Prise en charge autour d'un cas de rougeole en juillet 2011 au sein du Bataillon de Marins-pompiers de Marseille, dans un contexte d'épidémie nationale

S.-P. Corcostegui[a], A. Mayet[b], F. De Laval[c], P. Fabries[d], V. Heyer[e], B. Paklepa[e], P. Benner[e]

a Service d'oncologie et d'hématologie, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex.
b Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, 69 avenue de Paris, Ilot Bégin – 94163 Saint Mandé Cedex.
c Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Antenne Marseille, BP 40026 – 13568 Marseille Cedex 02.
d Service d'accueil des urgences, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.
e Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille, Centre médical de Plombières, BP 207 – 13003 Marseille Cedex 3.

Article reçu le 9 décembre 2011, accepté le 22 mai 2013.

Résumé

Un cas de rougeole s'est déclaré en juillet 2011 au sein d'un Centre d'incendie et de secours du Bataillon de Marins-pompiers de Marseille. Hautement contagieuse et pouvant entraîner des complications chez les adultes jeunes, la rougeole nécessite la prise en charge des sujets contacts afin de les protéger via une vaccination de rattrapage, pour arriver à un objectif de deux doses reçues. Sur les 33 sujets contacts identifiés, 23 ont reçu une dose de rattrapage dans les 72 heures, suivant les recommandations officielles. L'épidémie nationale actuelle de rougeole nécessite la bonne connaissance de la conduite à tenir par le médecin d'unité, ainsi que la bonne tenue des livrets médicaux dans leur partie « vaccination ».

Mots-clés : Armées. Collectivité de jeunes adultes. Rougeole.

Abstract
A MEASLES CASE IN JULY 2011 WITHIN THE BATTALION OF MARSEILLES NAVY – FIREMEN IN THE CONTEXT OF A NATIONAL EPIDEMIC.

A measles case broke out in July 2011 within the Fire & Rescue Centre of the Battalion of Marseilles Navy-firemen. Measles is a highly contagious disease which may lead to medical complications in young adults and requires that the subjects who have been in contact with the disease be vaccinated (two doses). Among the 33 contact patients identified, 23 received a dose of vaccine within 72 hours, in accordance with the official recommendations. Today national measles epidemics require a good knowledge of how to handle the problem under the supervision of the unit doctors, as well as a good control of the servicemen's medical books especially the part concerning their vaccinations.

Keywords: Armed Forces. Measles. Young adults group.

Introduction

Considérée à tort comme une maladie infantile bénigne, la rougeole est en plein essor épidémique en Europe et en France depuis trois ans (1), conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante.

Les Armées ne sont pas épargnées (2, 3), le taux d'incidence est passé de 0,7 cas pour 100 000 personnels entre 2002 et 2009 à 10,4 cas pour 100 000 pour le premier trimestre de 2010. Les premiers chiffres de 2011 accentuent cette tendance avec 103,5 cas pour 100 000 (4).

Le virus de la rougeole, extrêmement contagieux, se propage lorsque les malades toussent ou éternuent, par le contact rapproché entre personnes ou par le contact direct avec des sécrétions nasales ou laryngées (5). La durée de contagiosité d'un malade s'étend de 5 jours avant

S.-P. CORCOSTEGUI, médecin lieutenant, interne des hôpitaux des armées. A. MAYET, médecin en chef, praticien certifié. F. DE LAVAL, médecin principal, praticien confirmé. P. FABRIES, médecin lieutenant, interne des hôpitaux des armées. V. HEYER, médecin principal, praticien. B. PAKLEPA, médecin en chef, praticien. P. BENNER, médecin en chef, praticien confirmé.
Correspondance : Médecin Lieutenant S.-P. CORCOSTEGUI, Service d'oncologie et d'hématologie, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex.
E-mail : spcorcostegui@gmail.com

l'éruption cutanée à 5 jours après, durant laquelle il peut contaminer jusqu'à 20 personnes non immunisées (6).

L'outil principal dans la lutte contre cette épidémie est le vaccin rougeoleux (7). Il est recommandé dans le calendrier vaccinal de 1983 et s'est présenté dès 1986 sous forme combinée (Rougeole, Rubéole, Oreillons ou RRO). Cette vaccination a été initialement introduite avec un schéma à une seule injection, mais l'insuffisance de couverture vaccinale (8) a entraîné la mise en place d'une vaccination de rattrapage à partir de 1996 avec une seconde injection à l'âge de 11-13 ans, qui a été régulièrement avancée pour faire face aux réalités épidémiologiques (9). La première dose de vaccin RRO est maintenant recommandée à l'âge de 12 mois et la seconde dose entre les âges de 16 et 18 mois. Pour atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole en France en 2010, objectif commun avec les autres pays européens, un plan national a été lancé en 2005 (10). Il visait un objectif de couverture d'au moins 95 % pour la première dose, qui n'était pas encore atteint en 2007 (couverture vaccinale évaluée à 90 % en France) (11).

Face au contexte épidémique, le Service de santé des armées (SSA) a adapté les recommandations civiles aux spécificités militaires en décembre 2010, mai 2011 (12) et dernièrement en avril 2012 (13). Un cas de rougeole est survenu en juillet 2011 au sein d'un des 16 Centres d'incendie et de secours (CIS) du Bataillon de Marin-Pompiers de Marseille (BMPM), seule unité militaire de pompiers avec la Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris (BSPP), remplissant des missions de service public au profit des populations civiles.

Les objectifs de ce travail étaient de présenter la gestion mise en œuvre face à cette urgence sanitaire, de dresser un premier bilan tant sur l'organisation du rattrapage vaccinal en urgence autour d'un cas de rougeole que sur la couverture vaccinale au sein d'un CIS.

Cas clinique

Le 7 juillet 2011, un marin-pompier, de 24 ans d'un CIS du BMPM était adressé par son médecin d'unité au Service d'accueil des urgences de l'Hôpital d'instruction des armées (HIA) Laveran de Marseille pour une fièvre évoluant depuis 48 h, associée à des ulcérations endobuccales.

L'interrogatoire retrouvait la notion d'un contact récent avec un collègue atteint d'herpès labial, la prise en charge d'un enfant ayant une éruption fébrile, 15 jours auparavant, au cours d'une intervention et un rapport sexuel non protégé cinq semaines plus tôt. Il n'y avait pas d'antécédents d'allergie.

Le carnet de santé du marin-pompier ne mentionnait qu'une seule injection de RRO.

À son arrivée aux urgences, il présentait une fièvre à 40°C, une conjonctivite bilatérale associée à des vésicules péri-labiales droites ainsi qu'un signe de Köplick bilatéral au niveau jugal. Le reste de l'examen était sans particularité.

L'hémogramme montrait une lymphopénie à 349 éléments/mm^3 et une thrombopénie à 132 000/mm^3. Le bilan hépatique retrouvait une cytolyse (ASAT : 282 UI/L, ALAT : 182 UI/L) et une cholestase anictérique (Phosphatases Alcalines : 209 UI/L, GammaGT : 376 UI/L). La Protéine C Réactive (CRP) était à 26,4 Ul/L. Les sérologies (HSV et VIH) étaient négatives.

L'électrocardiogramme et la radiographie pulmonaire étaient sans anomalies.

Le diagnostic de rougeole, suspecté devant le catarrhe oculo-nasal, le signe de Köplick, la notion de contage avec un cas suspect puis l'apparition d'un exanthème maculo-papuleux le 8 juillet, motivait l'hospitalisation avec isolement respiratoire.

La confirmation sérologique du diagnostic a eu lieu le 12 juillet.

La déclaration de maladie obligatoire au profit de l'Agence régionale de santé a été effectuée par l'HIA Laveran.

Dès le 8 juillet, le Service médical d'unité (SMU) du BMPM était informé de l'hospitalisation du personnel pour forte suspicion de rougeole. La déclaration du cas par Message épidémiologique hebdomadaire (MEH) et par fiche spécifique au Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA) a été effectuée par le SMU.

Population et méthodes

La survenue d'un cas de rougeole dans une collectivité nécessite la vaccination en urgence des cas contacts non immuns, au mieux dans les 72 h suivant le début de l'éruption, pour atteindre deux doses documentées (14).

Après survenue d'un cas isolé, le nombre de doses du vaccin RRO à administrer chez les sujets contacts dépend de l'année de naissance des sujets (année charnière de 1980), de leurs antécédents de rougeole maladie, du nombre de doses de vaccin RRO reçues antérieurement et du fait qu'ils exercent ou non une profession à risque (professionnels de santé, pompiers) (12).

Cependant, compte tenu du fait que le BMPM avait déjà été confronté à la survenue de cas groupés en avril 2011 (15) et en raison de la menace potentielle à court terme pour la capacité opérationnelle du CIS, il a été décidé d'appliquer l'algorithme de vaccination autour de cas groupés, qui préconise un rattrapage pour atteindre deux doses pour tous les sujets contacts n'ayant pas d'antécédent de rougeole maladie, sans tenir compte de leur âge (fig. 1).

Dans l'après-midi, l'équipe du SMU, en lien avec le commandement du CIS, a identifié les sujets contacts, soit tout personnel ayant travaillé au CIS du 3 au 7 juillet, durée de contagiosité du cas avant son hospitalisation.

Était considéré comme à jour le personnel :

– ayant reçu deux doses de vaccin RRO avec preuve écrite dans le livret médical du Bataillon ;

– avec un antécédent de rougeole maladie (documenté par la signature d'un médecin dans le carnet de santé).

Devait donc être vacciné le personnel n'ayant eu qu'une (avec preuve écrite) ou zéro dose, sans preuve écrite de rougeole maladie.

Ces sujets nécessitaient une vaccination de rattrapage, constituée d'une injection immédiate pour tous, suivie d'une injection de rappel à un mois si zéro dose, afin d'atteindre l'objectif de deux doses de vaccin RRO.

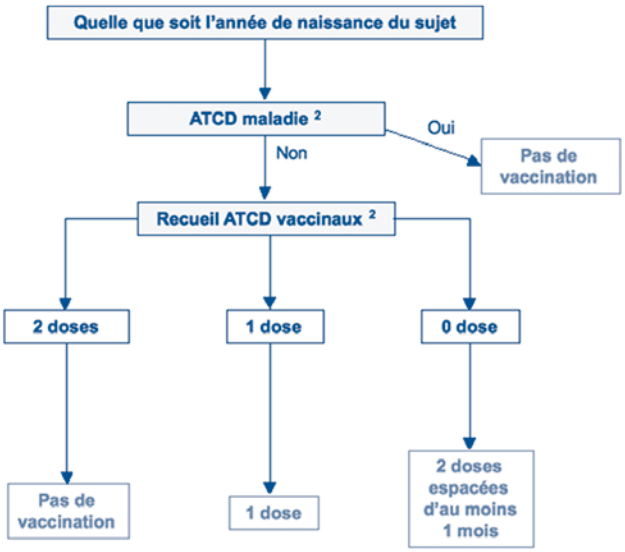


Figure 1. Algorithme de vaccination des sujets contacts contre la rougeole[1] – Stratégie de prise en charge de la collectivité autour de cas groupés (source: CESPA Saint Mandé).

Une semaine après, les dossiers ont été relus afin de refaire le point sur les statuts vaccinaux et de corriger d'éventuelles erreurs dans notre prise en charge initiale.

Le personnel concerné a été directement pris en charge au sein du CIS dès le lendemain, 9 juillet, par l'équipe du Véhicule médical de soutien (VMS) de garde, composé d'un médecin, d'un infirmier et d'un conducteur, qui a assuré la vaccination et le recueil des données manquantes.

Enfin, les contacts n'ayant atteint qu'une dose après cette journée de vaccination ont eu un rendez-vous pour le rappel à un mois, au Centre médical de Plombières.

Résultats

Les 33 sujets contacts, tous des hommes, d'une moyenne d'âge de 30 ans (extrêmes : 20 – 48 ans) et d'un temps de service moyen de 10 ans (extrêmes : 1 – 24 ans) se répartissaient en deux officiers (6 %), 4 officiers mariniers supérieurs (12 %), 13 officiers mariniers (39 %) et 14 quartiers-maîtres ou matelots (43 %). Vingt et un sujets (64 %) étaient nés en 1980 ou après.

Recueil du statut vaccinal

Tous les livrets médicaux contenaient les dossiers médicaux successivement complétés à la sélection et à l'incorporation, mais seuls 5 (15 %) contenaient une copie du carnet de santé.

Le statut vaccinal était disponible pour 15 sujets (45 %), à partir de la feuille récapitulative des vaccinations du livret médical (tab. I).

Un livret médical ne contenait pas de feuille récapitulative mais possédait une photocopie du carnet de santé.

Le statut de 4 sujets (12 %) a été recueilli de manière erronée (3 sujets initialement étiquetés « zéro dose » alors qu'ils en avaient reçu une et 1 sujet étiqueté « une dose » sans preuve), en raison d'une feuille récapitulative mal renseignée. Ces erreurs ont pu être rectifiées à partir des pièces jointes au livret (copie du carnet de santé ou dossiers de sélection et d'incorporation) lors de la vérification à une semaine.

Au moment de leur convocation pour vaccination, deux sujets (6 %) sans mention de statut vaccinal dans leur livret ont justifié d'une vaccination et quatre sujets (12 %) ont justifié d'un antécédent de rougeole maladie en apportant leur carnet de santé.

Ainsi, 4 sujets (12 %) avaient un antécédent de rougeole maladie, 6 (18 %) pouvaient justifier de deux doses de vaccin RRO, 14 (42 %) pouvaient justifier d'une dose et 13 (39 %) ne pouvaient justifier d'aucune dose (tab. II).

La couverture vaccinale à deux doses des sujets contacts était de 18 % (6/33) et la couverture à une dose de 61 % (20/33).

Après exclusion des sujets avec antécédent de rougeole, le nombre de sujets devant bénéficier d'une vaccination était de 23 (10 devant recevoir 2 doses et 13 devant recevoir 1 dose).

Mise en œuvre de la vaccination

Sur les 33 sujets contacts identifiés, 29 (88 %) ont pu être convoqués dans les 72 h suivant l'éruption du cas index et 4 (12 %) après ce délai (car ils étaient en permission hors de la garnison).

Sur les 23 personnels ciblés par la vaccination, 4 ont été vaccinés dès l'après-midi du 8 juillet (jour du diagnostic du cas) et 15 lors de leur convocation au CIS le lendemain, avec leur carnet de santé.

Tableau I. Statut vaccinal des sujets contacts renseigné par le service médical d'unité à la phase initiale de l'investigation et après vérification (n=33).

	2 doses documentées	1 dose documentée	Aucune dose documentée	Antécédent documenté de rougeole	% de sujets documentés
Évaluation initiale	6	9	18	0	45 %
Après vérification	6	13	10	4	70 %
Nombre de sujets initialement mal classés	0	1	5	4	-

Tableau II. Statut vaccinal et vaccination de rattrapage des sujets contacts en fonction de leur année de naissance (n=33).

	Année de naissance	Antécédent documenté de rougeole	1 dose documentée	2 doses documentées	Aucune dose documentée
Sujets identifiés	<1980	2	2	0	8
	≥1980	2	11	6	2
Sujets vaccinés (1 dose reçu au moment du rattrapage)	<1980	0	2*	0	7
	≥1980	0	9	0	1

*** Sujets vaccinés par excès si l'on se réfère à l'algorithme de vaccination face à un cas isolé de rougeole.**

La proportion de sujets vaccinés parmi l'effectif cible pour la première dose était donc de 83 %.

Après l'organisation du rattrapage, 29 des 33 contacts (88 %) pouvaient être considérés comme protégés (même partiellement) contre la rougeole dans les 72 heures suivant le début de l'éruption du cas index (4 sujets immunisés par la maladie, 21 sujets ayant atteint deux doses de RRO et 8 sujets ayant bénéficié d'une dose).

Les 4 permissionnaires (17 %) n'ont pas bénéficié de la vaccination immédiate : deux avaient reçu une dose par le passé, deux n'en avaient eu aucune.

Aucun autre cas de rougeole n'est survenu dans les suites de cet épisode au BMPM.

En appliquant l'algorithme de vaccination autour d'un cas isolé, 21 sujets au lieu de 23 auraient été ciblés :

– 11 sujets nés depuis 1980 avec 1 dose documentée, devant bénéficier d'une dose ;

– 8 sujets nés avant 1980 sans dose documentée, devant bénéficier d'une dose ;

– 2 sujets nés depuis 1980 sans dose documentée, devant bénéficier de deux doses.

Deux sujets nés avant 1980, avec 1 dose documentée, peuvent être considérés comme vaccinés par excès au cours de notre rattrapage.

Sur les 10 sujets sans dose documentée qui devaient initialement bénéficier d'un rappel à 1 mois (mise à jour pour atteindre deux doses selon l'algorithme autour de cas groupés), l'application de l'algorithme autour d'un cas isolé n'en ciblait plus que deux nés depuis 1980.

Les 8 nés avant 1980 n'ont donc pas bénéficié du rappel.

Il apparaît que les 4 permissionnaires ayant échappé à la vaccination dans les 72 heures étaient aussi ciblés par l'algorithme à appliquer autour d'un cas isolé (3 devant bénéficier d'une dose et 1 de deux doses).

Discussion

Retour d'expérience de notre prise en charge

Vérification du statut vaccinal

L'organisation d'un rattrapage vaccinal impose la vérification du statut vaccinal et des antécédents des sujets contacts. La seule donnée sur laquelle peuvent se reposer les médecins du SMU est le livret médical des sujets contacts.

Lors de l'évaluation initiale par les médecins du SMU, quatre erreurs de lecture ont été commises.

Nous ne pouvons qu'insister sur la rigueur dont doit faire preuve le rédacteur du livret médical lors de l'incorporation. Deux feuillets récapitulatifs de vaccination étaient ainsi mal renseignés, faisant penser que les personnels n'avaient jamais eu d'injection, alors que cela avait été le cas, et que les preuves se trouvaient dans le livret médical (photocopie de carnet de santé et dossier médical de sélection).

Pour six autres sujets, les livrets ne contenaient aucune notion de vaccination ou d'antécédent de rougeole maladie alors qu'ils pouvaient être considérés comme immunisés, ce qu'ils ont pu prouver en apportant leur carnet de santé au médecin chargé du rattrapage vaccinal, évitant ainsi une vaccination par excès.

Pour 85 % des sujets contacts, les livrets médicaux ne contenaient pas de photocopies du carnet de santé. Les recommandations officielles insistent pourtant sur la nécessité d'une telle preuve écrite et la pratique confirme la légitimité de cette attitude puisque de nombreux personnels sont ignorants de leurs antécédents ou confondent les maladies infantiles.

Devant la résurgence des maladies « infantiles », rougeole ou coqueluche (16, 17), l'intérêt de disposer, dès l'engagement, d'une photocopie du carnet de santé (vaccinations reçues et antécédents) dans le livret médical est réel et cette pratique devrait être étendue à toutes les unités.

Un biais majeur a également pu se glisser dans notre bilan des statuts vaccinaux. En effet, la fiche récapitulative des vaccinations (du type de celle de la Marine nationale), ainsi que le livret médical réduit utilisé en opérations extérieures, ne contiennent pas l'item « Rougeole » mais « Rubéole » et l'habitude a été prise d'y reporter les vaccinations RRO.

Pour deux de nos sujets contacts, la vérification par le carnet de santé nous a permis de nous rendre compte qu'ils avaient reçu une dose de RUDIVAX (anti-rubéole) en plus d'une vaccination anti-rougeoleuse, sans justification médicale, d'autant plus qu'ils étaient de sexe masculin.

Rien ne nous prouve que pour certains patients la confusion n'ait pas été faite par le passé entre ces deux vaccinations par les rédacteurs.

Notons que l'intérêt d'une vaccination anti-rubéoleuse pour les hommes est discutable et favorise la confusion.

Il est donc urgent devant l'épidémie actuelle de modifier notre fiche récapitulative vaccinale en faisant le distinguo entre vaccinations anti- « rougeole », « oreillons » ou « rubéole ».

Le risque de confusion devrait toutefois s'amoindrir en raison de la suppression, depuis mai 2011, du vaccin monovalent rubéoleux atténué au catalogue des approvisionnements du service courant (18).

Organisation du rattrapage

Le choix de la projection vers le CIS d'une équipe médicale nous a permis d'atteindre un taux de réponse à la convocation élevé (88 %). Lors d'une épidémie de rougeole au sein du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice (19), ce taux était de 69 % et de 74 % lors d'une épidémie de coqueluche au sein d'un CIS de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris (16), unité comparable en termes de missions et de statuts. Ces deux institutions avaient fait le choix de convoquer les contacts dans les services de médecine du personnel pour effectuer les vaccinations de rattrapage.

Gestion épidémiologique

La survenue d'un cas de rougeole au sein d'une unité doit entraîner un message d'alerte au CESPA, qui supervise la gestion de l'épisode (2), une déclaration au MEH et le renseignement d'une fiche spécifique de déclaration (D7).

Dans notre cas, le message d'alerte n'a pas été envoyé dans les suites immédiates de l'événement en raison de contraintes opérationnelles (cas survenu durant un week-end durant lequel le BMPM avait effectué un grand nombre d'interventions). Cette alerte aurait permis de gérer cette situation de concert avec les épidémiologistes et d'éviter certaines erreurs dans notre prise en charge. En effet, au cours de cet épisode, l'algorithme de vaccination autour de cas groupés a été appliqué, plus simple à mettre en œuvre dans l'urgence mais aboutissant à la vaccination par excès de deux militaires.

La rougeole, actualité et risques

Organisation d'une vaccination de masse et enjeux

Le faible taux de couverture vaccinale RRO dans le CIS lors de la survenue du cas (6 % à 2 doses et 18 % à 1 dose) interpelle sur l'impact et l'application du programme de vaccination proposé par le SSA.

Les recommandations du SSA pour le nombre de doses à atteindre se basent sur les recommandations civiles, les spécificités militaires portant sur la chronologie du rattrapage en fonction des postes occupés. Ainsi, en 2011, le programme de vaccination ciblait les personnels désignés pour servir outre-mer, en opérations extérieures (OPEX) et en affectation embarquée, les incorporés, les femmes en âge de procréer, les personnels soignants et les pompiers. Les personnels non concernés seraient alors vaccinés progressivement à partir de 2012 (11).

Ce programme de vaccination, touchant directement le BMPM, s'est traduit par une vérification du statut vaccinal (avec rattrapage ou rappel éventuel dans la foulée), à l'occasion de la Visite systématique annuelle (VSA) à compter de mai 2011.

Cette solution a été préférée à une campagne active de vaccination du fait du faible nombre de personnels médicaux en regard de l'effectif élevé du Bataillon, plus grosse unité de la Marine nationale (2 450 marins-pompiers), de la dissémination géographique des CIS et des contraintes opérationnelles.

Les enjeux de la vaccination sont réels. Bénigne dans l'inconscient collectif, la rougeole peut cependant être mortelle : 2 décès sont survenus en France en 2010 et 6 entre le 1er janvier et le 20 mai 2011 (1). Les complications sont multiples (6) : surinfections pulmonaires, neurologiques (souvent avec des séquelles, notamment pour l'encéphalite) ou ophtalmologiques (kératites essentiellement).

La moyenne d'âge des 33 cas contacts, 30 ans, est dans la tranche 20-30 ans qui représente 38 % des cas déclarés au niveau national et 46 % des adultes hospitalisés (8). Dans cette tranche d'âge, 22 % des cas avaient déjà reçu une dose (comme 39,5 % de notre échantillon) prouvant qu'une seule dose n'est pas suffisante pour acquérir une immunité protectrice. Le jeune âge des marins-pompiers est en lui même un facteur de risque accru ; faisant partie et étant au contact d'une population mal vaccinée, ils peuvent également être parents de jeunes nourrissons à risque de rougeole grave.

L'information des Marins-Pompiers et de leurs familles via la diffusion des documents officiels du ministère de la Santé (20) entre dans le rôle de médecine de prévention dévolu au SMU, véritable relais au niveau local de la politique nationale d'éradication de la rougeole.

Hautement contagieuse, la rougeole est une menace de santé publique pour les armées en général et le BMPM en particulier, du fait de sa localisation géographique et de ses missions.

En effet, le Sud-Est (Provence-Alpes-Côte d'Azur et surtout Rhône Alpes) présentait au 20 mai 2011 le taux d'incidence le plus élevé de France (plus de 30 cas pour mille habitants) (1). Dès 2003, la région Provence-Alpes Côte d'Azur a été repérée comme présentant des disparités de la couverture vaccinale à l'origine de flambées épidémiques, ce qui a entraîné la mise en place d'un plan d'action national en 2005 (9).

Enfin, la mission de secours aux victimes expose les marins-pompiers au risque de contagion (comme le prouve notre cas), avec un risque de propagation au retour d'intervention par la vie en collectivité et les contacts rapprochés en découlant (chambres de garde, réfectoire, sport).

Le BMPM face au risque épidémique

Le BMPM devient également, de fait, lui-même, un vecteur de transmission, au travers de ses missions au contact de la population marseillaise (110 000 interventions par an). Le cas observé dans notre travail pourrait ainsi être qualifié de cas à transmission « nosocomiale », ou tout du moins associé aux soins.

Certes l'origine de la contamination n'a pas été établie avec certitude. L'interrogatoire du cas index relève le transport d'un enfant dans les sept jours précédant la phase d'invasion, avec un tableau d'éruption cutanée fébrile. Le diagnostic posé aux urgences pédiatriques sera celui de « décharge bactérienne en rapport avec une otite moyenne aiguë », mais cependant aucun prélèvement bactériologique ne s'est positivé et la sérologie rougeole n'a pas été demandée à l'admission. Le retard au diagnostic est pourtant souvent relevé dans les cas de rougeole (21).

L'épidémie de rougeole avec transmissions nosocomiales qui a touché en 2008 le CHU de Nice (19), prouve qu'une telle situation est possible. Le retour d'expérience tiré de cet épisode devrait nous inciter à fournir une information aux Marins-Pompiers affectés aux Véhicules Sanitaires de Secours à Victimes sur la symptomatologie de la rougeole ainsi que d'étudier un éventuel renforcement des mesures d'isolement respiratoire qui pourrait aller jusqu'à l'isolement respiratoire de principe par masque, de tout exanthème fébrile, dès le pré-hospitalier. Dans notre cas, aucune recherche ou information n'a été faite par l'ARS en direction des civils qui ont été au contact des personnels du VSAV du malade.

Notons pour conclure que la mission de secours à victimes se fait au profit de personnes fragiles, plus sensibles aux complications rougeoleuses.

Conclusion

L'objectif national d'élimination de la rougeole pour 2010 (9) n'a clairement pas été atteint, comme le prouve la recrudescence des cas, des hospitalisations et des complications.

La population des militaires, par leur jeune âge et leur mode de vie en collectivité, est exposée à un risque élevé de contamination ou de complications. Les enjeux de Santé Publique pour les autorités civiles ou militaires sont donc convergents.

Devant cet état de fait, les médecins d'unité ont leur rôle à jouer. Ils doivent s'informer sur cette maladie au tableau variable, ne pas hésiter à évoquer ce diagnostic, connaître les conduites à tenir et être vigilants sur le statut vaccinal de leurs patients. Leur rôle de médecin de prévention devrait les inciter à relayer auprès des militaires et de leurs familles les messages de Santé publique édités par le ministère de la Santé.

Enfin, la bonne connaissance des procédures de signalement facilite la participation active à la veille épidémiologique, maillon essentiel dans la lutte contre les maladies transmissibles.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt avec les données citées dans le texte.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. L'épidémie de rougeole explose, entraînant une augmentation des hospitalisations et des formes sévères. Point presse du 23 mars 2011 de l'Institut national de veille sanitaire disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/dossier-de-presse-rougeole.html, consulté le 12 novembre 2011.
2. Mayet A, Verret C, Haus-Cheymol R, Duron S, De Laval F, Imbert P, et al. Recrudescence de la rougeole dans les armées françaises en 2010 : résultats de la surveillance épidémiologique. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2010;47:484-8.
3. Mayet A, Verret C, Haus-Cheymol R, Duron S, De Laval F, Imbert P, et al. Resurgence of measles in the French military forces in 2010. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011;30:1023-6.
4. Duron S, Mayet A, Verret C, Haus-Cheymol R, De Laval F, Bouaiti EA, et al. Recrudescence de la rougeole dans les armées françaises, 2010-2011 : résultats de la surveillance épidémiologique. Journée EPITER. 17 juin 2011.
5. Aide-mémoire de l'Organisation mondiale de la santé disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/index.html, consulté le 5 novembre 2011.
6. Collège des Universitaires de Maladies infectieuses et tropicales. E. Pilly 2008. Chapitre Rougeole. 499-501. Paris : Vivactis Plus;2008
7. Parent du Châtelet I, Lévy-Bruhl D. Surveillance de la rougeole en France. Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie. Institut national de veille sanitaire. 2003. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rougeole_071204/rapport_rougeole.pdf, consulté le 13 septembre 2011.
8. De Laval F, Simon F, Haus R, Spiegel A. Lesser long-term immunogenicity of mumps valence after MMR vaccine. Pediatr Infect Dis J 2010; in press
9. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2011; 22 mars 2011 n° 10-11:101-156. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2011/10_11/index.htm
10. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rougeole/plan_national.htm, consulté le 13 septembre 2011.
11. Institut de veille sanitaire. Couverture vaccinale rougeole. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Couverture-vaccinale-rougeole, consulté le 13 septembre 2011.
12. Calendrier vaccinal dans les armées 2011 : Note n°2202/DEF/DCSSA/AST/BERS/EPID du 17 décembre 2010, mis à jour par la note n°1048/DCSSA/AST/BERS/EPID du 17 mai 2011.
13. Calendrier vaccinal dans les armées 2012 : Note n°719/DEF/DCSSA/AST/BERS/EPID du 28 avril 2012.
14. Circulaire DGS/SD5C/2005/303 du 4 juillet 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.
15. Bulletin de rétro-information du CESPA antenne Marseille, semaine 13. Document n°138/IMTSSA/DESP/US2E du 8 avril 2011.
16. Nielly H, Bignand M, Babouraj N, Beaunoir P, Carpentier J-P. Épisode épidémique de coqueluche à la Brigade de Sapeurs-pompiers de Paris : difficultés de prise en charge. Médecine et Armées 2010;38:397-403.
17. Mayet A, Brossier C, Haus-Cheymol R, Pommier de Santi V, Verret C, Decam C, et al. Results of pertussis surveillance in French military forces, 2007-2009: increasing reported incidence among young adults. Journal of infection 2011;62:322-4
18. Lettre n° 988/DCSSA/ADT/BERS/EPID du 5 mai 2011.
19. Sillam F, Cua E, Faudeux D, Peloux-Petiot F, Negre A, Six C, et al. Investigation d'une épidémie de rougeole avec transmission nosocomiale en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et dans la Principauté de Monaco, mars-mai 2008. Quels enseignements en tirer ? Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2009;39-40:424-6.
20. Raisons de se faire vacciner, Institut National de Veille Sanitaire, disponible sur : http://www.info-rougeole.fr/vaccination.html#0, consulté le 15 novembre 2011.
21. Bureau-Chalot F, Brodard B, Oud N, Touche S, Bajolet O, Abely M, De Champs C, Andréoletti L, Alsibaï A, Meffre C, Parent du Châtelet I, Lévêque N. Gestion d'une épidémie hospitalo-universitaire de rougeole au CHU de Reims, janvier-mars 2008. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2008;39-40:427-30.