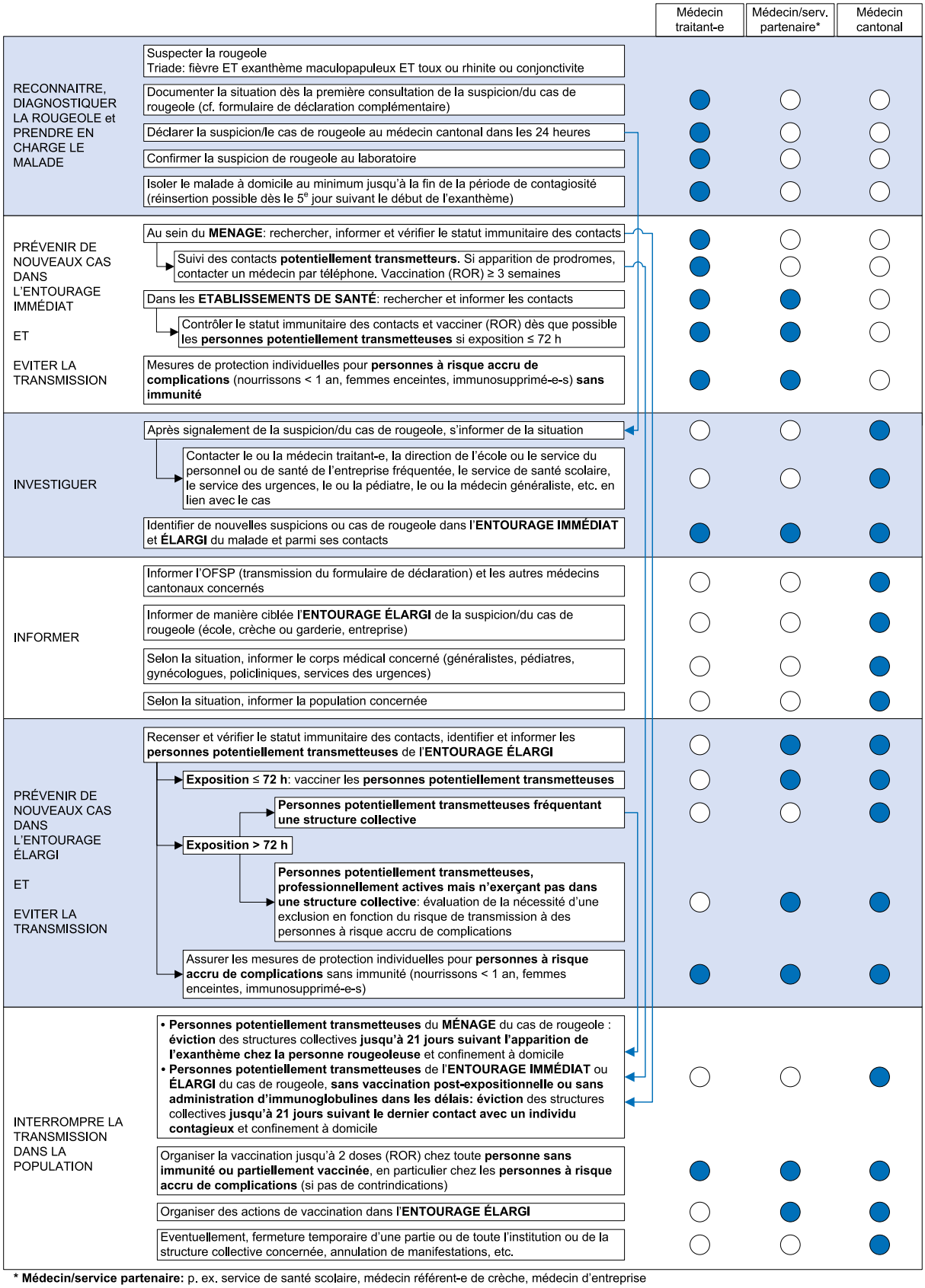
5 Evolution temporelle de la rougeole et transmission

Figure 1
Déroulement d'un épisode de rougeole.
Pour les mesures, le point déterminant est l'apparition de l'exanthème au jour 0 (Source : adapté d'un document de la direction générale de la Santé, Genève).



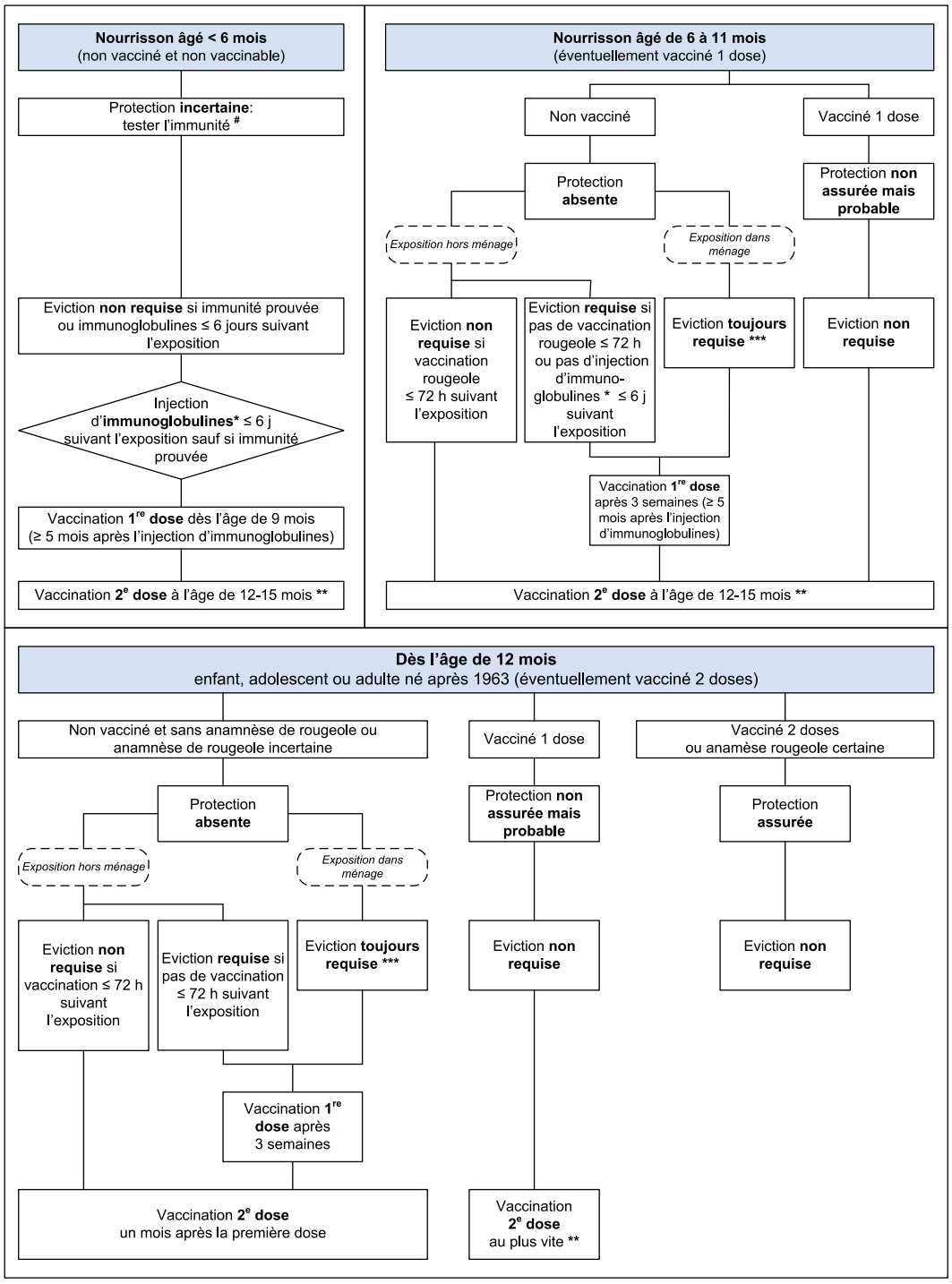
N.B. Les durées mentionnées valent pour la majorité des cas, mais des exceptions sont possibles.

6 Mesures à prendre face à une suspicion ou à un cas de rougeole et responsabilités



* **Médecin/service partenaire:** p. ex. service de santé scolaire, médecin référent-e de crèche, médecin d'entreprise

7 Algorithme de prise en charge d'une personne exposée à un cas de rougeole, en fonction de l'âge et du statut immunitaire



Source: algorithme adapté d'un document préparé par B. Vaudaux et E. Masserey pour le Service de la santé publique du canton de Vaud.

Vaccination : l'administration du vaccin combiné ROR est recommendée.

\# Un titre d'IgG-antirougeoleux ≥ 500 UI/l est considéré comme protecteur contre les infections symptomatiques (pas de transmission du virus).

* Selon avis d'un-e pédiatre ou infectiologue.

** Au minimum 1 mois après la première dose.

*** Sauf dans la situation où le moment exact de la première exposition est identifiable et que la vaccination a pu être administrée ≤ 72 heures, alternativement que des immunoglobulines ont été administrées ≤ 6 jours.

N.B. Indépendamment de l'âge des contacts, l'administration d'immunoglobulines est recommandée aux **femmes enceintes et aux personnes immunosupprimées** sans immunité prouvée contre la rougeole. Pas d'éviction pour les personnes ayant reçu des immunoglobulines dans les six jours suivant l'exposition en raison d'un risque accru de complications.

LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE ET LES FLAMBÉES DE ROUGEOLE

8 Intervention rapide et mise en œuvre de mesures dès la suspicion de rougeole

En raison de la contagiosité de la rougeole, qui est présente déjà avant l'apparition de l'exanthème, la lutte contre les flambées exige la mise en œuvre rapide de mesures pour interrompre la transmission de la maladie. Il faut donc considérer tout cas suspect sporadique comme une flambée potentielle de rougeole et traiter cette situation comme une urgence. **Le principe à respecter pour la mise en œuvre des mesures est « seuil d'intervention = un cas suspect de rougeole ».** Quand le nombre de cas suspects ou certains de rougeole est faible, le potentiel d'endiguement est élevé, car les mesures prises peuvent être ciblées et spécifiques.

9 Clarification des rôles et des responsabilités des médecins traitant-e-s, des autorités sanitaires et des médecins/services partenaires

9.1 Rôle des médecins traitant-e-s

Les médecins traitant-e-s jouent un rôle clé dans la prévention et la lutte contre la rougeole. Responsables de l'administration à l'âge dû des vaccins selon le plan de vaccination, ils et elles sont aussi en première ligne lorsqu'il s'agit de reconnaître un cas suspect, de faire confirmer la rougeole par des examens de laboratoire, de collecter des informations concernant l'exposition, d'éventuels voyages à l'étranger, les écoles fréquentées, la survenue d'autres cas dans l'entourage des malades, etc. et d'initier les mesures visant à limiter la transmission dans l'entourage immédiat. Ils et elles déclarent les cas au service du médecin cantonal dans les 24 heures et prennent les mesures de protection individuelles adaptées pour les personnes exposées présentant un risque accru de complications.

9.2 Rôle des autorités sanitaires cantonales

En vertu de la loi sur les épidémies, les investigations épidémiologiques, ainsi que la mise en œuvre et la coordination des mesures de lutte contre les maladies transmissibles sont du ressort des cantons. Selon la localisation du cas suspect, du cas ou de la flambée de rougeole et en fonction de l'organisation propre à chaque canton, d'autres acteurs publics, notamment le service de santé scolaire, peuvent également prendre des mesures, qui sont alors coordonnées par le médecin cantonal.

Dès que le médecin cantonal a connaissance, via le système de déclaration ou par un autre canal, d'une suspicion ou d'un cas de rougeole, il prend contact avec le ou la médecin qui a posé le diagnostic. Des informations complémentaires sont demandées et l'assurance que les mesures qui s'imposent dans l'entourage immédiat du cas ont été prises est obtenue. Il appartient au médecin cantonal de procéder aux investigations épidémiologiques, de donner une information ciblée à l'entourage élargi et de renseigner l'OFSP. Au besoin, le médecin cantonal informe (par exemple, dans une situation épidémique), ses homologues (autres médecins cantonaux), le corps médical, le personnel de santé et la population. En collaboration avec le ou la médecin traitant-e ou les partenaires médicaux, les contacts ainsi que d'autres cas suspects ou certains sont recherchés. Les mesures visant à interrompre la transmission de la maladie dans la population ou dans une institution (établissement de santé, école, crèche ou garderie, etc.) sont mises en place. En collaboration avec les partenaires médicaux, les statuts vaccinaux sont vérifiés et des vaccinations de rattrapage sont organisées. Il appartient au médecin cantonal de décider d'une éviction scolaire ou de la fermeture provisoire d'une classe, d'une section au sein d'une crèche ou d'une garderie, voire d'un établissement entier.

9.3 Rôle des médecins/services partenaires

Les médecins/services partenaires ont principalement pour rôle de prévenir les cas de rougeole ainsi que de soutenir et d'appliquer les mesures nécessaires, dont celles décidées en fonction du contexte par le médecin cantonal, afin de réduire la propagation de la rougeole.

9.4 Rôle de l'OFSP

Du fait de l'obligation de déclarer, les données relatives aux suspicions et cas de rougeole notifiés dans les cantons sont centralisées par l'OFSP, qui peut ainsi avoir une vue d'ensemble de la situation en Suisse et informer à ce propos. L'OFSP publie chaque semaine les données de surveillance actualisées dans le Bulletin et sur Internet *www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=fr.* Si l'épidémie est importante et touche plusieurs cantons, il tient ces derniers au courant de l'évolution de la situation. Il informe également la population par l'intermédiaire des médias et met à disposition des recommandations générales. Dans des circonstances exceptionnelles ou face à une épidémie de grande ampleur, il détermine les mesures à prendre conjointement avec les cantons concernés. L'OFSP peut coordonner des mesures dont l'exécution incombe à plusieurs cantons. Enfin, si le virus de la rougeole a été importé de ou exporté vers un autre pays (voyages internationaux), l'OFSP informe en plus les partenaires étrangers.

9.5 Préparation de tous les acteurs

Une bonne préparation de tous les acteurs, y compris des autorités scolaires, des institutions de formation post-obligatoire, et des directions de structures d'accueil collectif pour enfants, est impérative. La clarification préalable des procédures à mettre en œuvre dans le cadre de la lutte contre la rougeole peut contribuer à remédier précocement aux problèmes de ressources humaines, souvent insuffisantes.

De nouveaux plans d'intervention cantonaux sont établis ou les anciens plans adaptés sur la base des présentes directives nationales, de façon à ce que la démarche soit cohérente dans l'ensemble de la Suisse. Les plans d'intervention cantonaux tiennent compte des particularités locales (telles que les spécificités du service de santé scolaire) et définissent leur approche opérationnelle propre. Pour la mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la rougeole, l'OFSP développe différents outils (lettres

types, diagrammes de flux, listes de contrôle, programmes informatiques, etc.) et les met à la disposition des cantons.

10 Diagnostic de la rougeole et suivi des cas

10.1 Diagnostic et confirmation d'un cas suspect de rougeole

Principe : chaque suspicion clinique de rougeole doit faire l'objet d'un examen de laboratoire.

Face à une personne présentant un exanthème maculopapuleux et de la fièvre, le ou la médecin doit inclure la rougeole dans le diagnostic différentiel. Chaque suspicion de rougeole doit être confirmée ou infirmée par une analyse de laboratoire dès la première (et souvent la seule) consultation, car plusieurs autres maladies comme la rubéole, la cinquième maladie et la scarlatine peuvent se manifester par des symptômes analogues [11]. Le cas échéant, le médecin cantonal peut ordonner la confirmation du diagnostic par un laboratoire. Toutefois, le test diagnostique n'est pas indispensable si la personne malade est épidémiologiquement liée à un cas de rougeole confirmé au laboratoire. Si les résultats permettent d'exclure le diagnostic de rougeole, les mesures de lutte déjà initiées sont suspendues. En cas de flambée ou d'épidémie étendue, le recours à un examen de laboratoire pour les premiers cas de la chaîne de transmission est suffisant.

10.1.1 Diagnostic biologique de la rougeole

Principe : la méthode de choix est la mise en évidence par PCR de l'ARN du virus de la rougeole, dans un échantillon de liquide oral ou un frottis de gorge, prélevé dans les trois jours suivant le début de l'exanthème.

La mise en évidence d'ARN viral par transcription inverse suivie d'amplification génique (RT–PCR), dans un prélèvement de liquide oral ou un frottis de gorge [16] est la méthode de choix. Cette méthode diagnostique est particulièrement utile dans les trois premiers jours suivant l'apparition de l'exanthème, en raison d'une bonne sensibilité à ce moment (>80 %) [12]. Comme alternative, la détection d'anticorps IgM spécifiques de la rougeole au moyen d'un test ELISA sur un échantillon sérique signent une maladie en cours [11,13]. Des résultats faux négatifs ne sont alors cependant pas rares (30 à 40 % les trois premiers jours après l'apparition de l'exanthème) [11,12]. En cas de résultat négatif, il convient de prélever un nouvel échantillon dix à 14 jours plus tard afin d'évaluer l'évolution du titre des IgG [11]. Le tableau 1 présente un résumé des tests diagnostiques.
Un titre d'IgG antirougeoleux ≥500 UI/l, obtenu au moyen d'un test quantitatif calibré avec le standard international, est considéré comme protecteur contre une infection symptomatique [14].
Pour l'épidémiologie moléculaire, il est utile de connaître le génotype du virus de la rougeole de chaque chaîne de transmission. Cette analyse complémentaire s'effectue sur un échantillon dans lequel l'ARN rougeoleux a été mis en évidence. Au besoin, l'OFSP ou le médecin cantonal concerné prendra contact à ce propos avec le ou la médecin traitant-e.

Tableau 1
Diagnostic biologique de la rougeole [11, adapté]. La technique d'analyse choisie dépend du moment du prélèvement par rapport au déroulement de l'épisode de rougeole.

Technique d'analyse	Matériel analysé	Moment	Remarques
Recherche par PCR de l'ARN du virus de la rougeole	Liquide oral ou frottis de gorge	Dans les 3 jours suivant le début de l'exanthème	
Recherche des anticorps spécifiques du virus (IgM, IgG)	Sérum, plasma, (LCR)	Début de la maladie, éventuellement convalescence	Dans 30–40 % : IgM négatives jusqu'à 3 jours suivant le début de l'exanthème Si résultat négatif : 2e prélèvement après 10 à 14 jours

10.2 Déclaration d'une suspicion ou d'un cas de rougeole

Principe : toute suspicion clinique de rougeole doit être déclarée dans les 24 heures.

La mise en œuvre rapide des mesures de lutte se base sur la déclaration immédiate des suspicions cliniques et des cas de rougeole et sur la détection précoce des flambées dans le cadre du système de déclaration obligatoire. Le délai de déclaration est de 24 heures aussi bien pour les médecins que pour les laboratoires. Les médecins envoient la déclaration, nominale et complète, au service du médecin cantonal du canton de domicile ou de séjour du ou de la patient-e. Ce dernier adresse dans les 24 heures la déclaration à l'OFSP. La déclaration du ou de la médecin traitant-e se fait normalement en deux temps, au moyen de deux formulaires distincts : tout d'abord une brève déclaration initiale, suivie d'une déclaration complémentaire. La déclaration initiale sert à signaler et identifier le cas. La déclaration complémentaire, plus détaillée, donne des informations sur la clinique, l'évolution, le statut vaccinal et l'exposition. Il est toutefois possible pour les médecins d'utiliser directement le formulaire de déclaration complémentaire pour signaler le cas, à condition de l'envoyer dans le délai légal. La déclaration est à envoyer sans attendre les résultats du laboratoire ; dès la première consultation un maxi-

mum d'informations sont à collecter, car celles-ci sont importantes tant pour l'orientation de l'intervention que pour la classification du cas.
Les laboratoires qui ont établi le diagnostic biologique déclarent les examens positifs au service du médecin cantonal et à l'OFSP dans le délai de 24 heures, quels que soient le matériel analysé et la méthode employée.
L'envoi des formulaires par fax est recommandé. Tous les formulaires peuvent être téléchargés à l'adresse : *www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00814/index.html?lang=fr.*

10.3 Eviction d'une suspicion ou d'un cas de rougeole

Principe : toute suspicion ou cas de rougeole est exclu des structures collectives et reste à domicile durant les quatre jours suivant le début de l'exanthème.

Dès que la rougeole est suspectée chez une personne, celle-ci est exclue des structures collectives. La personne peut réintégrer l'établissement à partir du 5e jour suivant l'apparition de l'exanthème. La suspicion clinique de rougeole doit être confirmée par le laboratoire le plus rapidement possible. Si les résultats permettent d'exclure une rougeole, l'éviction peut être levée. Les personnes professionnellement actives sont mises en congé maladie pour la même durée. Que le cas de rougeole soit déjà confirmé ou non, la personne malade doit rester à la maison, éviter de sortir de son domicile et d'avoir des contacts avec des personnes non vaccinées ou ayant un statut immunitaire incertain.

11 Prévention de la transmission dans l'entourage immédiat

11.1 Le ménage, un lieu de transmission privilégié

Les contacts étant particulièrement étroits au sein d'un ménage, l'exposition à la rougeole et le risque de transmission sont maximaux pour les autres membres de la famille (taux d'attaque secondaire > 80 % chez les personnes non immunes) [15]). Cette transmission élevée est favorisée par la longueur de la période de contagiosité et par la capacité du virus de la rougeole à rester en suspension dans l'air sous forme d'aérosols infectieux (particules de diamètre ≤ 5 µm) jusqu'à deux heures après leur émission [16, 17]. Les personnes non immunes d'un ménage où survient une rougeole courent donc un risque très élevé d'être infectées et de devenir à leur tour contagieuses avant le début des symptômes typiques de la maladie.

11.1.1 Recherche, vaccination et éviction des personnes potentiellement transmetteuses au sein du ménage d'une suspicion ou d'un cas de rougeole

Principe : toute personne potentiellement transmetteuse au sein du ménage d'une suspicion ou d'un cas de rougeole est exclue des structures collectives durant toute la période d'incubation, soit jusqu'à 21 jours au maximum suivant l'apparition de l'exanthème chez la personne rougeoleuse. Elle reste à domicile, même si une première dose postexpositionnelle de vaccin contre la rougeole a été administrée.

Face à une suspicion ou à un cas de rougeole, le ou la médecin traitant-e-s recense aussitôt les personnes concernées du ménage et détermine parmi elles, lesquelles sont potentiellement transmetteuses. Pour cela, le statut vaccinal est vérifié, principalement en contrôlant les carnets de vaccination. La vaccination postexpositionnelle précoce contre la rougeole (ROR) permet généralement d'éviter la maladie [18]. De ce fait, les personnes potentiellement transmetteuses devraient être vaccinées dans les 72 heures suivant la première exposition. Grâce à cette mesure, la propagation du virus à partir de ces personnes peut habituellement être évitée. Passé cette fenêtre d'opportunité, la vaccination postexpositionnelle contre la rougeole (ROR) n'est plus efficace. Cela vaut en particulier pour les contacts au sein du ménage, car ce délai est généralement dépassé au moment où le diagnostic clinique est posé. Afin d'empêcher la propagation du virus dans les structures collectives, toutes les personnes potentiellement transmetteuses au sein du ménage de la suspicion ou du cas de rougeole (enfants et adultes) doivent être exclues de ces établissements et rester à la maison, pendant toute la période d'incubation, soit jusqu'à 21 jours au maximum suivant l'apparition de l'exanthème chez la personne rougeoleuse [19]. Cette règle s'applique également aux personnes potentiellement transmetteuses au sein du ménage qui ont reçu une dose postexpositionnelle de vaccin contre la rougeole. Déroger à cette règle n'est acceptable que si le moment exact du premier contact avec la suspicion ou le cas de rougeole au sein du ménage est identifiable et qu'une vaccination postexpositionnelle contre la rougeole (ROR) est administrée dans les 72 heures suivant l'exposition initiale. La question de l'éviction d'un lieu de travail autre qu'une structure collective doit être évaluée au cas par cas (cf. chapitre 12.5.3). Quand l'éviction s'avère nécessaire, le ou la médecin traitant-e contacte le médecin cantonal et celui-ci décide des mesures à mettre en œuvre. Il ne faut pas attendre que le diagnostic soit confirmé par un examen de laboratoire pour ordonner l'éviction des personnes potentiellement transmetteuses du ménage. Si le diagnostic de rougeole peut être exclu sur la base des résultats de laboratoire, la mesure est immédiatement levée.
Les personnes potentiellement transmetteuses devraient appeler un-e médecin dès l'apparition des prodromes de la rougeole. Même si elles ont finalement eu la rougeole, la vaccination ROR reste indiquée pour elles, au plus tôt trois semaines après la maladie afin d'assurer la protection contre la rubéole et les oreillons. Quand une première dose de vaccin a déjà été administrée dans le cadre des me-

sures de lutte contre la rougeole, la deuxième devrait l'être à un mois d'intervalle au minimum.

11.2 Eviter la transmission aux autres patients des services de santé

Principe : toute personne potentiellement transmetteuse reçoit une vaccination postexpositionnelle contre la rougeole (ROR) dans les 72 heures suivant la première exposition à la suspicion ou au cas de rougeole. A défaut, une exclusion des structures collectives pendant toute la durée du temps d'incubation (jusqu'à 21 jours suivant le dernier contact avec un individu contagieux) est ordonnée.

Dès qu'une rougeole est suspectée, que ce soit dans un cabinet ou à l'hôpital, des mesures de lutte contre les infections à transmission par voie aérienne doivent être prises, afin que les autres patients, les personnes accompagnantes et le personnel de santé ne s'infectent pas dans les salles d'attente et de consultation. Il faudra non seulement limiter au maximum les contacts directs, mais encore éviter que des personnes non-immunes contre la rougeole utilisent les mêmes salles que la personne malade dans les deux heures suivant son passage. En raison du risque de transmission aérogène de la rougeole sur le chemin vers et au cabinet médical, un contact téléphonique préalable à une visite – idéalement à domicile plutôt qu'au cabinet – devrait avoir lieu. Alternativement, la personne suspecte de rougeole/le cas de rougeole devrait être reçu durant les heures creuses ou en fin de journée. Si une seconde salle de consultation est disponible (ou une salle spéciale pour les cas infectieux, comme il en existe chez de nombreux pédiatres), la personne malade doit y être menée directement. Dans la mesure du possible, les médecins éviteront l'hospitalisation des patients rougeoleux ne présentant pas de complications [20].
Toutes les personnes exposées dans un service de santé à une suspicion ou à un cas de rougeole doivent être informées. Le ou la médecin évalue la susceptibilité de ces personnes à la maladie. Lorsqu'il s'agit de personnes potentiellement transmetteuses, une vaccination postexpositionnelle contre la rougeole (ROR) ou, selon les circonstances, l'administration d'immunoglobulines sont proposées. L'administration doit avoir lieu le plus tôt possible dans les 72 heures, respectivement dans les six jours suivant l'exposition initiale. Si ces délais ne peuvent être respectés, les personnes potentiellement transmetteuses doivent être exclues des structures collectives jusqu'à 21 jours suivant la dernière exposition [21–22]. L'exclusion professionnelle lors d'activités hors du domaine des soins ou de l'éducation doit être évaluée au cas par cas (voir chapitre 16.1).

11.3 Mesures individuelles de protection pour les personnes présentant un risque accru de complications

Principe: les personnes à risque accru de complications (nourrissons de moins d'un an, femmes enceintes, personnes immunosupprimées), non-immunes contre la rougeole reçoivent le cas échéant des immunoglobulines dans les six jours suivant la première exposition à l'individu contagieux.

Les médecins traitant-e-s doivent encore protéger, parmi les contacts de la suspicion ou du cas de rougeole dans le ménage, au cabinet et à l'hôpital, les personnes non-immunes et à risque accru de complications de la rougeole. Lors de l'inventaire des contacts et de l'évaluation de leur statut immunitaire, les médecins veilleront tout particulièrement à mettre en évidence ces individus, de même que ceux dont le risque de transmettre la maladie à des personnes à risque accru de complications est important.
Pour les contacts à risque accru de complications, tels que les nourrissons de moins d'un an, les femmes enceintes et certaines personnes immunosupprimées [23], la vaccination postexpositionnelle contre la rougeole (ROR) n'est souvent pas possible en raison de leur jeune âge ou de contre-indications [24]. Ceux-ci devraient être référés à l'hôpital pour y recevoir, le cas échéant, des immunoglobulines dans les six jours suivant l'exposition initiale (immunisation passive avec 0,25 à 0,5 ml/kg de poids corporel). Il convient de souligner que:

- pour les nourrissons de moins de six mois, un examen sérologique préalable est recommandé si les résultats peuvent être obtenus dans un délai permettant encore l'administration d'immunoglobulines. Un titre d'immunoglobulines G (IgG-antirougeoleux) ≥ 500 UI/l est considéré comme protecteur contre les infections symptomatiques [14]. L'administration d'immunoglobulines n'est alors pas nécessaire et le nourrisson n'est pas considéré comme « potentiellement transmetteur » de la rougeole ;
- les prématuré-e-s (enfants nés avant 33 semaines de gestation ou pesant < 1500 g) âgé-e-s de moins de six mois sont toutes et tous considérés comme non-immuns. Une sérologie avant l'administration d'immunoglobulines n'est donc pas utile ;
- toute femme enceinte exposée, n'ayant pas reçu deux doses confirmées d'un vaccin contre la rougeole devrait faire tester son titre d'IgG-antirougeoleux en urgence (un résultat doit être disponible dans les six jours après l'exposition), et recevoir des immunoglobulines si ce dernier est < 500 UI/l.

La pertinence d'administrer des immunoglobulines à un nourrisson de six à onze mois doit être discutée, au cas par cas, avec un-e pédiatre ou un-e infectiologue exerçant à l'hôpital.
L'éviction ne s'applique pas aux contacts à risque accru de complications ayant reçu des immunoglobulines dans les six jours suivant la première exposition.
Si le délai de six jours est passé, il est recommandé aux contacts à risque de consulter rapidement en cas d'apparition des prodromes de la rougeole. Une vaccination (dès

l'âge de six mois) est recommandée au plus tôt trois semaines après le début de l'exposition.
La vaccination (ROR) des nourrissons et des femmes enceintes ayant reçu des immunoglobulines est à planifier, y compris si la rougeole est survenue entretemps (protection contre les oreillons et la rubéole). Un intervalle d'au moins cinq mois doit être observé entre l'administration d'immunoglobulines et celle du vaccin [24]. Lorsqu'une première dose de vaccin a été administrée dans le cadre de l'intervention visant le contrôle de la rougeole, la deuxième dose est également à prévoir avec un intervalle d'au moins un mois entre les deux doses. Celle-ci est administrée entre 12 et 15 mois chez les nourrissons vaccinés avant 12 mois.

12 Prévention de la transmission dans l'entourage élargi et dans la population

12.1 Investigations épidémiologiques et mise en œuvre de mesures visant à interrompre la transmission de la rougeole

Lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole, les autorités sanitaires doivent adapter la marche à suivre à la situation épidémiologique locale et nationale existant au moment de la déclaration et aux ressources à disposition.
L'investigation épidémiologique de la suspicion ou du cas de rougeole comprend :

1. la confirmation du diagnostic de rougeole ;
2. la détection d'autres suspicions ou cas de rougeole ;
3. la mise en évidence de la source de l'infection (identification du cas index) ;
4. l'identification des personnes susceptibles pour lesquelles une prophylaxie (protection des contacts) ou d'autres mesures (prévention de la transmission) sont indiquées ;
5. l'identification d'autres populations à risque qui pourraient bénéficier d'une vaccination de rattrapage (prévention de la propagation) ;
6. l'information de l'OFSP et d'éventuels autres cantons touchés ;
7. la planification de l'information de l'entourage de la personne malade, des médecins/services partenaires, du personnel de santé et, selon la situation, du public ;
8. la documentation de la situation.

Les interventions et mesures mises en œuvre par les autorités sanitaires, en collaboration avec les médecins/services partenaires, pour interrompre les chaînes de transmission consistent en :

1. une information ciblée autour du cas ou de la flambée de rougeole, accompagnée, selon la situation, d'une information générale à la population ;
2. le contrôle du statut vaccinal au-delà de l'entourage immédiat, accompagné de recommandations voire d'actions de vaccination de rattrapage ;
3. la vaccination des contacts pas ou incomplètement vaccinés ;
4. l'éviction des structures collectives ou du lieu de travail des malades (avec réinsertion possible dès le 5e jour suivant l'apparition de l'exanthème) ;
5. l'éviction des structures collectives ou du lieu de travail des personnes potentiellement transmetteuses i) du ménage d'un cas de rougeole, jusqu'à 21 jours suivant l'apparition de l'exanthème chez la personne rougeoleuse ou ii) de l'entourage immédiat ou élargi jusqu'à 21 jours suivant la dernière exposition au cas de rougeole ;
6. éventuellement, la fermeture provisoire d'une partie ou de la totalité de l'institution touchée, l'annulation de manifestations, etc.

12.2 Recherche d'informations complémentaires sur la suspicion ou le cas de rougeole

Dès que le médecin cantonal a pris connaissance d'une suspicion de rougeole, il contacte le ou la médecin qui a posé le diagnostic pour compléments d'information. Contact est éventuellement également pris directement avec la personne malade ou sa représentant-e légal-e, afin d'obtenir des précisions concernant l'exposition, d'éventuels voyages à l'étranger, l'école fréquentée, etc. et la connaissance d'autres cas dans l'entourage.

12.3 Information de l'entourage élargi d'une suspicion ou d'un cas de rougeole

12.3.1 Information des contacts

Le médecin cantonal, en collaboration avec les services partenaires, organise une information ciblée de l'entourage de la personne suspecte/du cas de rougeole (école, crèche ou garderie, lieu de travail, autres structures collectives, etc.) en s'adressant à la direction de l'établissement concerné. Des renseignements sont donnés sur la situation, les risques et les mesures prévues.

12.3.2 Information d'autres autorités sanitaires cantonales

Le médecin cantonal prend en charge la personne suspecte/le cas de rougeole ainsi que les contacts identifiés domiciliés dans son canton. Si la personne malade séjourne ou a séjourné dans un autre canton que son canton de domicile (fréquentation d'une école, activité professionnelle, etc.), le médecin cantonal informe son homologue du canton concerné. Ce dernier se charge de rechercher les personnes potentiellement transmetteuses non domiciliées dans le canton de résidence de la personne malade, ainsi que de prendre les mesures qui s'imposent. Chaque médecin cantonal peut demander de l'aide à l'OFSP pour informer les autres cantons et pour se coordonner avec eux.
Le médecin cantonal transmet à l'OFSP dans les 24 heures l'information obtenue ou la déclaration concernant la suspicion ou le cas de rougeole. L'OFSP sera également informé lorsqu'un-e malade a voyagé hors de Suisse (importation ou exportation potentielle de rougeole) ou a été en contact avec des personnes vivant à l'étranger durant la période de contagiosité, à moins que cela ne soit déjà clairement mentionné dans la déclaration envoyée à l'OFSP.

12.3.3 Information du corps médical et de la population

En présence d'une flambée de rougeole, le médecin cantonal informe le corps médical (généralistes, pédiatres, infectiologues, gynécologues, policliniques et services d'urgence) et, selon la situation, la population du canton concerné. Outre une présentation de la situation et une brève description de la maladie, il donne les informations suivantes (liste non exhaustive) :

1. La rougeole n'est pas une maladie bénigne : elle peut entraîner des complications, voire le décès.
2. La rougeole n'est pas une maladie d'enfance : en particulier, elle touche aujourd'hui aussi des adolescent-e-s et des jeunes adultes.
3. La rougeole est prévenue facilement, efficacement et à faible coût par la vaccination, qui peut se faire à tout âge à partir de six mois.
4. Toute personne née après 1963 devrait vérifier son carnet de vaccination (ou le faire vérifier par son médecin ou un-e pharmacien-ne). Si elle n'est pas ou incomplètement vaccinée contre la rougeole, un rattrapage jusqu'à deux doses (ROR) est recommandé, à moins que la personne ne soit certaine d'avoir déjà eu la rougeole.
5. Lors d'une fièvre accompagnée de taches rouges, il faut téléphoner à un-e médecin et discuter de la suite de la démarche.
6. Si le ou la médecin pose un diagnostic de rougeole, sur la base de la clinique ou d'un examen de laboratoire, la personne malade doit rester à domicile et éviter tout contact avec des personnes non-immunes et des individus présentant un risque accru de complications.
7. Une exclusion des structures collectives est ordonnée à toute personne non-immune qui a été en contact avec un cas de rougeole durant la période de contagiosité :
   i) au sein du ménage, exclusion jusqu'à 21 jours après l'apparition de l'exanthème chez la personne rougeoleuse ;
   ii) dans l'entourage immédiat ou élargi, exclusion jusqu'à 21 jours suivant le dernier contact avec un individu contagieux.

   Si la personne non-immune a reçu dans les 72 heures suivant l'exposition initiale au cas de rougeole, une vaccination postexpositionnelle contre la rougeole (ROR), respectivement des immunoglobulines dans les six jours, l'exclusion n'est pas nécessaire.

12.4 Recherche d'autres suspicions ou cas de rougeole

Il est du ressort du médecin cantonal de rechercher activement d'autres cas dans l'entourage d'une suspicion/d'un cas de rougeole. Suivant la situation, le ou la médecin traitant-e, la personne malade ou sa famille, la direction des structures collectives ou les médecins/services partenaires sont contactés. Le médecin cantonal peut également se mettre en relation avec les services d'urgences, les laboratoires de diagnostic, les pédiatres ou les médecins généralistes.

12.5 Interruption de la transmission de la rougeole dans la population

A ce stade, le ou la médecin en charge du cas de rougeole a déjà initié les mesures visant à identifier et à prendre en charge les personnes potentiellement transmetteuses et celles à risque accru de complications dans l'entourage immédiat de la personne malade. Le médecin cantonal fait de même dans le but d'interrompre la transmission de la rougeole dans l'entourage élargi.

12.5.1 Identification des personnes potentiellement transmetteuses du virus de la rougeole dans l'entourage élargi du cas

Le médecin cantonal recense les contacts dans l'entourage élargi de la suspicion/du cas de rougeole, en distinguant deux groupes : les contacts avérés et les contacts possibles. La priorité revient à la recherche des contacts avérés, mais la recherche de personnes potentiellement transmetteuses peut être élargie aux contacts possibles en fonction du risque de propagation existant et des ressources disponibles.
Pour rechercher des personnes potentiellement transmetteuses parmi les contacts, il faut commencer par vérifier le statut vaccinal en contrôlant les carnets de vaccination en collaboration avec les médecins/services partenaires.
La plus grande attention est accordée aux contacts nés après 1963, sans document prouvant l'administration d'au moins une dose de vaccin antirougeoleux. S'ils sont nombreux et les ressources limitées, il faut présumer que tous les contacts non vaccinés sont des personnes potentiellement transmetteuses, sans rechercher d'éventuels antécédents de rougeole. Dans le cas contraire, il faut déterminer pour chaque contact si cette personne est à considérer comme potentiellement transmetteuse, en se fondant sur l'anamnèse d'antécédents de rougeole (p. ex. avec l'aide des parents ou du ou de la médecin de famille) ou sur d'éventuels résultats sérologiques antérieurs.

12.5.2 Vaccination postexpositionnelle (ROR) des personnes potentiellement transmetteuses du virus de la rougeole

Les contacts transmetteurs potentiels, âgés de plus de six mois et pour lesquels la vaccination n'est pas contre-indiquée, doivent recevoir dans les 72 heures suivant la première exposition à la suspicion/au cas de rougeole une première dose de vaccin contre la rougeole (ROR). Les contacts ayant déjà reçu une dose de vaccin doivent recevoir la seconde dose aussi rapidement que possible (intervalle minimal d'un mois entre première et deuxième dose). Afin d'éviter des cas tertiaires, la vaccination postexpositionnelle (ROR) des personnes potentiellement transmetteuses doit être complétée par la vaccination des membres non-immuns de leur ménage. Cette dernière mesure est surtout nécessaire si la vaccination postexpositionnelle (ROR) n'a pas été reçue dans les temps.

12.5.3 Eviction des personnes potentiellement transmetteuses du virus de la rougeole

Le médecin cantonal ordonne l'éviction des structures collectives – avec confinement à domicile pendant 21 jours après la dernière exposition à un cas de rougeole contagieux – des personnes potentiellement transmetteuses qui n'ont pas reçu dans les 72 heures la vaccination postexpositionnelle.
Les contacts ayant reçu une seule dose de vaccin contre la rougeole avant l'exposition ne sont pas mis en éviction. Ils devraient cependant recevoir aussi rapidement que possible une seconde dose (intervalle minimal d'un mois entre première et deuxième dose).
Pour une personne potentiellement transmetteuse qui travaille dans un environnement professionnel autre qu'une structure collective, il s'agit d'évaluer dans un premier temps le risque de transmission à des personnes qui tra-

vaillent sur le même lieu et qui présentent un risque accru de complications. Sur la base de cette évaluation, le médecin cantonal recommande l'éviction ou de s'abstenir de se rendre dans des espaces communs, etc.
L'éviction des structures collectives avec confinement à domicile est toujours indiquée pour les personnes potentiellement transmetteuses qui vivent dans le même ménage qu'un cas de rougeole, sauf dans la situation exceptionnelle où le moment exact du premier contact contagieux est précisément identifiable et qu'une vaccination postexpositionnelle a pu été administrée dans les 72 heures suivant cette exposition.
L'éviction des personnes potentiellement transmetteuses, en tant que mesure générale de contrôle, a été évaluée dans le canton de Genève lors d'une épidémie de grande ampleur en 2011. Il a été démontré que 68 % des personnes potentiellement transmetteuses exclues, faisant ménage commun avec ou scolarisées dans la même classe qu'un cas de rougeole contagieux, ont développé la rougeole. Les calculs suggèrent que le risque de transmission hors du ménage a pu ainsi être réduit de 95 % [25].
Selon la situation de l'institution (risque de transmission, perturbation du fonctionnement habituel, etc.) et la présence des résultats de laboratoire, l'éviction peut se faire en deux temps :

Premier temps : dans l'attente de la confirmation de l'infection rougeoleuse du cas index par le laboratoire
- vérification immédiate du statut vaccinal des contacts et éventuellement vaccination postexpositionnelle (ROR) dans les délais ;
- si le délai est dépassé ou si la vaccination est refusée: éviction provisoire des contacts potentiellement transmetteurs, jusqu'à l'obtention du résultat des examens du cas index ;

Second temps : lorsque le résultat de laboratoire est disponible pour le cas index
- selon le résultat : levée ou maintien de l'éviction jusqu'à 21 jours au maximum suivant la dernière exposition.

12.6 Vaccinations de rattrapage dans l'entourage élargi du cas de rougeole

Au début d'une flambée de rougeole, la prévention a pour but d'éviter la propagation. Elle se fait à deux niveaux complémentaires. Le premier consiste à identifier et à vacciner, respectivement à exclure les personnes potentiellement transmetteuses parmi les contacts. Le second, élargi et non spécifique, s'applique lorsque l'origine de la flambée n'a pas été identifiée, que les mesures n'ont pas pu être prises à temps, que les contacts refusent la vaccination ou que la couverture vaccinale locale est insuffisante. L'essentiel est alors de promouvoir la vaccination contre la rougeole en diffusant les informations ad hoc ou en la proposant à un cercle plus large que l'entourage immédiat du cas. Ces interventions s'adressent surtout aux groupes d'âge les plus touchés par la flambée. Elles peuvent donc concerner l'ensemble de l'école (et non pas seulement la classe de laquelle fait partie le cas), les crèches et écoles voisines, tout le personnel d'un hôpital, etc. ou même toute une région.

12.7 Fermeture des établissements d'accueil et de formation

En dernier ressort, la fermeture temporaire d'une classe d'école ou de crèche, voire de tout un établissement, est à envisager lorsque le foyer est important et non maîtrisable. Une telle décision devrait notamment considérer le nombre de cas dans la classe ou l'établissement, le nombre d'enfants potentiellement transmetteurs, la possibilité d'organiser et de mettre en œuvre une éviction scolaire de toutes les personnes potentiellement transmetteuses, ainsi que les effectifs restants des classes ou le fonctionnement de l'école. La fermeture devrait durer le temps nécessaire à l'identification des transmetteurs potentiels et à la mise en œuvre des mesures adéquates ou jusqu'à l'interruption de la circulation du virus dans l'établissement (21 jours).

MESURES SPÉCIFIQUES À LA SITUATION

13 Mesures dans les écoles et établissements de formation post-obligatoire

Les écoles enfantines, les écoles et les établissements de formation post-obligatoire sont des lieux où la rougeole est susceptible de se propager très rapidement si la couverture vaccinale est insuffisante. Les contacts entre enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes étant nombreux et étroits dans les classes, dans les familles et avec l'entourage, ces établissements sont souvent au cœur de flambées.

13.1 Prévention et préparation

La prévention de la rougeole à l'école enfantine, dans les écoles et les établissements de formation post-obligatoire est une priorité. La couverture vaccinale devrait y être d'au moins 95 % avec deux doses.
En ce qui concerne les mesures préparatoires cantonales, les points suivants devraient être pris en compte :
- Lors de l'inscription de l'enfant à l'école enfantine ou à l'école primaire, les parents reçoivent une information écrite sur la rougeole ainsi que des recommandations relatives à la vaccination. L'accent est mis sur les conséquences pour les enfants non-immuns en cas de maladie (isolement à la maison au minimum durant la période de contagiosité) et d'apparition d'une suspicion ou d'un cas de rougeole dans l'établissement (éviction de 21 jours). L'éviction est une mesure lourde, aux conséquences sociales, économiques et éducatives importantes.
- Le statut vaccinal des enfants est recensé au moment de leur inscription/entrée à l'école enfantine ou à l'école, dans le respect des dispositions cantonales sur la protection des données. Lorsque survient une suspicion ou un cas de rougeole, ce recensement préalable permet la mise en œuvre de mesures de contrôle rapides et ciblées sur les enfants non-immuns ou sur lesquels l'information relative au statut immunitaire manque.
- Les parents sont informés du bilan de la vérification du carnet de vaccination et des conséquences pour leur enfant, en fonction du statut vaccinal. Si c'est indiqué,

une vaccination de rattrapage (ROR) est immédiatement proposée.
- Tout le personnel doit être immun contre la rougeole. Le cas échéant, la vaccination de rattrapage est proposée. Les enseignant-e-s ainsi que le personnel d'encadrement sont informés des effets sur l'environnement scolaire que peut avoir l'absence d'immunité contre la rougeole de façon à ce qu'ils puissent prendre une décision en connaissance de cause. L'exigence d'immunité attestée comme condition d'engagement du personnel est recommandée.
- Les enseignant-e-s ainsi que le personnel d'encadrement sont informés de leurs rôles (par exemple, soutien logistique des médecins traitant-e-s et du médecin cantonal, aide au recensement du statut vaccinal) dans la lutte contre la rougeole.

13.2 Mesures à mettre en œuvre face à une suspicion ou à un cas de rougeole

Les mesures sont choisies en fonction de la couverture vaccinale estimée pour l'établissement. L'important est d'identifier rapidement, en contrôlant le statut vaccinal, les personnes potentiellement transmetteuses parmi les élèves/étudiant-e-s ainsi que parmi les enseignant-e-s et le personnel d'encadrement, de façon à pouvoir éventuellement proposer à temps la vaccination postexpositionnelle (ROR) ou au besoin, ordonner une exclusion.
Pour des raisons pratiques et pour éviter toute perte de temps, le médecin cantonal ou les médecins scolaires peuvent, en même temps qu'ils contrôlent les carnets de vaccination des enfants, des enseignant-e-s, des formateurs et des formatrices, administrer le vaccin sur place. Cette dernière mesure est, pour les mineur-e-s, soumise à l'autorisation écrite des parents. Le médecin cantonal détermine les besoins en vaccinations de rattrapage dans l'entourage de la suspicion ou du cas de rougeole (classe, établissement scolaire, école enfantine et autres écoles du voisinage, etc.). Il ordonne l'éviction des personnes potentiellement transmetteuses qui n'ont pas reçu dans les temps la vaccination postexpositionnelle, durant 21 jours suivant la dernière exposition à un cas de rougeole contagieux. Selon la situation, considérer l'annulation de manifestations, telles que fêtes, représentations théâtrales, joutes sportives, excursions, etc.

14 Mesures dans les crèches et les garderies

Les garderies et en particulier les crèches accueillent des nourrissons et des enfants. Etant donné les contacts étroits et la promiscuité fréquente entre eux et avec le personnel d'encadrement, le risque de transmission de la rougeole y est élevé. Le plan de vaccination suisse comprend actuellement deux doses de vaccin ROR, la première à 12 mois et la seconde entre 15 et 24 mois. La deuxième dose peut être administrée au plus tôt un mois après la première. La vaccination devrait être terminée avant l'âge de deux ans. La vaccination contre la rougeole (ROR) est recommandée dès neuf (voire six) mois pour les nourrissons à haut risques (prématuré-e-s, crèches, contexte épidémique) [4]. De ce fait, une proportion plus ou moins importante d'enfants accueillis en crèche ne sont pas protégés contre la rougeole. De plus, il n'est pas rare que des femmes enceintes soient régulièrement en contact avec des crèches, ce qui les met également à risque accru de contracter la maladie si elles ne sont pas immunes. La plus haute priorité doit être accordée à la prévention de la rougeole dans les structures d'accueil pour enfants et parmi le personnel d'encadrement de ces établissements (éducateurs et éducatrices de la petite enfance, cuisiniers et cuisinières, agent-e-s d'entretien, etc.).

14.1 Prévention et préparation

L'objectif est de parvenir rapidement à une couverture vaccinale d'au moins 95 % dans le collectif des enfants de plus de 12 mois. Les mesures préparatoires incombent généralement à la direction de l'établissement et varient selon que la crèche ou la garderie dispose ou non d'un-e médecin référent-e.

14.1.1 Rôle de la direction des crèches et des garderies

Il est recommandé aux crèches et aux garderies de faire appel aux services d'un-e médecin référent-e. La direction des établissements qui n'en disposent pas devrait prévoir un encadrement médical externe pour assurer ces tâches.
La direction doit avoir une vue d'ensemble du statut vaccinal actualisé des enfants accueillis dans son établissement. Pour cela, elle organise le recensement systématique au moment de l'inscription de l'enfant et à l'âge de 18 mois, dans le respect des dispositions cantonales relatives à la protection des données.
Le personnel d'encadrement ainsi que les collaboratrices et collaborateurs devraient être immuns contre la rougeole et présenter une attestation de cette protection. Si c'est indiqué, la vaccination de rattrapage leur est proposée. Les conséquences de l'absence d'immunité contre la rougeole pour le personnel et pour l'institution sont expliquées afin de favoriser la décision en connaissance de cause. L'exigence d'immunité comme condition d'engagement est recommandée.

14.1.2 Rôle du ou de la médecin référent-e de crèche ou de garderie

Le ou la médecin référent-e de crèche contribue à l'information détaillée des parents, du personnel d'encadrement ainsi que des collaborateurs et collaboratrices sur la rougeole et sur le schéma de vaccination prévu par le plan de vaccination suisse. Il ou elle informe les parents de l'exclusion des enfants atteints de rougeole et de l'éviction de l'établissement jusqu'à 21 jours suivant la dernière exposition à une personne contagieuse des enfants non-immuns. En l'absence d'un ou d'une médecin référent-e, c'est la direction de l'établissement qui se charge de cette information.
Le ou la médecin référent-e contrôle régulièrement le statut vaccinal des enfants accueillis dans l'établissement.

14.2 Mesures à prendre lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole

La direction de la crèche ou de la garderie, alternativement le ou la médecin référent-e, informe aussitôt le médecin

cantonal lors de l'apparition d'une suspicion ou d'un cas de rougeole dans l'établissement. Elle soutient les mesures décidées par le ou la médecin référent-e ou le médecin cantonal et participe activement à leur mise en œuvre. Les mesures à prendre pour les nourrissons et les jeunes enfants qui sont entrés en contact avec un cas de rougeole contagieux dépend de leur âge (voir chapitre 7). Toutes les manifestations – excursions, fêtes, repas de midi partagés avec d'autres établissements, etc. – sont annulées jusqu'à leur autorisation par le ou la médecin référent-e ou le médecin cantonal.

15 Mesures dans les établissements de santé

De par leur activité professionnelle, les employé-e-s des établissements de santé sont soumis-e-s à un risque particulièrement élevé d'exposition à la rougeole et sont en outre susceptibles de la transmettre aux patient-e-s, parmi lesquel-le-s certain-e-s présentent un risque accru de complications. Il est donc très important qu'ils soient tous immuns, y compris ceux qui n'ont pas de contacts directs avec des malades. Pour toute personne travaillant dans un établissement de soins, l'exigence d'immunité prouvée avec deux doses de vaccin contre la rougeole ou un titre d'anticorps protecteur est instamment recommandée, quels que soient ses éventuels antécédents de rougeole.

15.1 Vaccination du personnel des établissements de santé

A l'embauche de personnel, le statut vaccinal vis-à-vis de la rougeole est systématiquement vérifié et recensé, et le cas échéant, une vaccination de rattrapage devrait être proposée. Les collaborateurs et collaboratrices sont informé-e-s des conséquences que peut avoir l'absence d'immunité contre la rougeole, de façon qu'ils puissent prendre une décision en connaissance de cause. L'exigence d'immunité prouvée comme condition d'engagement du personnel est recommandée. En cas de doute concernant les antécédents de rougeole et si l'employé-e n'accepte la vaccination qu'en l'absence d'un titre suffisant d'anticorps protecteurs, le service médical de l'établissement peut demander un test sérologique. Cette manière de procéder est également valable à l'embauche de personnel dans un cabinet médical. Le contrôle du carnet de vaccination et éventuellement la vaccination de rattrapage peuvent également être proposés en cours d'emploi. Ces mesures permettent d'avoir une vue d'ensemble du statut vaccinal du personnel.

15.2 Prévention de la transmission nosocomiale

Si des membres du personnel d'un établissement de santé ont été exposés à un cas suspect ou à un cas de rougeole ou ont séjourné dans la même pièce que lui dans les deux heures suivantes, le ou la médecin en cabinet ou le service d'hygiène hospitalière contrôle immédiatement leur statut immunitaire. Les personnes sans immunité prouvée sont dispensées de travailler durant 21 jours après la dernière exposition et restent à domicile. Si le moment du contact est connu, il est également possible de n'imposer la dispense qu'à partir du cinquième jour après l'exposition initiale et jusqu'au 21e jour suivant le dernier contact [21–22]. Une vaccination postexpositionnelle (ROR) doit être proposée. La pertinence d'une exclusion professionnelle des membres du personnel même vaccinés dans les temps doit être discutée, car une rougeole peut constituer un grand risque pour les patient-e-s.
Pour prévenir la transmission de la rougeole, il est nécessaire de respecter un certain nombre de mesures d'hygiène standard ainsi que de mettre en œuvre des mesures visant spécifiquement à empêcher la transmission aéroportée : isolement de la personne suspecte/du cas de rougeole dans une chambre individuelle (si possible en pression négative) et soins uniquement par des employé-e-s pouvant apporter la preuve d'immunité contre la rougeole.

16 Mesures dans d'autres contextes

16.1 Mesures dans les entreprises

Le ou la médecin met une personne suspecte/un cas de rougeole en congé maladie au moins pour la durée de la période de contagiosité et déclare la situation au service du médecin cantonal. Le médecin cantonal prend contact avec le service médical ou la direction de l'entreprise ou avec les ressources humaines afin de collecter des informations complémentaires et de convenir des mesures nécessaires. Le médecin ou la direction de l'entreprise identifient et informent les contacts parmi le personnel. Le médecin cantonal décide avec le service médical ou la direction de l'entreprise s'il convient de dispenser du travail et de renvoyer à domicile les personnes potentiellement transmetteuses qui n'ont pas reçu dans les temps de vaccination postexpositionnelle. L'évaluation se base en particulier sur le risque de transmission à des personnes à risque accru de complications.

16.2 Mesures dans le trafic aérien

La cabine dans laquelle se trouvent les passagers et passagères ainsi que l'équipage est considérée comme un espace fermé [26]. Le risque qu'un cas contagieux transmette la rougeole à des personnes non-immunes lorsqu'ils voyagent dans le même avion est indépendant de la durée du vol et du système d'aération utilisé [26–27]. Toutes les personnes dans la cabine d'un vol sur lequel a voyagé un individu rougeoleux sont donc considérées comme des contacts avérés [27]. Leur identification est nécessaire si l'administration d'immunoglobulines peut encore avoir lieu dans les temps, soit dans les six jours suivant la première exposition [27] ou s'il est possible d'éviter des cas de rougeole tertiaires. Il faut alors mettre l'accent sur la protection des contacts et des contacts de ces derniers, en particulier si ceux-ci présentent un risque accru de complications.

16.2.1 Mesures à prendre lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole

Le service du médecin cantonal est informé par le biais de la déclaration envoyée dans les délais par le ou la médecin traitant-e. Par la déclaration complémentaire détaillée, des indications sur la clinique, l'évolution, le statut vaccinal et l'exposition jusqu'à trois semaines avant l'apparition de

l'exanthème sont notamment transmises. Si l'exposition à un cas de rougeole a eu lieu à l'étranger, le ou la médecin traitant-e inscrit sur le formulaire la date de l'entrée en Suisse, de même que le moyen de transport utilisé, en tenant compte aussi bien des vols internationaux que des vols domestiques.
A la réception d'une déclaration de suspicion ou d'un cas de rougeole ayant voyagé (surtout par avion), le médecin cantonal prend contact avec la ou le médecin déclarant, collecte les informations complémentaires nécessaires et coordonne les mesures qui s'imposent.
Dès que le médecin cantonal a transmis la déclaration, l'OFSP se met en relation avec lui ou elle. Lorsque le cas de rougeole a été confirmé par un laboratoire, le point focal national chargé de l'application du règlement sanitaire international (RSI) de l'OMS (point focal national dans le cadre du RSI) prend contact avec les compagnies aériennes concernées afin d'obtenir la liste des passagers. L'OFSP signale les passagers domiciliés en Suisse aux autorités sanitaires cantonales compétentes, qui mettent immédiatement en œuvre les mesures de lutte qui s'imposent. Les données concernant les passagers internationaux qui sont des contacts d'un cas de rougeole confirmé sont aussitôt communiquées, via le point focal national dans le cadre du RSI, aux points focaux correspondants dans les autres pays. Si des résident-e-s suisses sont exposés à un cas de rougeole à l'étranger durant un vol, le point focal suisse en est informé par le point focal étranger compétent. L'OFSP informe ensuite rapidement les médecins cantonaux des cantons de domicile des passagers. Les médecins cantonaux sont responsables de la suite des mesures dans leur canton respectif.

16.3 Mesures dans l'armée suisse

Les conditions de vie dans l'armée suisse – séjours en caserne, exercices et déplacements de troupes, etc. – facilitent la transmission et la propagation de la rougeole. Il est donc important de prévenir autant que possible les cas de rougeole au sein de l'armée.

16.3.1 Vaccination des militaires

Le statut vaccinal ROR des nouveaux membres de l'armée est contrôlé lors du recrutement et le cas échéant, une vaccination de rattrapage est proposée. Ces mesures sont appliquées systématiquement dans tous les centres de recrutement. Le statut vaccinal est vérifié une seconde fois durant l'école de recrues et au besoin, une vaccination de rattrapage est offerte.

16.3.2 Mesures à prendre lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole

Sur le territoire de la Confédération, l'armée a le même statut qu'un canton et le ou la médecin en chef joue pour l'armée le rôle d'un médecin cantonal [28]. Les médecins de troupe déclarent au service du médecin cantonal du canton sur le territoire duquel se trouve le centre militaire toute suspicion ou cas de rougeole dans les 24 heures. Le service du médecin cantonal transmet l'information ou la déclaration à l'OFSP. En même temps, le ou la médecin de troupe annonce le cas au ou à la médecin en chef de l'armée via le service médical militaire et au service du médecin cantonal du canton de domicile du cas. En concertation avec ce dernier et le service médical militaire, il met en œuvre les mesures nécessaires dans la troupe [28]. Le ou la médecin en chef coordonne avec le médecin cantonal toutes les mesures (vaccination postexpositionnelle (ROR), interdiction de sortie, dispense de retour, confinement à domicile, etc.).

BASES LÉGALES ET PRISE EN CHARGE DES INVESTIGATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les présentes directives et recommandations s'appuient en particulier sur l'art. 3 (Information), l'art. 9 (Haute surveillance, coordination) et l'art. 28 al. 2 (Traitement et autres mesures) de la loi sur les épidémies du 18 septembre 1970 (LEp, RS 818.101). Le principe de proportionnalité s'applique pour la mise en œuvre des mesures.
Les différentes obligations de déclaration sont précisées dans l'ordonnance sur la déclaration du 13 janvier 1999 (RS 818.141.1) et dans l'ordonnance du DFI du 13 janvier 1999 sur les déclarations de médecin et de laboratoire (RS 818.141.11). Selon la loi sur les épidémies, est passible d'amende quiconque contrevient intentionnellement ou par négligence aux obligations prévues à l'art. 27 LEp (Déclarations obligatoires) ou encore aux mesures ordonnées ou aux actes édictés en exécution des dispositions précitées, assorties de la menace de peine prévue (art. 35, al. 2, LEp). La poursuite pénale incombe aux cantons (art. 35, al. 3, LEp).
L'éviction des personnes potentiellement transmetteuses incombe aux médecins cantonaux (art. 19 LEp). Une éviction temporaire de l'école est une violation du droit constitutionnel à l'éducation de base. Une éviction temporaire exige une base légale (article 19 LEp), doit répondre à un intérêt public et être proportionnée (voir l'article 36, Cst).
Le code des obligations (art. 324a, al. 1, CO) actuel prévoit que, si le travailleur ou la travailleuse est empêché-e de travailler à cause d'une maladie, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, y compris une indemnité équitable pour le salaire en nature perdu, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. Cette règle du versement du salaire peut s'appliquer, lors de l'éviction du lieu de travail, aussi bien pour les suspicions ou cas de rougeole que pour les personnes potentiellement transmetteuses. Les employeurs doivent en outre donner aux employé-e-s ayant charge de famille, sur présentation d'un certificat médical, jusqu'à trois jours de congé pour la garde d'enfants malades (selon leur âge et leur état de santé). Ceci est valable pour chaque épisode de maladie. Il peut s'agir là aussi d'une absence sans faute de la part du travailleur ou de la travailleuse au sens de l'art. 324a CO, d'autant que la loi oblige les parents à s'occuper de leurs enfants. Les règles qui s'appliquent au versement du salaire lors de ces absences sont les mêmes que celles qui s'appliquent lors d'absences pour cause de maladie de l'employé-e. Le coût directement lié aux mesures décidées est généralement pris en charge par l'assurance-maladie. A titre subsidiaire, les cantons peuvent accorder – mais n'y sont pas obligés – une indemnité aux personnes qui sont lésées à la suite des mesures ordonnées par les autorités (perte de gain p. ex.) (Art. 20 LEp).

Selon l'art. 15, al. 1c de l'ordonnance réglant le placement d'enfants du 19 octobre 1977 (RS 211.222.338), l'autorisation d'exploiter une crèche ou une garderie n'est délivrée qu'à condition qu'une surveillance médicale soit assurée. De plus, selon l'art. 18 al. 2, la direction des crèches et des garderies doit déclarer tous les événements qui touchent la santé ou la sécurité des pensionnaires.
Dans l'armée suisse, le ou la médecin en chef joue le rôle de médecin cantonal. Les mesures de lutte contre les maladies transmissibles sont réglées par l'ordonnance concernant les mesures à prendre par l'armée pour lutter contre les épidémies et épizooties (RS 510.35). En ce qui concerne l'obligation de déclarer, c'est l'ordonnance du DFI sur les déclarations de médecin et de laboratoire (RS 818.141.11) qui s'applique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Office fédéral de la santé publique. Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015 – Version abrégée. Février 2012. *www.bag.admin.ch/rougeole* Téléchargement du 04.07.12.
2. Muscat M, Bang H, Wohlfahrt J, Glismann S, Mølbak K; EUVAC.NET Group. Measles in Europe: an epidemiological assessment. Lancet 2009; 373: 383–9.
3. EUVAC.NET. Measles surveillance annual report 2009. *www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/annual_2009.pdf* du 03.07.12.
4. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2013. Directives et recommandations. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2013.
5. Office fédéral de la santé publique. Nouvelle vague de l'épidémie de rougeole en début d'année 2009: description et mesures. Bull OFSP 2009; 27: 484–91.
6. Paget JW, Zimmermann H, Vorkauf H, Sentinella WG. A national measles epidemic in Switzerland in 1997: consequences for the elimination of measles by the year 1997. Euro Surveill 2000; 5: 17–20.
7. Richard JL, Zimmermann HP. Recent increase in measles in children and teenagers in Switzerland. Euro Surveill 2003; 7.
8. Richard JL, Masserey-Spicher V, Santibanez S, Mankertz A. Measles outbreak in Switzerland – an up-date relevant for the European football championship (EURO 2008). Euro Surveill 2008; 13.
9. Richard JL, Boubaker K, Doutaz M, Schubiger G. Déclaration obligatoire de la rougeole en Suisse: forte augmentation du nombre de cas au printemps 2003. Bulletin des médecins suisses 2003; 84: 1445–50.
10. Delaporte E, Richard JL, Wyler Lazarevic CA, Lacour O, Girard M, Ginet C, Iten A, Sudre P. Ongoing measles outbreak, Geneva, Switzerland, January to March 2011. Euro Surveill 2011; 16. pii: 19815.
11. Robert Koch Institut. Ratgeber für Ärzte: Masern. Stand vom 03.09.2010. *www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html?nn=2374512.*
12. Measles and rubella laboratory network: 2007 meeting on use of alternative sampling techniques for surveillance. Wkly Epidemiol Rec 2008; 83: 229–32.
13. Guris D. Module on best practices for measles surveillance. Geneva: WHO. 2001.
14. Lee MS, Nokes DJ, Hsu HM, Lu CF. Protective titres of measles neutralising antibody. J Med Virol 2000; 62: 511–17.
15. Top FH. Measles in Detroit, 1935 –I, Factors Influencing the Secondary Attack Rate Among Susceptibles at Risk. Am J Public Health Nations Health 1938; 28: 935–43.
16. De Jong JG, Winkler KC. Survival of measles virus in air. Nature 1964; 201: 1054–5.
17. De Jong JG. The survival of measles virus in air, in relation to the epidemiology of measles. Arch Gesamte Virusforsch 1965; 16: 97–102.
18. American Academy of Pediatrics. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Pickering LK, ed. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012. Section 3: Summaries of Infectious Diseases. Measles.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases. 5th Edition, Measles: Chapter 7–1. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 2011.
20. Hugonnet S, Uckay I, Rutschmann O, Kaiser L, Bessire N, Brennenstuhl P, Aramburu C, Sudre P, Vermeulen B, Siegrist CA, Pittet D. Rougeole et plan stratégique institutionnel en cas d'épidémie. Swiss-NOSO 2005; 12: 5–8.
21. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Am J Infect Control 2007;35(10 Suppl 2): S65–164.
22. Ruuskanen O, Salmi TT, Halonen P. Measles vaccination after exposure to natural measles. J Pediatr 1978; 93: 43–6.
23. Office fédéral de la santé publique, Commission suisse pour les vaccinations (CSV). Immunisation passive post-expositionnelle. Directives et recommandations (précédemment Supplément V). Berne: Office fédéral de la santé publique, 2004; 1–13.
24. Office fédéral de la santé publique, Commission suisse pour les vaccinations. Prévention de la rougeole, des oreillons et de la rubéole. Directives et recommandations (précédemment Supplément XII). Berne: Office fédéral de la santé publique, 2003.
25. Delaporte E, Wyler Lazarevic CA, Iten A, Sudre P. Large measles outbreak in Geneva, Switzerland, January to August 2011: descriptive epidemiology and demonstration of quarantine effectiveness. Euro Surveill. 2013;18(6):pii=20395.
26. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC technical report. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft. Stockholm; June 2009. *www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0906_TER_Risk_Assessment_Guidelines_for_Infectious_Diseases_Transmitted_on_Aircraft.pdf.*
27. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC guidance. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft. Part 2: Operational guidelines for assisting in the evaluation of risk for transmission by disease. 2nd ed. Stockholm; 2010. *www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1012_GUI_RAGIDA_2.pdf.*
28. Schweizerische Armee. Reglement 59.023: Truppenarztdienst; Neuauflage (in Überarbeitung).