

Bulletin 17/13

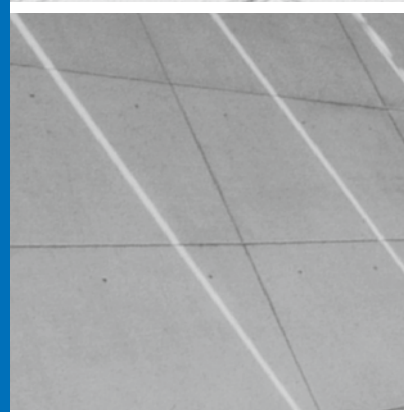
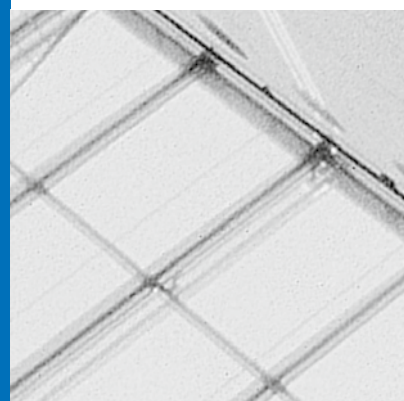
Office fédéral de la santé publique

accent sur la rougeole



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Editeur

Office fédéral de la santé publique
3003 Berne (Suisse)
www.bag.admin.ch

Rédaction

Office fédéral de la santé publique
3003 Berne
Téléphone 031 323 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

Impression

ea Druck + Verlag AG
Zürichstrasse 57
CH-8840 Einsiedeln
Téléphone 055 418 82 82

Abonnements, changements d'adresse

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
E-mail : verkauf.zivil@bbl.admin.ch
Téléphone 031 325 50 50
Fax 031 325 50 58

ISSN 1420-4266

Sommaire	
Maladies transmissibles	
Déclarations des maladies infectieuses	264
Statistique Sentinella	266
Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015	269
Bonne pratique de la déclaration de la rougeole	272
Epidémiologie récente et actuelle de la rougeole en Suisse	276
Vaccination contre la rougeole en Suisse en 2012: résultats d'une enquête nationale auprès de la population sur le thème de la rougeole	278
Vaccination contre la rougeole en Suisse: résultats du relevé des taux de vaccination cantonaux en 2011	284
L'essentiel en bref: Directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole	286
Protection des consommateurs	
Fortes expositions sonores chez les jeunes, lésions auditives chez les aînés	290
Stupéfiants	
Vol d'ordonnances	293
Campagne de communication	
Bien regardé, bien protégé.	295

Maladies transmissibles

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 15^{ème} semaine (16.04.2013)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en *italique* correspondent aux données annualisées: cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

^b N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

^c Femmes enceintes et nouveau-nés.

^d Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella: www.bag.admin.ch/sentinella.

^e La déclaration obligatoire de fièvre Q a été introduite le 1.11.2012.

^f Cas de la MCJ classique, confirmés et probables.

On renonce à présenter les données en détail, compte tenu du processus diagnostique qui peut durer jusqu'à deux mois. Le nombre de cas confirmés et probables durant l'année 2011 est de 10 et en 2012 de 9.

	Semaine 15			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2013	2012	2011	2013	2012	2011	2013	2012	2011	2013	2012	2011
Transmission respiratoire												
Tuberculose	8 <i>5.20</i>	7 <i>4.60</i>	7 <i>4.60</i>	37 <i>6.00</i>	23 <i>3.70</i>	46 <i>7.50</i>	502 <i>6.30</i>	555 <i>7.00</i>	541 <i>6.80</i>	146 <i>6.30</i>	130 <i>5.60</i>	155 <i>6.70</i>
Maladies invasives à méningocoques	1 <i>0.60</i>	4 <i>2.60</i>	1 <i>0.60</i>	7 <i>1.10</i>	7 <i>1.10</i>	6 <i>1.00</i>	40 <i>0.50</i>	72 <i>0.90</i>	58 <i>0.70</i>	21 <i>0.90</i>	27 <i>1.20</i>	29 <i>1.30</i>
Légionellose	6 <i>3.90</i>	3 <i>2.00</i>	2 <i>1.30</i>	14 <i>2.30</i>	7 <i>1.10</i>	9 <i>1.50</i>	297 <i>3.70</i>	262 <i>3.30</i>	277 <i>3.50</i>	63 <i>2.70</i>	52 <i>2.30</i>	38 <i>1.60</i>
Haemophilus influenzae: maladies invasives	1 <i>0.60</i>	2 <i>1.30</i>	1 <i>0.60</i>	6 <i>1.00</i>	4 <i>0.60</i>	12 <i>2.00</i>	86 <i>1.10</i>	81 <i>1.00</i>	98 <i>1.20</i>	30 <i>1.30</i>	27 <i>1.20</i>	42 <i>1.80</i>
Rougeole		1 <i>0.60</i>	39 <i>25.40</i>	1 <i>0.20</i>	6 <i>1.00</i>	148 <i>24.10</i>	65 <i>0.80</i>	381 <i>4.80</i>	362 <i>4.50</i>	11 <i>0.50</i>	13 <i>0.60</i>	313 <i>13.60</i>
Rubéole ^b	2 <i>1.30</i>			3 <i>0.50</i>		1 <i>0.20</i>	8 <i>0.10</i>	10 <i>0.10</i>	6 <i>0.08</i>	4 <i>0.20</i>	4 <i>0.20</i>	2 <i>0.09</i>
Rubéole materno-fœtale^c												
Virus influenza ^d	24 <i>15.60</i>	62 <i>40.40</i>	3 <i>2.00</i>	294 <i>47.80</i>	234 <i>38.10</i>	77 <i>12.50</i>	2962 <i>37.10</i>	1010 <i>12.60</i>	1671 <i>20.90</i>	2858 <i>124.00</i>	979 <i>42.50</i>	1507 <i>65.40</i>
Types et sous-types saisonniers												
Maladies invasives à pneumocoques	18 <i>11.70</i>	48 <i>31.20</i>	23 <i>15.00</i>	96 <i>15.60</i>	128 <i>20.80</i>	99 <i>16.10</i>	964 <i>12.10</i>	905 <i>11.30</i>	975 <i>12.20</i>	475 <i>20.60</i>	405 <i>17.60</i>	444 <i>19.30</i>
Transmission féco-orale												
Campylobacter	94 <i>61.20</i>	112 <i>72.90</i>	83 <i>54.00</i>	278 <i>45.20</i>	417 <i>67.80</i>	338 <i>55.00</i>	8233 <i>103.00</i>	8475 <i>106.10</i>	6780 <i>84.80</i>	1783 <i>77.40</i>	2115 <i>91.80</i>	1526 <i>66.20</i>
Salmonella typhi/paratyphi			1 <i>0.60</i>	3 <i>0.50</i>	1 <i>0.20</i>	2 <i>0.30</i>	26 <i>0.30</i>	30 <i>0.40</i>	36 <i>0.40</i>	6 <i>0.30</i>	7 <i>0.30</i>	4 <i>0.20</i>
Autres salmonelles	25 <i>16.30</i>	18 <i>11.70</i>	18 <i>11.70</i>	68 <i>11.10</i>	47 <i>7.60</i>	62 <i>10.10</i>	1288 <i>16.10</i>	1336 <i>16.70</i>	1221 <i>15.30</i>	271 <i>11.80</i>	258 <i>11.20</i>	235 <i>10.20</i>
Shigellen	3 <i>2.00</i>	3 <i>2.00</i>	1 <i>0.60</i>	13 <i>2.10</i>	9 <i>1.50</i>	6 <i>1.00</i>	197 <i>2.50</i>	162 <i>2.00</i>	229 <i>2.90</i>	53 <i>2.30</i>	32 <i>1.40</i>	43 <i>1.90</i>
E. coli entérohémorragique	1 <i>0.60</i>		1 <i>0.60</i>	4 <i>0.60</i>	1 <i>0.20</i>	5 <i>0.80</i>	62 <i>0.80</i>	71 <i>0.90</i>	34 <i>0.40</i>	13 <i>0.60</i>	9 <i>0.40</i>	9 <i>0.40</i>
Hépatite A			2 <i>1.30</i>	7 <i>1.10</i>	2 <i>0.30</i>	9 <i>1.50</i>	71 <i>0.90</i>	84 <i>1.00</i>	83 <i>1.00</i>	28 <i>1.20</i>	21 <i>0.90</i>	37 <i>1.60</i>
Listéria		1 <i>0.60</i>	1 <i>0.60</i>	3 <i>0.50</i>	6 <i>1.00</i>	6 <i>1.00</i>	37 <i>0.50</i>	52 <i>0.60</i>	66 <i>0.80</i>	12 <i>0.50</i>	13 <i>0.60</i>	10 <i>0.40</i>

▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

	Semaine 15			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2013	2012	2011	2013	2012	2011	2013	2012	2011	2013	2012	2011
Transmission par du sang ou sexuelle												
Hépatite B aiguë		1 <i>0.60</i>	1 <i>0.60</i>	2 <i>0.30</i>	4 <i>0.60</i>	4 <i>0.60</i>	65 <i>0.80</i>	76 <i>1.00</i>	61 <i>0.80</i>	14 <i>0.60</i>	21 <i>0.90</i>	17 <i>0.70</i>
Total des déclarations (B)	38	17	19	103	83	83	1488	1308	1141	416	373	337
Hépatite C aiguë		1 <i>0.60</i>			4 <i>0.60</i>	3 <i>0.50</i>	58 <i>0.70</i>	56 <i>0.70</i>	55 <i>0.70</i>	12 <i>0.50</i>	13 <i>0.60</i>	20 <i>0.90</i>
Total des déclarations (C)	50	30	29	133	124	91	1843	1397	1420	534	457	402
Chlamydia trachomatis	147 <i>95.70</i>	206 <i>134.10</i>	173 <i>112.60</i>	637 <i>103.60</i>	685 <i>111.40</i>	605 <i>98.40</i>	8246 <i>103.20</i>	7497 <i>93.80</i>	6975 <i>87.30</i>	2428 <i>105.30</i>	2408 <i>104.50</i>	2185 <i>94.80</i>
Gonorrhée	38 <i>24.70</i>	22 <i>14.30</i>	23 <i>15.00</i>	134 <i>21.80</i>	91 <i>14.80</i>	103 <i>16.80</i>	1691 <i>21.20</i>	1457 <i>18.20</i>	1230 <i>15.40</i>	507 <i>22.00</i>	384 <i>16.70</i>	353 <i>15.30</i>
Syphilis	15 <i>9.80</i>	13 <i>8.50</i>	17 <i>11.10</i>	103 <i>16.80</i>	86 <i>14.00</i>	80 <i>13.00</i>	1129 <i>14.10</i>	1022 <i>12.80</i>	1060 <i>13.30</i>	333 <i>14.40</i>	301 <i>13.10</i>	304 <i>13.20</i>
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Encéphalite à tiques		2 <i>1.30</i>	1 <i>0.60</i>		2 <i>0.30</i>	1 <i>0.20</i>	94 <i>1.20</i>	174 <i>2.20</i>	97 <i>1.20</i>	2 <i>0.09</i>	3 <i>0.10</i>	4 <i>0.20</i>
Paludisme	5 <i>3.20</i>	2 <i>1.30</i>	4 <i>2.60</i>	11 <i>1.80</i>	12 <i>2.00</i>	10 <i>1.60</i>	196 <i>2.40</i>	195 <i>2.40</i>	224 <i>2.80</i>	64 <i>2.80</i>	48 <i>2.10</i>	56 <i>2.40</i>
Chikungunya			1 <i>0.60</i>			1 <i>0.20</i>	3 <i>0.04</i>	4 <i>0.05</i>	6 <i>0.08</i>	2 <i>0.09</i>		2 <i>0.09</i>
Dengue	4 <i>2.60</i>	1 <i>0.60</i>	2 <i>1.30</i>	7 <i>1.10</i>	4 <i>0.60</i>	4 <i>0.60</i>	111 <i>1.40</i>	33 <i>0.40</i>	84 <i>1.00</i>	28 <i>1.20</i>	12 <i>0.50</i>	17 <i>0.70</i>
Infections à Hantavirus					1 <i>0.20</i>		7 <i>0.09</i>	1 <i>0.01</i>			1 <i>0.04</i>	
Fièvre jaune												
Brucella					1 <i>0.20</i>	1 <i>0.20</i>	5 <i>0.06</i>	7 <i>0.09</i>	6 <i>0.08</i>	2 <i>0.09</i>	1 <i>0.04</i>	2 <i>0.09</i>
Trichinella spiralis							1 <i>0.01</i>					
Tularémie		1 <i>0.60</i>			1 <i>0.20</i>		37 <i>0.50</i>	15 <i>0.20</i>	12 <i>0.20</i>		2 <i>0.09</i>	
Fièvre Q ^e				1 <i>0.20</i>			11 <i>0.10</i>			5 <i>0.20</i>		
Autres déclarations												
Botulisme												
Tétanos								1 <i>0.01</i>	1 <i>0.01</i>			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob ^f										2		

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Maladies transmissibles

Statistique Sentinella

Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu'au 12.04.2013 et incidence par 1000 consultations (N/10³)

Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

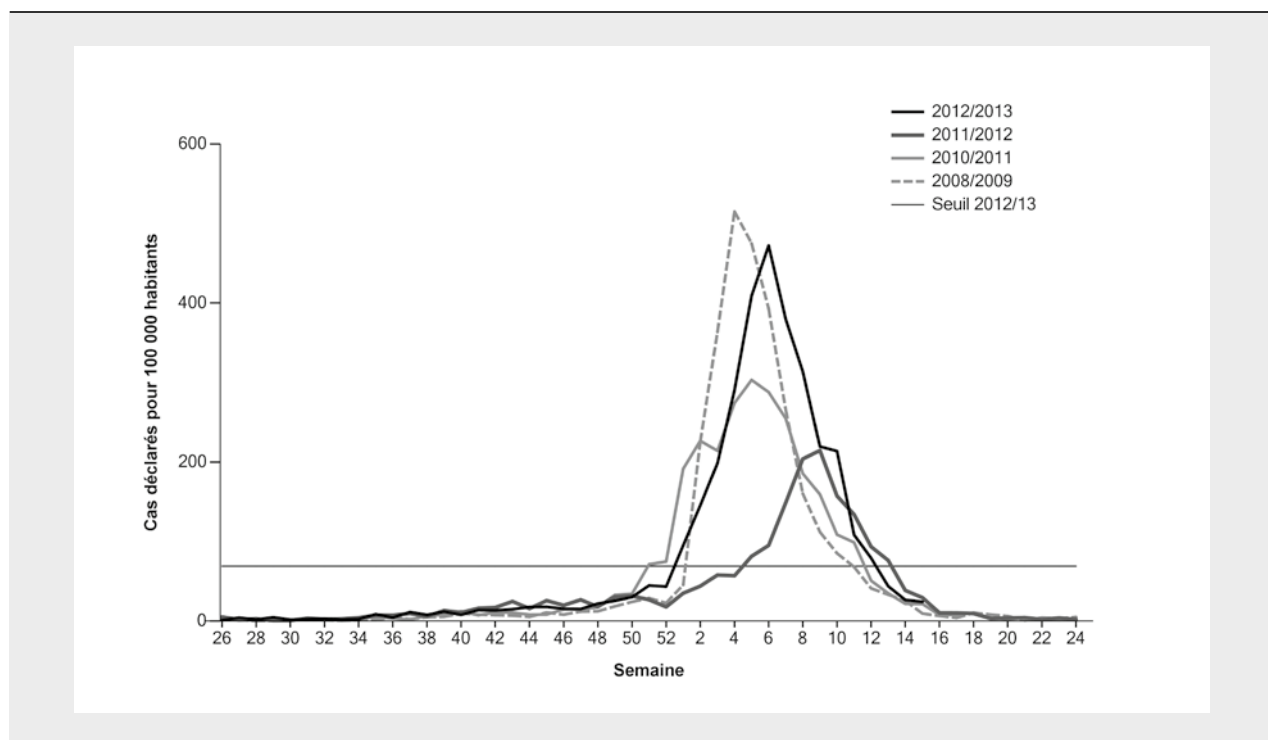
Semaine	12		13		14		15		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenza	140	9.8	71	5.8	37	3.5	34	3.3	70.5	5.6
Oreillons	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Otite moyenne	81	5.7	69	5.6	74	7.1	58	5.6	70.5	6.0
Pneumonie	10	0.7	11	0.9	10	1.0	13	1.2	11	0.9
Coqueluche	5	0.3	3	0.2	2	0.2	4	0.4	3.5	0.3
Médecins déclarants	154		150		134		125		140.8	

Données provisoires

Déclarations de suspicion d'influenza dans le système Sentinella

Grippe saisonnière

Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale, extrapolé pour 100 000 habitants



Déclarations de suspicion d'influenza (état au 16.04.2013)

Activité et virologie en Suisse durant la semaine 15/2013

Durant la semaine 15, 125 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 3,3 cas de suspicion d'influenza pour 1000 consultations. Ce taux restait similaire à celui de la semaine précédente (3,5 cas

pour 1000 consultations). Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence de 24 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants. Depuis deux semaines, à partir de la semaine 13/2013, l'incidence se situe au-dessous du seuil épidémique national¹. L'incidence était la plus élevée dans les classes d'âge des 15 à 64 ans (Tableau 1).

Les deux régions Sentinella «AG, BL, BS, SO» et «GR, TI» ont enregistré une activité grippale sporadique et les autres régions n'ont pas enregistré d'activité grippale (Ta-

¹ Le seuil épidémique national est calculé à l'aide des données épidémiologiques des 10 dernières saisons en Suisse et se situe à 69 cas de suspicion d'influenza pour 100 000 habitants pour la saison 2012/13.

bleau 1, Encadré). En Suisse, l'épidémie de grippe est donc finie.

Durant la semaine 15, le Centre National de Référence de l'influenza a mis en évidence des virus Influenza dans 27% des 15 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella, soit moins fréquemment que pendant la semaine précédente (38%). L'ensemble des virus détectés était du type Influenza A (Tableau 2). L'ensemble des 58 virus Influenza antigéniquement ou génétiquement analysés depuis la semaine 40/2012 – 36 Influenza A(H1N1)pdm09 et 22 Influenza A(H3N2) – correspondait aux souches du vaccin contre la grippe saisonnière 2012 [1]. En plus des virus Influenza B du lignage Yamagata, des virus Influenza B du lignage Victoria ont aussi rarement été mis en évidence; ces derniers ne sont pas inclus dans le vaccin 2012. Au total, la couverture des virus Influenza en circulation par le vaccin reste cependant bonne.

Activité et virologie en Europe et dans le monde durant la semaine 14/2013

Selon les indications du réseau de surveillance de la grippe OMS / Europe Influenza Surveillance (EuroFlu) [2] et du European Influenza Surveillance Network (EISN) [3], 37 des 46 pays qui ont fourni des données ont enregistré une intensité de l'activité grippale basse (dont l'Autriche, la France et l'Italie) et 9 pays une intensité moyenne (dont l'Allemagne). Par rapport à la semaine précédente, un de ces pays a enregistré une tendance à la hausse et 38 pays ont enregistré une tendance à la baisse. Quant à la répartition géographique, 4 des 46 pays qui ont fourni des données n'ont observé aucune activité grippale, 16 pays ont observé une activité sporadique (dont la France), 9 pays une activité locale (dont l'Italie), 9 pays une activité régionale (dont l'Allemagne et l'Autriche) et 8 pays une activité largement répandue. Le seuil épidémique n'était plus atteint dans 18 des 20 pays qui ont fourni un seuil. La plupart des pays d'Europe ont dépassé le pic de la vague grippale.

En Europe, des virus Influenza ont été mis en évidence dans 30% des 751 échantillons sentinelles testés. Par rapport à la semaine précédente, la proportion des échantillons positifs

Tableau 1
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge et de la région pour 100 000 habitants durant la semaine 15/2013

Incidence	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Activité grippale Classification, tendance
Incidence par âge		
0–4 ans	0	–
5–14 ans	11	–
15–29 ans	35	–
30–64 ans	32	–
≥ 65 ans	9	–
Incidence par région Sentinella		
Région 1 (GE, NE, VD, VS)	28	pas d'activité, –
Région 2 (BE, FR, JU)	3	pas d'activité, –
Région 3 (AG, BL, BS, SO)	17	sporadique, –
Région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)	29	pas d'activité, –
Région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH)	13	pas d'activité, –
Région 6 (GR, TI)	88	sporadique, –
Suisse	24	sporadique, –

Tableau 2
Virus Influenza circulant en Suisse et en Europe
Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées depuis la semaine 40/2012

	Semaine actuelle	Semaines cumulées
Suisse durant la semaine 15/2013		
Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons testés)	27 % (15)	57 % (998)
B	0 %	58 %
A(H3N2)	0 %	15 %
A(H1N1)pdm09	0 %	24 %
A non sous-typé	100 %	3 %
Europe durant la semaine 14/2013		
Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons testés)	30 % (751)	41 % (43035)
B	71 %	50 %
A(H3N2)	13 %	17 %
A(H1N1)pdm09	8 %	29 %
A non sous-typé	8 %	4 %

pour Influenza (33%) restait similaire et se situait entre 8% et 61% selon les pays (seulement pays avec plus de 20 échantillons). 71% des virus détectés étaient des Influenza B et 29% des Influenza A, surtout du sous-type A(H3N2) (Tableau 2). Les 2966 virus Influenza A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) caractérisés étaient antigéniquement similaires aux souches d'Influenza A du vaccin contre la grippe saisonnière 2012/13 [1]. 87% des 2178 virus Influenza B étaient des souches du lignage Yamagata, qui correspondaient antigéniquement à la souche d'Influenza B du vaccin. Au total, la couverture des virus en circulation par le vaccin est donc bonne. Un des 356 virus Influenza B testés

présentait une sensibilité réduite et dix des 593 virus Influenza A(H1N1)pdm09 testés une résistance à l'Oseltamivir, mais pas au Zanamivir. Aucun des 277 virus Influenza A(H3N2) testés ne présentait de résistance.

Les États-Unis [4] n'ont plus enregistré durant la semaine 14 qu'une activité grippale sporadique dans la plupart des États. 71% des virus grippaux détectés étaient des Influenza B et 29% des Influenza A, surtout du sous-type A(H3N2). Aux États-Unis, 89% des 2098 virus Influenza antigéniquement caractérisés depuis la semaine 40/2012 étaient couverts par le vaccin contre la grippe [1]. Deux des 463 virus Influenza A(H1N1)pdm09 testés, respectivement deux des

1785 virus Influenza A(H3N2) présentaient une résistance à l'Oseltamivir, mais aucun au Zanamivir. Aucun des 750 virus Influenza B testés ne présentait de résistance. ■

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Références

1. WHO, Recommended viruses for influenza vaccines for use in the 2012-2013 northern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2012_13_north/en/
2. WHO / Europe influenza surveillance (EuroFlu.org), www.euroflu.org
3. European Influenza Surveillance Network (EISN), European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), www.ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), www.cdc.gov/flu/weekly/

LA SURVEILLANCE SENTINELLA DE LA GRIPPE EN SUISSE

L'évaluation épidémiologique de l'activité grippale saisonnière est basée (1) sur les déclarations hebdomadaires de suspicion d'influenza transmises par les médecins Sentinella, (2) sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) à Genève et (3) sur tous les sous-types d'Influenza confirmés par les laboratoires soumis à la déclaration obligatoire.

Les typages effectués par le CNRI en collaboration avec le système de déclaration Sentinella permettent une description en continu des virus grippaux circulant en Suisse.

CLASSIFICATION DE L'ACTIVITÉ GRIPPALE

La classification de l'activité grippale se base (1) sur la proportion des médecins Sentinella qui ont déclaré des cas d'affections grippales et (2) sur la mise en évidence des virus Influenza au CNRI :

- *Pas d'activité : moins de 30% des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Aucun virus Influenza n'a été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle.*
- *Sporadique : moins de 30% des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle.*
- *Répondue : 30 à 49% des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.*
- *Largement répondue : 50% et plus des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.*

Ce n'est que grâce à la précieuse collaboration des médecins Sentinella que la surveillance de la grippe en Suisse est possible. Cette dernière est d'une grande utilité pour tous les autres médecins, de même que pour la population en Suisse. Nous tenons donc ici à exprimer nos plus vifs remerciements à tous les médecins Sentinella!

Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015

En février 2009, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) constatait, dans un courrier adressé au directeur de l'OFSP, qu'il était important et nécessaire d'éliminer la rougeole en Suisse; elle réclamait la mise en œuvre de tous les moyens possibles à cet effet. En mars, par des interventions, le Parlement exigeait à son tour l'élaboration d'une stratégie nationale d'élimination de la rougeole. Le Conseil fédéral recommanda d'accepter toutes les interventions et le Parlement transmit la motion correspondante. Le Conseil fédéral était dès lors tenu de mettre au point une stratégie.

En Suisse, les stratégies touchant la prévention et la promotion de la santé sont généralement élaborées dans le cadre d'un vaste processus participatif. C'est le cas pour la stratégie d'élimination de la rougeole, à laquelle ont participé comme principaux partenaires: les cantons, avec la CDS, et l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS). D'autres acteurs du système de santé – également parties prenantes à la mise en œuvre – ont également été impliqués, par ex., la Fédération des médecins suisses (FMH), la SSP, le Forum Praxispédiatrie (FPP), un groupe de médecins scolaires et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).

Vision et objectifs de la stratégie d'élimination de la rougeole

Vision

La rougeole est éliminée de Suisse. La population est protégée contre cette maladie et ses complications. Et grâce à l'immunité de groupe, cette protection s'étend également aux individus ne pouvant se faire vacciner pour des raisons médicales.

Objectifs stratégiques

1. Il est durablement assuré en Suisse qu'au moins 95 % des enfants soient complètement vaccinés contre la rougeole avant l'âge de 2 ans.
2. Pour les cohortes nées en 1964 et après, la couverture vaccinale visée doit être atteinte au moyen de la sensibilisation et de la promotion de la vaccination de rattrapage.
3. Des informations fondées sur des preuves, factuelles et adaptées sont facilement accessibles pour tous les groupes de la population, notamment les parents, les écoles, les professionnels de la santé et les politiciens. Ces informations portent non seulement sur le vaccin ROR proprement dit, mais aussi sur l'engagement pris par la Suisse d'éliminer la rougeole.
4. Les parents des enfants non vaccinés sont informés des conséquences possibles de leur décision. Des incitations à une vaccination de rattrapage sont mises en place.
5. L'accès à la vaccination est facilité pour tous les groupes de la population. Les barrières financières ou autres sont éliminées.
6. Les disparités cantonales en matière de couverture vaccinale et de contrôle des flambées de rougeole sont réduites. L'efficacité et des résultats uniformes sur le plan national sont assurés, ainsi que l'endiguement rapide des flambées de rougeole.
7. Tous les acteurs impliqués, notamment dans le domaine de la santé, adhèrent à la stratégie et contribuent à sa mise en œuvre.

AXES D'INTERVENTION DE LA STRATÉGIE D'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE

Axe d'intervention 1 : engagement politique et soutien de tous les acteurs impliqués

Le comité pour l'élimination de la Rougeole

La résolution de septembre 2010 du comité régional de l'OMS pour l'Europe prévoit que les Etats membres constituent des comités nationaux chargés de la vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole. La Suisse met actuellement en place un comité national pour l'élimination de la rougeole, dont les membres devraient être nommés au premier semestre 2013 par le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Pendant la mise en œuvre de la stratégie nationale, le comité se focalisera sur le soutien politique et communicationnel. Il fera en sorte que ce soutien soit le plus large possible, notamment par des déclarations publiques et des contacts personnels avec les autorités politiques, les décideurs et les autres acteurs importants. Vers la fin de la mise en œuvre de la stratégie, un sous-groupe du comité répondant aux normes de l'OMS s'assurera que les objectifs auront été atteints.

Le comité sera constitué de 10 à 15 personnalités relevant des principaux domaines concernés, à savoir la santé publique, la formation, l'éthique, la politique, les loisirs et le sport.

En Suisse, le ROR étant pratiquement le seul vaccin utilisé pour vacciner contre la rougeole, on devrait observer simultanément une disparition de la rubéole et une nette régression des oreillons.

**Axe d'intervention 2 :
atteinte d'une couverture
vaccinale ≥95 % avec deux
doses à l'âge de 2 ans (mission
poursuivie après 2015)**

Un élément clé pour que l'élimination de la rougeole soit définitive est une couverture vaccinale, chaque année, d'au moins 95 % des enfants atteignant l'âge de 2 ans.

Les médecins

Les médecins jouent un rôle important dans la couverture vaccinale des enfants de 2 ans ; en raison des examens de prévention, les contacts avec le corps médical sont réguliers, en particulier pendant les deux premières années de vie. Il ressort d'une enquête menée à l'automne 2012 que les médecins ont une grande influence sur le comportement en matière de vaccination ; ils pourraient ainsi jouer un rôle essentiel en proposant aux parents, en temps voulu, la vaccination par le ROR. Afin de les y inciter, il est prévu de leur remettre un logiciel de soutien gratuit et, si possible, d'introduire une nouvelle position tarifaire pour le conseil en matière de vaccination.

Etablissements de formation

La rougeole se transmet facilement dans les crèches. Il faudrait donc contrôler systématiquement le statut vaccinal, d'abord à l'entrée dans une structure d'accueil collectif (et par la suite dans les établissements publics de formation) puis à intervalles réguliers, et, si nécessaire, recommander la vaccination. Il faudrait également informer les parents dès l'inscription que les enfants non vaccinés peuvent être exclus de la crèche pendant 21 jours en cas de flambée de rougeole, en raison de la présence de nourrissons non vaccinés. Ceux-ci ne sont protégés que si le personnel et les enfants plus âgés sont vaccinés. Les responsables de crèche doivent être incités à collaborer avec un médecin

réfèrent, car cela simplifie les contrôles du statut vaccinal et la mise en œuvre des mesures nécessaires face à un cas de rougeole.

Il faut également aborder la question du statut vaccinal au moment de l'entrée à l'école. Il est important de contrôler régulièrement le statut vaccinal des élèves et des enseignants ainsi que de proposer des vaccinations de rattrapage. Afin de simplifier l'accès au maximum, il serait intéressant de pouvoir administrer les vaccins sur place. Les enseignants et les enfants non immunisés peuvent aussi être exclus jusqu'à 21 jours de la crèche/de l'école lors d'un cas de rougeole.

Pour le personnel, le mieux serait de contrôler le statut vaccinal dès le début de la formation ou à l'embauche.

**Axe d'intervention 3 : accès
facilité et incitation au rattrapage
pour les personnes nées en
1964 et après (mesures jusqu'en
2015)**

Personnes potentiellement non protégées de la rougeole : toutes les classes d'âge depuis 1964 comprises
Pour atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole en Suisse, il faut combler les lacunes de la protection vaccinale accumulées depuis 30 ans et donc faire en sorte d'encourager et de faciliter l'accès à la vaccination ROR de rattrapage par des éléments structurels.

Dans la stratégie d'élimination de la rougeole, on part de l'idée que les personnes nées en 1963 ou avant ont certainement été en contact avec la rougeole et sont donc immunisées. Sont considérées comme non protégées celles qui sont nées en 1964 et après, qui ne sont pas vaccinées contre la rougeole ou seulement une fois, et qui n'ont jamais fait la maladie. Il faut donc, pour ce groupe d'âge, tirer parti de chaque contact avec le système médical pour contrôler le statut vaccinal et, au besoin, proposer une vaccination de rattrapage.

ROR : libération de la franchise de 2012 à 2015

La vaccination ROR a été libérée de la franchise pour la période 2013–2015. L'ordonnance sur l'as-

surance des soins a été adaptée au 1^{er} janvier 2013 de façon que la personne qui se fait vacciner n'ait plus à payer que la quote-part, soit quelques francs.

La vaccination ROR coûte, consultation comprise, entre 55 et 70 francs. Pour les personnes aux revenus modestes, ce coût est un obstacle majeur susceptible de les dissuader de se faire vacciner. L'exemption constitue de ce fait un élément important de la stratégie d'élimination de la rougeole.

**Axe d'intervention 4 :
communication et promotion**

La communication constitue un autre élément clé de la stratégie. La Confédération et les cantons sont en train de mettre au point une campagne médiatique sur trois ans et dotée d'un budget total de 6 millions de francs. Cette campagne s'adressera à la population suisse et aux étrangers résidant en Suisse. Le groupe cible principal comprend les adultes entre 18 et 50 ans. Au début de la campagne, il s'agira d'évoquer la maladie et la vaccination, et de sensibiliser les groupes cible. Le deuxième temps sera axé sur le contrôle du statut vaccinal. Enfin, dans un troisième temps, la population sera motivée et mobilisée pour la vaccination de rattrapage. La campagne devrait démarrer à l'automne 2013.

Une campagne nationale uniforme, mais des modalités variables selon les cantons

La campagne nationale sera présente dans toute la Suisse. Elle aura toutefois une structure modulaire, de façon que les cantons puissent utiliser certains éléments ou thèmes pour leur propre campagne. Cela permettra de répondre à la situation locale et d'adapter les efforts aux besoins existants dans les cantons, qu'ils aient une couverture vaccinale faible ou élevée.

**Axe d'intervention 5 :
contrôle des flambées uniforme
dans tout le pays**

En collaboration avec différents acteurs, notamment des médecins

cantonaux et des membres de la CFV, l'OFSP a rédigé un projet de « directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole » (jointes à ce Bulletin). Ces directives définissent le rôle et les tâches de tous les acteurs susceptibles d'intervenir lors d'une flambée de rougeole. Elles décrivent les processus et contiennent des recommandations concernant, par ex., le diagnostic. Mais le point essentiel est l'obligation pour tous les cantons de prendre les mêmes mesures dès l'instant où apparaît une suspicion de rougeole. Ces mesures sont valables pour les patients/patientes et pour les personnes non immunes qui sont en contact avec eux/elles. Ces dernières doivent se faire vacciner dans les 72 heures ; en cas d'impossibilité, elles sont tenues de rester 21 jours chez elles.

Répartition des rôles entre l'OFSP et les cantons

C'est le service du médecin cantonal du canton touché qui est chargé de mettre en œuvre ces mesures ; l'OFSP n'intervient que si la flambée de rougeole dépasse le cadre cantonal, voire national. Dans le cas d'une épidémie très étendue, touchant plusieurs cantons, l'office fournit régulièrement à ces derniers des évaluations de la situation. Il informe également la population via les médias et formule des recommandations. Dans des situations exceptionnelles ou lors d'une épidémie de grande ampleur, l'OFSP définit les mesures à prendre avec les cantons concernés et peut coordonner celles dont la mise en œuvre incombe à plusieurs d'entre eux. Les cantons, pour leur part, font rapport à l'OFSP des mesures qu'ils ont prises. Si le virus de la rougeole a été importé ou exporté via le trafic international de voyageurs, l'OFSP informe en outre ses partenaires étrangers.

La gestion des contacts joue un rôle fondamental dans le contrôle des flambées. Elle fonctionne déjà très bien dans certains cantons, ce qui a permis d'éviter des épidémies de rougeole plus importantes (p. ex., dans le canton de Genève début 2011).

Axe d'intervention 6 : surveillance adaptée aux objectifs

Les cas de rougeole doivent être repérés rapidement, confirmés par un test de laboratoire et déclarés dans les 24 heures au service du médecin cantonal compétent. C'est ainsi seulement que les mesures prévues pour le 5^e axe d'intervention peuvent être mises en œuvre. Différentes enquêtes permettent de mesurer la couverture vaccinale. Afin de compléter la base de données existantes, une enquête téléphonique nationale représentative, portant sur le statut vaccinal et sur l'attitude face à la vaccination contre la rougeole, a été menée à l'automne 2012. Cette enquête servira de point de départ pour la mise en œuvre de la stratégie et reflétera la situation initiale (baseline) pour les états des lieux ultérieurs.

Les données et les informations recueillies grâce à la surveillance et aux enquêtes serviront de base d'action à la fois pour les mesures, l'évaluation de ces mesures et la communication. ■

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Bonne pratique de la déclaration de la rougeole

Le renforcement de la surveillance de la rougeole constitue l'un des six axes stratégiques retenus en Suisse pour éliminer cette maladie. Une surveillance performante est nécessaire tant pour détecter les cas et prendre les mesures de contrôle, que pour suivre les progrès vers l'élimination et pour identifier les populations avec une immunité insuffisante. La déclaration des cas par les médecins et les laboratoires constitue l'étape initiale clé de cette surveillance : chaque cas compte et l'intervention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. C'est pourquoi la déclaration de toute suspicion clinique de rougeole (fièvre avec exanthème maculopapuleux et toux, rhinite ou conjonctivite) dans un délai de 24 heures est capitale. Cet article décrit le fonctionnement prévu de la déclaration de la rougeole, avec les tâches incombant à chaque acteur : médecin, laboratoire de microbiologie, médecin cantonal et Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il livre de plus quelques informations chiffrées sur le déroulement effectif de la déclaration en 2012.

Utilité de la déclaration de la rougeole

La déclaration aussi rapide et exhaustive que possible des cas de rougeole permet notamment :

- le dépistage précoce des cas et des flambées ;
- la prise de mesures de précaution dès l'apparition d'un cas sporadique, réduisant le risque de transmission et assurant la protection des populations à risque ;
- le suivi de l'incidence de la maladie, en particulier le suivi des progrès vers l'élimination, et l'identification de groupes à risque de maladie et de complications, afin d'ajuster la stratégie d'élimination en fonction des besoins ;
- l'évaluation de l'efficacité des recommandations vaccinales et le ciblage de régions ou de populations insuffisamment vaccinées ;
- l'information de la population et des acteurs de santé sur les flambées et l'évolution générale de l'incidence.

Déclaration obligatoire de la rougeole

Selon la Loi fédérale sur les épidémies www.admin.ch/ch/f/rs/c818_101.html et les ordonnances y

relatives, la rougeole est à déclaration obligatoire. Les tâches correspondantes des médecins, respectivement des laboratoires, des médecins cantonaux et de l'OFSP sont détaillées dans l'encadré.

Les médecins doivent déclarer dans un délai de 24 heures au médecin cantonal toute suspicion clinique de rougeole correspondant au critère de déclaration (fièvre avec exanthème maculopapuleux et toux, rhinite ou conjonctivite). Il est recommandé de faire confirmer au laboratoire toute suspicion (ou du moins toute suspicion sans lien épidémiologique connu avec un cas confirmé). Toutefois, les médecins n'attendent pas un éventuel résultat de laboratoire pour déclarer. Afin d'accélérer et de coordonner les mesures de contrôle de la maladie, il est recommandé aux médecins de signaler sans tarder par téléphone au médecin cantonal tout cas susceptible de générer une nouvelle flambée (cas apparemment sporadique, cas importé etc.). Le médecin cantonal transmet à l'OFSP dans les 24 heures les formulaires de déclaration de médecin.

Les laboratoires doivent déclarer dans un délai de 24 heures au méde-

cin cantonal et à l'OFSP tout cas avec un test positif pour la rougeole. La déclaration en parallèle des médecins et des laboratoires permet d'augmenter la sensibilité et la rapidité de l'alerte.

Tous les formulaires de déclaration sont téléchargeables sous www.bag.admin.ch/infreporting. L'adresse ainsi que les numéros de téléphone et de télécopie des services du médecin cantonal sont disponibles sous : www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/index.html?lang=fr (+ lien dans la colonne de droite).

Les médecins veilleront à remplir aussi complètement que possible les différentes rubriques de la déclaration complémentaire. L'envoi d'une déclaration ne doit toutefois pas être repoussée dans l'attente d'une information pas encore disponible. Ces informations sont utiles pour l'intervention autour du cas et pour la fiabilité de l'épidémiologie de la maladie en Suisse. Avoir le formulaire sous les yeux ou le remplir directement pendant la consultation permet de recueillir toutes les informations nécessaires. Il est particulièrement important de documenter la présence de tous les signes et symptômes contribuant à la définition clinique du cas, peu importe s'ils sont observés au cabinet ou connus par anamnèse.

Le statut vaccinal doit être rapporté en s'appuyant dans toute la mesure du possible sur un document (carnet de vaccination, dossier médical etc.). Afin de faciliter l'intervention du médecin cantonal, il est également important de bien documenter l'exposition (source, milieu, date) et une importation éventuelle, avec date de retour en Suisse, ainsi que la date de début de l'exanthème, déterminante pour fixer la période de contagiosité du malade. Le lieu de l'exposition permet également de classer le cas comme indigène ou importé, distinction capitale pour évaluer les progrès vers l'élimination de la rougeole.

L'identification complète, exacte et lisible du patient et du médecin sur l'ensemble des formulaires de déclaration facilite au médecin cantonal et à l'OFSP l'intervention et la gestion des déclarations, voire évite de dupliquer des cas. Les commandes d'exams de laboratoire

Tâches des différents acteurs dans le cadre de la surveillance épidémiologique de la rougeole et en particulier de sa déclaration obligatoire

Médecin (*cabinets, policliniques, services d'urgences et hôpitaux*)

- Déclarer rapidement et complètement toute suspicion clinique de rougeole répondant au critère de déclaration
 - o Critère de déclaration : fièvre avec exanthème maculopapuleux et toux, rhinite ou conjonctivite
 - o Délai : dans les 24 heures suivant la suspicion clinique (si possible immédiatement pour les situations nécessitant une intervention particulièrement urgente (crèche, cas contagieux dans un avion etc.) ; ne pas attendre les résultats de tests de laboratoire
 - o A qui : au médecin cantonal du canton de résidence du patient (de séjour si non résident)
 - o Comment : – éventuellement : formulaire de déclaration initiale (par fax, évent. courrier A), ou mieux
 - directement formulaire de déclaration complémentaire (par fax, évent. courrier A), ou
 - contact téléphonique, en particulier pour cas avec risque élevé de déclencher une flambée
- Assurer dès la première consultation la confirmation au laboratoire
 - o A tester : toute suspicion de rougeole (au moins toute suspicion sans lien épidémiologique connu avec un cas confirmé au laboratoire)
 - o Matériel et test : – frottis de gorge, pour mise en évidence d'ARN viral par RT-PCR, ou
 - sérum, pour mise en évidence d'anticorps IgM et IgG spécifiques de la rougeole
- Remplir exhaustivement la déclaration complémentaire du cas envoyée par le médecin cantonal (si ce formulaire n'a pas déjà été utilisé pour signaler le cas) et le lui renvoyer dans les 24 heures
- Collaborer avec le médecin cantonal pour l'investigation du cas et les mesures

Laboratoire

- Déclarer rapidement et complètement tout cas avec un test de laboratoire positif pour une rougeole
 - o Qui : le laboratoire obtenant un résultat positif (pas le laboratoire qui a sous-traité l'examen à un autre laboratoire)
 - o Critère de déclaration : – présence d'ARN viral (PCR)
 - présence d'anticorps IgM spécifiques de la rougeole
 - augmentation significative des anticorps IgG
 - isolement du virus de la rougeole
 - détection de l'antigène du virus de la rougeole (DFA)
 - o Délai : dans les 24 heures suivant la confirmation
 - o A qui : au médecin cantonal du canton de résidence du patient (de séjour si non résident ou du canton d'où provient la commande si pas d'adresse connue) ET à l'OFSP
 - o Comment : – formulaire de déclaration de laboratoire (par fax, évent. par courrier A), ou
 - tout formulaire ad hoc du laboratoire, pour autant que TOUTES les rubriques du formulaire officiel y figurent (par fax, évent. par courrier A)

Médecin cantonal

- Réceptionner et gérer les déclarations, les demandes complémentaires et les rappels
 - o Demander au médecin de remplir un formulaire de déclaration complémentaire si le cas a été signalé autrement
 - o Effectuer au besoin les rappels nécessaires
 - o Transmettre les déclarations de médecin à l'OFSP dans un délai de 24 heures (par fax ou courrier A)

- o Informer d'autres médecins cantonaux ou autorités sanitaires régionales d'un pays voisin, si nécessaire pour lutter contre la propagation
- Contacter le médecin déclarant pour :
 - o Demander des informations manquantes ou complémentaires, en particulier sur l'exposition du patient (au besoin, le médecin cantonal complètera la déclaration complémentaire avant de l'envoyer à l'OFSP)
 - o Organiser, si nécessaire, la confirmation du diagnostic par un examen de laboratoire, y compris le prélèvement d'au moins un échantillon par chaîne de transmission à fin de génotypage du virus (épidémiologie moléculaire)
 - o Demander si le patient ou le médecin connaissent d'autres cas
 - o Rechercher activement d'autres cas
- Indiquer sur la déclaration complémentaire si des mesures ont été prises pour lutter contre la propagation

OFSP

- Gérer la base de données centralisée et sécurisée des cas
 - o Saisie des déclarations, en les regroupant par cas
 - o Contrôle de qualité
 - o Classification des cas
- Gérer les rappels
 - o Envoi mensuel aux médecins cantonaux d'une liste de cas sans formulaire de déclaration complémentaire
 - o Demande de confirmation de résultat au laboratoire, lorsqu'un médecin a mentionné un examen de laboratoire en cours, pour un cas sans déclaration de laboratoire
- Contacter le médecin afin d'obtenir un échantillon adéquat pour le génotypage de certains cas
- Analyser les données et informer régulièrement sur la situation épidémiologique
- Communiquer mensuellement au bureau régional de l'OMS pour l'Europe les nouveaux cas (anonymes) de rougeole, et les résultats de laboratoire correspondants
- Evaluer régulièrement la performance de la surveillance

doivent donc aussi contenir ces informations.

L'incidence des suspicions cliniques de rougeole finalement écartées après investigation sert d'indicateur de performance de la surveillance, dans le contexte actuel d'élimination. Une incidence annuelle de ≥ 2 cas écartés par 100 000 habitants atteste que la (quasi) absence de déclarations reflète bien la situation épidémiologique et n'est pas due à une surveillance défaillante.

Exhaustivité et rapidité de la déclaration des cas de rougeole en 2012

Comme indicateur de disponibilité d'information sur les cas déclarés, nous avons retenu la proportion des cas pour lesquels les différents formulaires de déclaration étaient dis-

ponibles. Une déclaration initiale de médecin était disponible pour 27,1 % des 85 cas survenus en 2012 (y compris les cas écartés par la suite), une déclaration complémentaire pour 92,9 % et une déclaration de laboratoire pour 56,5 % (94,0 % pour les seuls cas confirmés microbiologiquement). 25,9 % des cas n'ont été déclarés que par une déclaration complémentaire et 5,9 % que par une déclaration de laboratoire. 50,6 % des cas rapportés comportent à la fois une déclaration complémentaire et une déclaration de laboratoire (84,0 % pour les seuls cas confirmés microbiologiquement).

Les cas de rougeole signalés aux autorités sanitaires sont donc globalement bien documentés à travers les formulaires idoines. Le rappel des formulaires manquants par le

médecin cantonal et l'OFSP y contribue. Les données ci-dessus confirment que les médecins préfèrent actuellement déclarer les cas directement au moyen du formulaire complémentaire, ce qui est bénéfique, tant que cela n'allonge pas le délai de déclaration. La comparaison de tous les résultats de PCR (positifs et négatifs) communiqués par un grand laboratoire avec les cas déclarés montre que de nombreux cas de rougeole négatifs au laboratoire ne sont pas déclarés par les médecins. Cela suggère que certains médecins attendent la confirmation de laboratoire avant de déclarer, ce qui fait perdre un temps précieux pour l'intervention, s'il s'agit bien d'une rougeole.

Les dates disponibles dans les déclarations de rougeole, dont depuis janvier 2012 la date de consul-

tation, permettent de calculer plusieurs indicateurs de rapidité des flux d'information. En 2012, la consultation est intervenue en général très tôt après le début de la maladie : durant la phase prodromique pour 10,7 % des cas, le jour même du début de l'exanthème pour 23,2 % des cas, le lendemain pour 30,4 % et 2–3 jours après pour 25,0 %. 81,4 % des échantillons sont prélevés à l'occasion de la première consultation, soit dans 76,6 % des cas durant les 3 jours suivant le début de l'exanthème. Globalement, l'OFSP a reçu la première déclaration de chaque cas assez longtemps après la consultation : le lendemain pour 4,9 % des cas, 2–3 jours après pour 8,2 %, 4–5 jours après dans 23,0 % et plus d'une semaine après pour 50,8 % des cas. Ce délai était toutefois plus court (mais inconnu de l'OFSP), pour les médecins cantonaux, qui reçoivent directement les déclarations des médecins. 52,6 % des déclarations initiales ont été remplies le jour même de la consultation. Cette proportion tombe à 14,8 % pour la déclaration complémentaire (souvent utilisée comme première déclaration). Pour seulement 24,6 % des cas une déclaration, quelle qu'elle soit, a été remplie le jour de la consultation (les signalements téléphoniques ne sont pas pris en compte ici). Pour la moitié des cas, il s'est déroulé 0–3 jours entre le prélèvement de l'échantillon et le remplissage de la déclaration de laboratoire. Il ressort de ces données que, contrairement à ce que prévoit la loi, la majorité des cas ne sont actuellement pas déclarés au médecin cantonal dans les 24 heures après la consultation ou le diagnostic microbiologique. L'OFSP exhorte les médecins et les laboratoires à déclarer les cas de rougeole dans ce délai. ■

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Epidémiologie récente et actuelle de la rougeole en Suisse

La rougeole circule encore en Suisse de manière endémique, avec des poussées épidémiques occasionnelles, de durée et d'intensité variable. La dernière d'entre elles, en 2011, a duré 9 mois, avec 687 cas déclarés. Avec 8 cas par million d'habitants, l'incidence pour l'année post-épidémique 2012 (66 cas) est restée supérieure à l'objectif opérationnel intermédiaire vers l'élimination, à savoir 5 cas par million à fin 2013.

Introduction

La rougeole est une maladie virale aiguë caractérisée par un prodrome de fièvre, malaise, toux, rhinite et conjonctivite, suivi par un exanthème maculopapuleux. Fortement contagieuse, la rougeole se transmet par gouttelettes et aérosols. L'incubation dure de 7 à 18 jours, jusqu'au début de la fièvre, et habituellement 14 jours jusqu'au début de l'exanthème. Un malade est considéré comme infectieux de 4 jours avant à 4 jours après le début de l'exanthème.

Habituellement bénigne ou modérément sévère, la rougeole peut néanmoins entraîner des complications et, rarement, le décès du malade. Durant l'épidémie de rougeole qui a sévi en Suisse de fin 2006 à l'été 2009, 220 cas déclarés avaient souffert d'une otite moyenne (5 % des cas), 176 (4 %) d'une pneumonie et 9 (0,2 %) d'une encéphalite. De plus, 341 (8 %) patients avaient été hospitalisés. La rougeole peut efficacement être prévenue par la vaccination.

En Suisse, la déclaration obligatoire individuelle des cas de rougeole par les médecins et les laboratoires a été introduite en 1999 (cf. l'article sur la bonne pratique de déclaration, dans ce numéro du Bulletin). Afin de permettre l'épidémiologie moléculaire, le laboratoire de référence régional de l'OMS pour la rougeole et la rubéole (Robert Koch Institut, Berlin), assure depuis 2003 le séquençage et le génotypage du virus de la rougeole pour une sélection de cas suisses confirmés par une PCR. Ces analyses sont aussi effectuées depuis 2008 par le laboratoire de virologie des hôpitaux universitaires de Genève, sur des échantillons provenant de Suisse romande.

Tendance générale

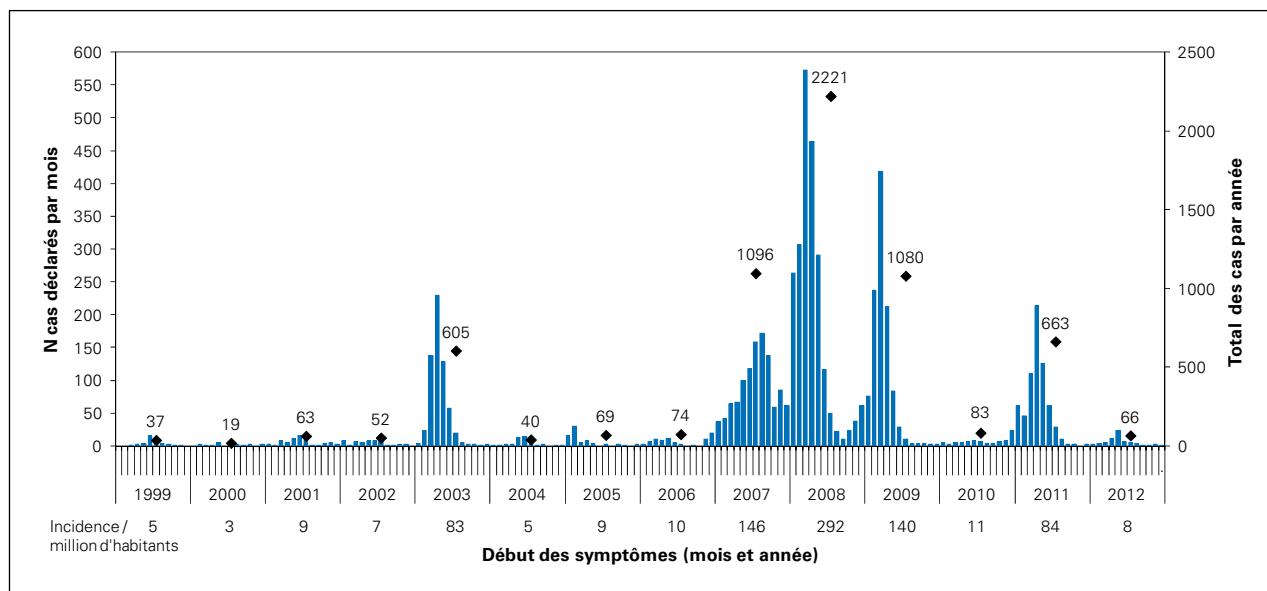
Selon les données de déclaration obligatoire, la rougeole se transmet en Suisse de manière endémique, avec des poussées épidémiques irrégulières, de durée et d'intensité très variables. Depuis 1999, trois poussées ont été enregistrées: en 2003, de fin 2006 à l'été 2009 et en 2011 (cf. figure). Inhabituellement longue, la poussée de 2006 à 2009 s'est manifestée en trois vagues successives, avec environ 4 400 cas déclarés au total, dont la moitié pour la seule année 2008 (292 cas / million d'habitants). Cette année-là, la Suisse avait enregistré 26,4 % du total des cas déclarés par 32 pays d'Europe occidentale et centrale [1]. Moins de 2 ans après, une nouvelle épidémie de moindre importance est survenue de décembre 2010 à août 2011 (687 cas). Environ dix fois moins de cas (66) ont été enregistrés en 2012. Cette dernière année, une dizaine de flambées très limitées (2 à 6 cas chacune) ont été enregistrées surtout au printemps dans six régions, pour un total de 32 cas. Les autres cas étaient des cas sporadiques, généralement sans exposition connue. De 19 à 83 cas annuels ont été déclarés durant les 9 années interépidémiques de la période 1999–2012, avec une incidence de 3 à 11 cas / million d'habitants. La tendance générale à la baisse de l'incidence de la rougeole observée durant 2 décennies de surveillance Sentinella (1986–2007) n'est plus si claire durant cette dernière décennie.

Evolution de l'âge et du statut vaccinal des cas

L'âge des cas tend à augmenter au cours du temps. Ainsi, l'âge médian était de 9 ans durant l'épidémie de 2003, de 11 ans durant celle de

2006–2009 et de 17 ans durant celle de 2011. Durant cette dernière, les enfants de moins de 5 ans constituaient seulement 9,5 % des cas, alors que les adultes de 20 ans et plus 37,6 %. Cette tendance s'est encore renforcée durant l'année interépidémique 2012, avec 43,9 % de cas âgés de 20 ans et plus. L'augmentation de l'âge des cas s'est accompagnée d'un lent accroissement de la proportion des patients hospitalisés: respectivement 6,6 %, 7,9 % et 10,1 % pour les trois épidémies, ainsi que 18,8 % en 2012. Elle s'est aussi accompagnée d'une augmentation de la proportion des cas avec un statut vaccinal (anamnestique ou documenté) inconnu (de 7,3 % en 2003 à 13 % en 2011 et à 12,5 % en 2012), le statut vaccinal des adultes étant particulièrement souvent mal connu. La proportion des cas vaccinés augmente modérément au cours du temps (de 6,5 % pendant l'épidémie de 2006–2009 à 10,5 % durant celle de 2011 et à 15,6 % en 2012). Cette tendance résulte de l'interaction de deux phénomènes jouant en sens contraires: d'une part, l'amélioration constante de la couverture vaccinale des enfants et des adolescents, qui tend à augmenter la proportion des vaccinés parmi les cas subsistant dans cette population, d'autre part, l'accroissement de la proportion des adultes parmi les cas, moins souvent vaccinés que les enfants. Les échecs vaccinaux concernent surtout des patients n'ayant reçu qu'une seule dose d'un vaccin contre la rougeole: de 1999 à 2012, 66,5 % des cas vaccinés avaient reçu une dose, 25,1 % deux doses ou plus et 8,4 % un nombre inconnu de doses. Les personnes non vaccinées constituent cependant toujours une proportion élevée des cas de rougeole (76,5 % durant l'épidémie de 2011). Durant l'épidémie de 2006–2009, il y avait à l'échelle des cantons une claire corrélation négative entre l'incidence de la rougeole et la couverture vaccinale à 2 ans avec deux doses d'un vaccin contre la rougeole [2]. L'absence de vaccination résulte souvent d'un choix parental ou personnel, notamment en lien avec le recours à des médecines alternatives (homéopathie et anthroposophie).

Tableau
Nombre mensuel et annuel de cas de rougeole déclarés et incidence annuelle par million d'habitants, Suisse, mars 1999 à décembre 2012.



Génotype des virus en circulation et exportations

Le génotype du virus de la rougeole est connu pour 239 cas résidant en Suisse déclarés de 2003 à 2012. Neuf génotypes différents ont été enregistrés (A, B3, D4–D9, G3). D'un à trois génotypes étaient associés à chacune des trois épidémies enregistrées ces 10 dernières années: D5 et D8 pour celle de 2003, D5 et dans une moindre mesure D4 et B3 pour celle de 2006–2009 et D4 pour celle de 2011. Les autres génotypes concernaient des cas sporadiques importés ainsi qu'un cas de rougeole vaccinale (génotype A). Seuls trois résultats sont disponibles pour 2012: deux D4, dont un D4-Manchester importé de Barcelone et l'autre d'origine inconnue, et un D8 chez une patiente rentrant de Malaisie. Le séquençage du virus associé à des données épidémiologiques a permis de confirmer des importations de rougeole, mais aussi des exportations ayant entraîné des flambées, comme par exemple en 2008 avec le génotype D5 au Baden-Württemberg [3], en Bavière [4], en Autriche [5], en France [6] et aux Etats-Unis [7, 8]. ■

Contact

Office fédéral de la santé publique
 Unité de direction Santé publique
 Division Maladies transmissibles
 Téléphone 031 323 87 06

Références

1. Muscat M, Bang H. Measles surveillance annual report 2008. Statens Serum Institut: EUVAC.NET. 2009. Consulté le 14.01.2013, www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles_report_2008_euvacnet.pdf
2. Large measles epidemic in Switzerland from 2006 to 2009: consequences for the elimination of measles in Europe. *Euro Surveill.* 2009;14(50):pii=19443.
3. Pfaff G, Mezger B, Santibanez S, Hoffmann U, Maassen S, Wagner U, et al. Measles in south-west Germany imported from Switzerland – a preliminary outbreak description. *Euro Surveill.* 2008;13(8):pii=8044.
4. Bernard H, Santibanez S, Siedler A, Ludwig MS, Hautmann W. An outbreak of measles in Lower Bavaria, Germany, January–June 2007. *Euro Surveill.* 2007;12(40):pii=3278.
5. Schmid D, Holzmann H, Abele S, Kasper S, König S, Meusburger S et al. An ongoing multi-state outbreak of measles linked to non-immune anthroposophic communities in Austria, Germany, and Norway, March–April 2008. *Euro Surveill.* 2008;13(16):pii=18838.

6. Noury U, Stoll J, Haeghebaert S, Antona D, Parent du Châtelet I. The investigation team. Outbreak of measles in two private religious schools in Bourgogne and Nord-Pas-de-Calais regions of France, May–July 2008 (preliminary results). *Euro Surveill.* 2008;13(35):pii=18961.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of measles – San Diego, California, January–February 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008; 57:203–6.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles – United States, January 1–April 25, 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008; 57:494–8.

Vaccination contre la rougeole en Suisse en 2012 : résultats d'une enquête nationale auprès de la population sur le thème de la rougeole

Une enquête nationale auprès de la population sur le thème de la rougeole a été réalisée en 2012. Elle consistait à relever les données relatives à la vaccination des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, à noter les arguments pour et contre la vaccination et les raisons de l'éventuel retard de celle-ci, et à évaluer les connaissances en matière de vaccination contre la rougeole et d'élimination de cette maladie. La couverture vaccinale avec une et deux doses était respectivement de 95 % et 89 % pour les enfants âgés de 2 ans, de 95 % et 90 % pour ceux de 3 à 16 ans, et de 93 % et 77 % pour les jeunes adultes de 20 à 29 ans. Elle est donc encore inférieure à l'objectif, à savoir 95 % pour deux doses chez les enfants de 2 ans. Des efforts conjoints pour réussir à éliminer la rougeole en Suisse sont nécessaires. Les pédiatres et les médecins de famille jouent là un rôle important ; aux dires des parents, ce sont principalement eux qui les incitent à vacciner leurs enfants dans les délais prévus.

Pour évaluer dans quelle mesure l'objectif de la stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015 sera atteint et se procurer les bases nécessaires à la planification et à la focalisation des différentes mesures, l'Office fédéral de la santé publique a commandé en 2012 une enquête nationale auprès de la population sur le thème de la rougeole. Cette enquête visait trois objectifs : relever ponctuellement le taux de vaccination des enfants de 2 ans et des enfants et des adolescents de 3 à 16 ans, ainsi que les données relatives à la vaccination chez les jeunes adultes (20 à 29 ans), pour lesquels il n'existait pas encore de données représentatives nationales ; préciser les raisons expliquant pourquoi la vaccination contre la rougeole était

réalisée dans les délais prévus ou en retard ou pourquoi elle n'était pas réalisée ; et évaluer les connaissances des parents et des jeunes adultes sur la rougeole et son élimination ainsi que leur attitude dans ce domaine.

METHODES ET RESULTATS

L'OFSP a confié l'enquête à des professionnels, qui ont réalisé des entretiens téléphoniques selon la méthode CATI (computer assisted telephone interview) au moyen de deux questionnaires distincts, l'un pour les parents d'enfants de 2 à 16 ans et l'autre pour les jeunes adultes. Ces entretiens ont été menés en allemand et en français, avec des

échantillons représentatifs destinés à permettre une comparaison entre la Suisse alémanique et la Suisse romande pour trois classes d'âge (2 ans, 3 à 16 ans et 20 à 29 ans). Les participants ont été tirés au sort sur une liste d'adresses comportant une indication de l'âge. Toutes les personnes sélectionnées ont reçu une lettre leur annonçant l'entretien téléphonique. Suite à l'entretien, elles étaient priées d'envoyer à l'OFSP leur carnet de vaccination (20 à 29 ans) ou celui de leurs enfants, soit par courrier électronique, soit par la poste au moyen d'une enveloppe préaffranchie et pré-adressée.

Au total, 3237 entretiens complets ont été réalisés. Parmi les personnes interrogées, 2342 ont envoyé après l'entretien leur carnet de vaccination ou celui de leurs enfants par la poste (copie 68,3 %, original 21,5 %) ou par courrier électronique (10,2 %), ce qui correspond à un taux de réponse de 72,4 % par rapport à l'ensemble des entretiens. Le tableau 1 montre la répartition par âge et par région linguistique.

Couverture vaccinale : renseignements téléphoniques et carnet de vaccination

Le taux de vaccination (≥ 1 dose) déterminé à partir des carnets de vaccination reçus était de 95,2 % pour les enfants de 2 ans, de 95,0 % pour ceux de 3 à 16 ans et de 93,0 % pour les adultes de 20 à 29 ans (tableau 2, figure 1). La couverture vaccinale ainsi calculée n'était pas significativement différente en Suisse alémanique et en Suisse romande. La comparaison des indications figurant dans les carnets de vaccination avec celles obtenues par l'entretien téléphonique avec les parents a montré

Tableau 1
Nombre d'entretiens par classe d'âge et par région linguistique

Classe d'âge		D-CH	F-CH	Total
2 ans	Entretiens	425	434	859
	dont avec carnet de vaccination	367 (86,4 %)	365 (84,1 %)	732 (85,2 %)
3–16 ans	Entretiens	494	461	955
	dont avec carnet de vaccination	414 (83,8 %)	389 (84,4 %)	803 (84,1 %)
20–29 ans	Entretiens	713	710	1423
	dont avec carnet de vaccination	433 (60,7 %)	374 (52,7 %)	807 (56,7 %)

Tableau 2
Taux national de vaccination contre la rougeole en Suisse, 2012

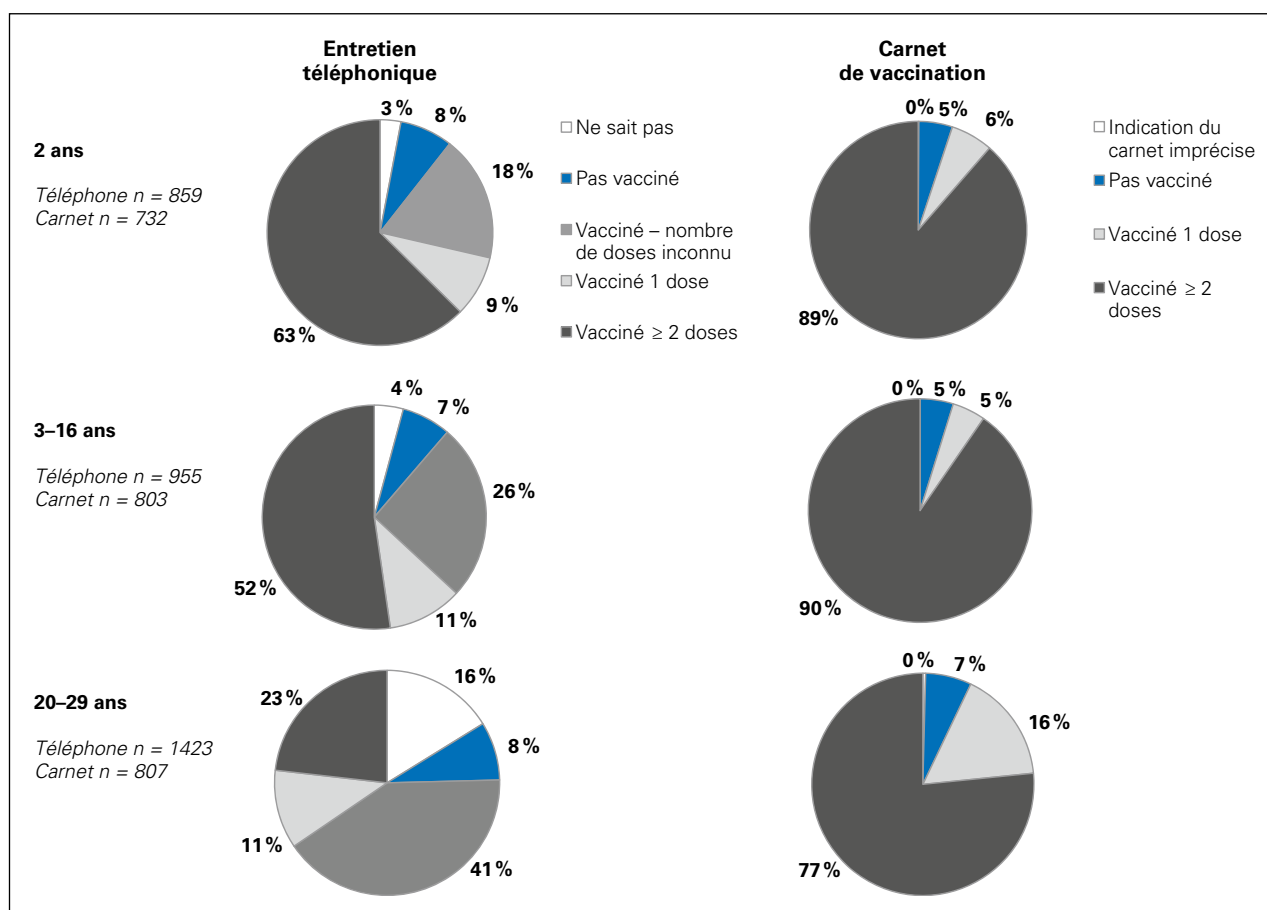
	Nombre de carnets de vaccination	Nombre de doses	National		D-CH		F-CH	
			%	95 % CI	%	95 % CI	%	95 % CI
2 ans	<i>n=731</i>	≥ 1	95,0	93,2–96,8	94,8	92,5–97,1	95,6	93,3–97,8
		2	88,7	86,1–91,3	88,4	85,1–91,8	89,4	86,3–92,6
3–8 ans	<i>n=313</i>	≥ 1	95,1	92,4–97,8	95,1	91,7–98,5	94,9	91,3–98,6
		2	92,5	89,2–95,7	92,1	88,0–96,2	93,6	89,5–97,7
9–16 ans	<i>n=490</i>	≥ 1	95,2	93,1–97,3	94,5	91,6–97,4	97,0	94,8–99,1
		2	88,8	85,6–91,9	86,9	82,6–91,2	93,2	90,0–96,4
20–29 ans	<i>n=804</i>	≥ 1	93,0	91,2–95,3	94,1	91,8–96,5	90,4	86,2–94,5
		2	77,0	73,5–80,4	77,3	73,1–81,5	75,7	70,6–80,8

que l'indication « vacciné » correspondait généralement à l'indication figurant dans le carnet (sur les 1392 enfants vaccinés d'après les indications téléphoniques, 1386 l'étaient réellement d'après le carnet de vaccination; la valeur prédictive du

renseignement téléphonique « vacciné » était de 99,3 %). En revanche, dans 27,8 % des cas, l'indication des parents selon laquelle leurs enfants n'étaient « pas vaccinés » ne correspondait pas à l'indication du carnet, selon lequel ils

étaient vaccinés (valeur prédictive du renseignement téléphonique « non vacciné » : 72,2 %). 16 % des jeunes adultes (20 à 29 ans) n'étaient pas capables d'indiquer leur statut vaccinal. Parmi ceux qui disaient être vaccinés et avaient

Figure 1
Statut vaccinal contre la rougeole: comparaison entre renseignements téléphoniques et indications du carnet de vaccination



envoyé leur carnet de vaccination, 96,8 % l'étaient réellement; par contre, l'indication « non vacciné » était erronée dans 44,4 % des cas (valeur prédictive du renseignement téléphonique « non vacciné » : 55,6 %) (figure 2).

Décision relative à la vaccination

La plupart des parents ont décidé eux-mêmes de faire vacciner ou de ne pas faire vacciner leur enfant contre la rougeole (père et mère ensemble : 72,4 %; un seul parent : 13,5 %). D'après les indications des parents, dans 10,5 % des cas, la décision a été prise par le pédiatre ou le médecin de famille seul. Ceux-ci ont joué un rôle prépondérant dans la décision plus souvent en Suisse romande (15,2 %) qu'en Suisse alémanique (8,8 %), et plus souvent pour les parents de nationalité étrangère (n = 250) (19,6 %) que pour les parents suisses (9,6 %).

Raisons de vacciner contre la rougeole

Les parents qui ont fait vacciner leur enfant contre la rougeole (n = 1616) ont cité comme principales motivations « protéger l'enfant contre la rougeole » (58,8 %) et « recommandé par le pédiatre » (48,2 %). La première motivation citée était plus importante que la seconde en Suisse alémanique (protection 61,2 %, recommandation médicale 46,4 %), tandis que les deux motivations étaient presque à égalité en Suisse romande (protection 52,3 %, recommandation médicale 52,9 %). Aucune des nombreuses autres raisons citées ne l'était par plus de 5 % des parents; au moins 1 % d'entre eux ont indiqué: « c'est une vaccination standard / tout le monde la fait » (3,1 %), « c'est bien de vacciner » (2,9 %), « elle est proposée avec d'autres vaccinations » (1,4 %), « recommandé par la famille / des amis » (1,1 %) et « pour protéger les autres » (1,0 %).

Raisons de vacciner tardivement ou de ne pas vacciner

D'après les renseignements téléphoniques donnés par les parents interrogés, 7,5 % (n = 64) des enfants de 2 ans et 6,8 % (n = 65) des enfants de 3 à 16 ans n'étaient pas vaccinés au moment de l'enquête.

Figure 2
Raisons de la vaccination tardive ou de l'absence de vaccination des enfants (2-16 ans)

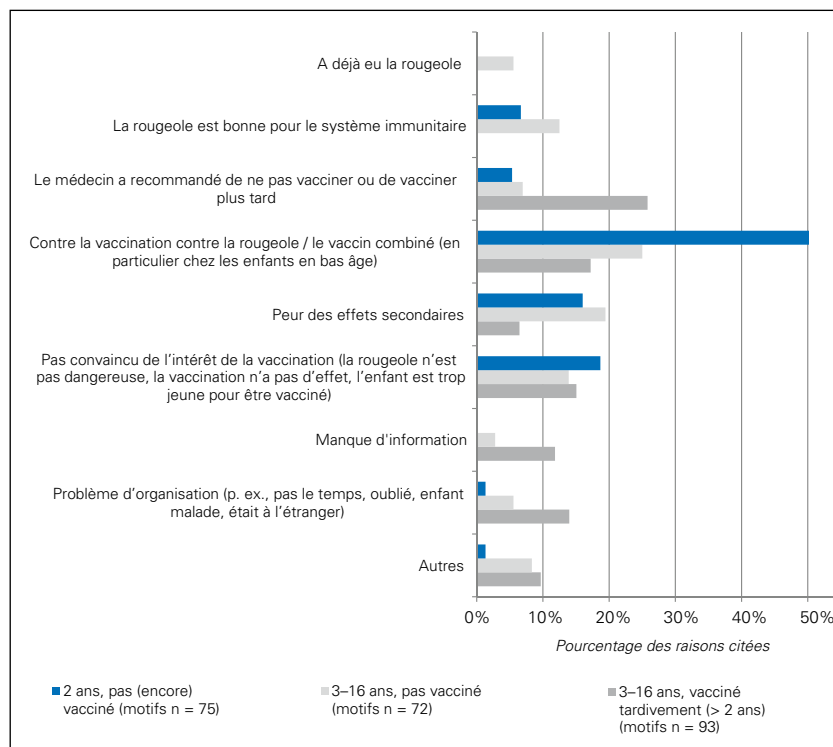
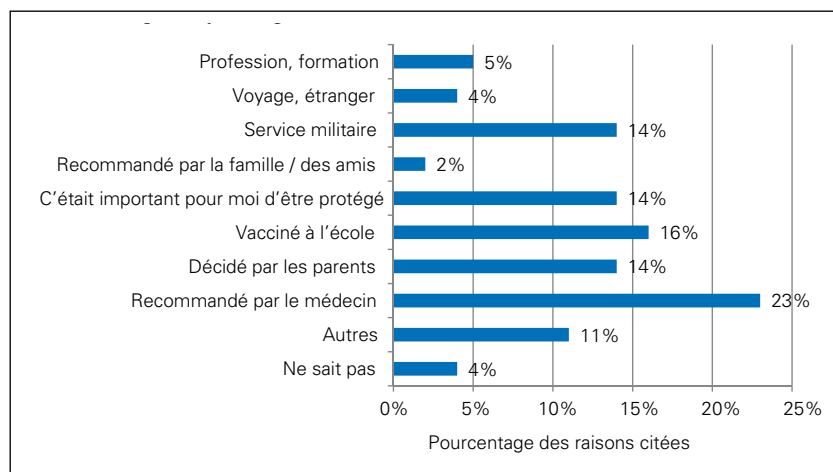


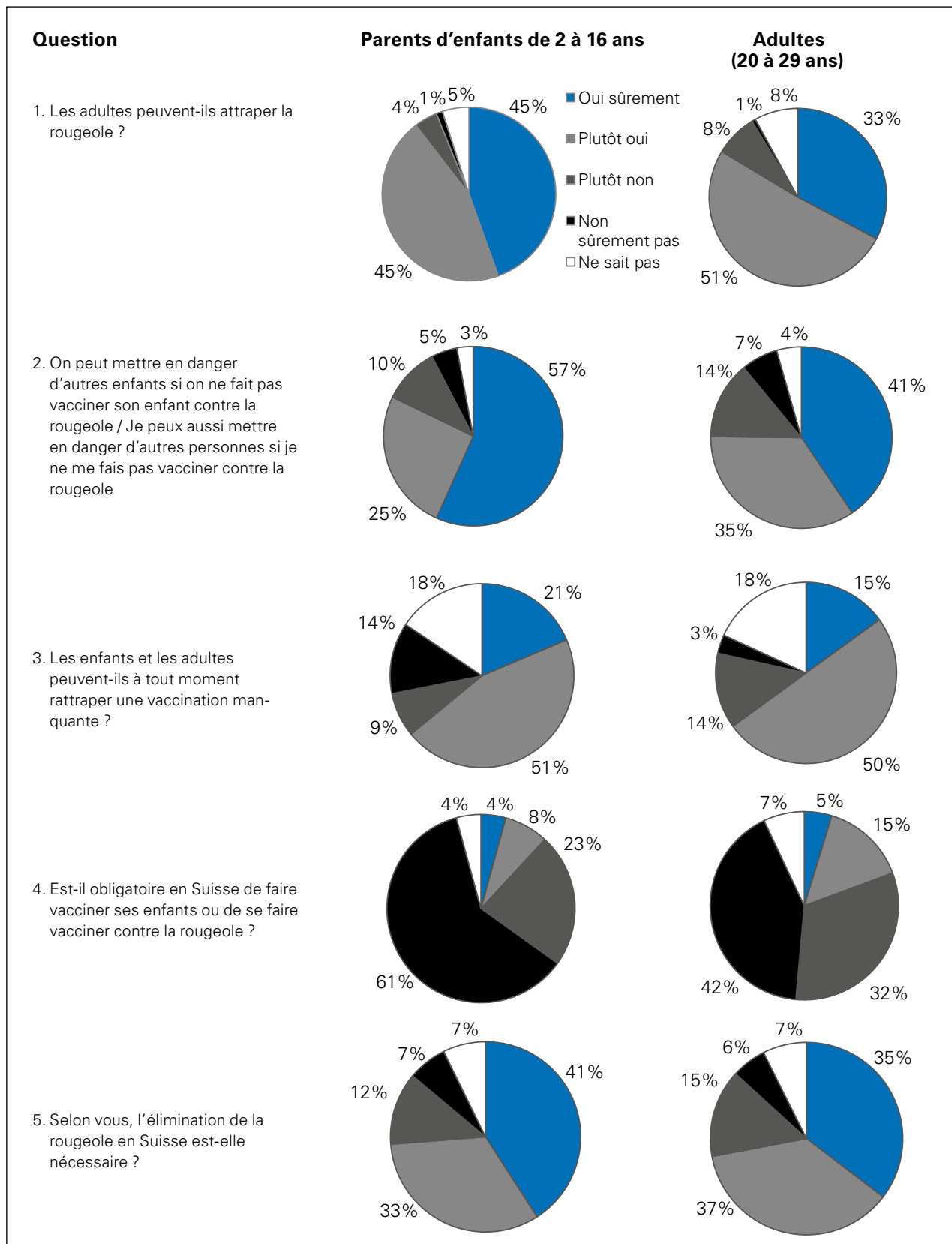
Figure 3
Raisons citées par les adultes (20 à 29 ans, n = 332) pour expliquer la vaccination contre la rougeole après l'âge de 12 ans



95,4 % des parents qui n'avaient pas fait vacciner leurs enfants en ont donné la raison; la plus fréquente était le refus général de la vaccination contre la rougeole ou spécifiquement du vaccin combiné ROR (figure 2). 11,9 % (n = 114) des enfants de 3 à 16 ans ont reçu leur premier vaccin contre la rougeole plus

tardivement que dans les délais recommandés par l'OFSP et la Commission fédérale pour les vaccinations, c'est-à-dire après l'âge de 2 ans. 74,6 % (n = 85) des parents ont justifié ce retard; dans 25,8 % des cas, la raison était la recommandation du pédiatre ou du médecin de famille (figure 2).

Figure 4
Connaissance de la vaccination contre la rougeole et appréciation du but « élimination de la rougeole »



Raisons de vacciner à l'adolescence

Selon leurs propres indications, 332 (23,3 %) jeunes adultes (20 à 29 ans) ont été vaccinés contre la rougeole pour la dernière fois après l'âge de 12 ans. Un quart d'entre eux ont accepté la vaccination de rattrapage à l'adolescence parce qu'elle était « recommandée par le médecin » (figure 3). 30,3 % des vaccinations chez les adolescents de 13 à 17 ans ont été faites à l'école (n = 165), tandis que 50,7 % des vaccinations chez les hommes de plus de 18 ans (n = 88) ont eu lieu dans le cadre du service militaire.

Disposition à se faire vacciner dans le but d'éliminer la rougeole

A la question « seriez-vous prêt à encore faire vacciner votre enfant afin de contribuer à l'élimination de la rougeole ? », 34,1 % des parents d'enfants de 2 à 16 ans non vaccinés ont répondu « oui certainement » ou « plutôt oui ». Parmi les adultes disant ne pas être vaccinés, 43,5 % accepteraient éventuellement de se faire vacciner dans ce but.

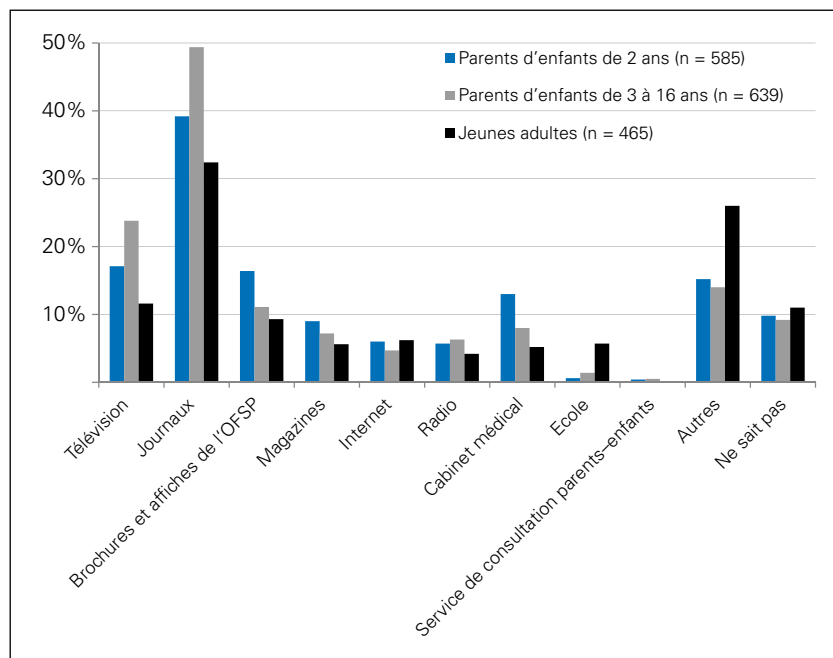
Rougeole contractée

D'après les indications des parents, 1,2 % des enfants de 2 ans (« non » 98,5 %, « ne sait pas » 0,3 %) et 4,4 % des enfants de 3 à 16 ans (« non » 93,8 %, « ne sait pas » 1,8 %) avaient eu la rougeole. Parmi les adultes, 7,7 % étaient certains d'avoir eu la maladie, 6,0 % supposaient l'avoir eue, 13,2 % pensaient ne pas l'avoir eue et 68,3 % étaient certains de ne l'avoir jamais eue; 4,8 % ne savaient pas.

Connaissances relatives à la rougeole et à son élimination

Parmi les personnes interrogées, beaucoup n'étaient pas sûres de leurs connaissances concernant la rougeole (plutôt oui, plutôt non, ne sait pas), surtout les jeunes adultes (figure 4). 67,5 % des parents interrogés savaient que la Suisse s'était fixé pour but d'éliminer la rougeole, mais seuls 32,7 % des jeunes adultes en avaient déjà entendu parler. Le journal était la source d'information la plus fréquente des personnes qui disaient être au courant de l'élimination de la rougeole (figure 5).

Figure 5 Sources d'information sur l'élimination de la rougeole citées par les parents et les jeunes adultes



DISCUSSION

L'enquête nationale auprès de la population sur le thème de la rougeole confirme, au niveau national, les taux de vaccination constatés chez les enfants dans le cadre des relevés cantonaux (étude sur la couverture vaccinale, Swiss National Vaccination Coverage Survey) (1). Elle recense également pour la première fois des données chiffrées pour les jeunes adultes, groupe cible des vaccinations de rattrapage. Chez les enfants de 2 ans, la couverture vaccinale de 95 % est atteinte avec au moins une dose, mais la couverture avec deux doses – 89 % en moyenne – reste inférieure à l'objectif visé, à savoir 95 % (2). Les taux de vaccination relevés, ainsi en particulier que les flambées de rougeole observées ces dernières années, témoignent de l'importance des efforts qu'il reste à accomplir (situation 2011–2012, cf. www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01087/index.html?lang=fr).

La stratégie d'élimination de la rougeole vise une couverture vaccinale de 95 % avec deux doses à 2 ans (2). Les pédiatres et les médecins de famille jouent là, par leurs

recommandations, un rôle déterminant : ce sont principalement eux qui peuvent inciter les parents à faire vacciner leurs enfants contre la rougeole dans les délais prévus. Pour la moitié des parents, la principale raison pour laquelle ils ont fait vacciner leurs enfants avant l'âge de 2 ans était « recommandé par le pédiatre / médecin de famille ». Ces médecins jouent également un rôle décisif pour la vaccination après cet âge : un quart des vaccinations tardives s'explique, aux dires des parents, par la recommandation émise par leur pédiatre ou médecin de famille. Plus de 10 % des parents disent avoir fait vacciner leur enfant relativement tard (>2 ans) parce qu'ils n'étaient pas informés et 3 % reconnaissent avoir oublié.

Tant que la couverture vaccinale ne sera pas suffisante pour éliminer la rougeole, les pédiatres et les médecins de famille auront un rôle important à jouer pour les vaccinations de rattrapage chez les adolescents, comme pour la vaccination des enfants : un quart des vaccinations de rattrapage après l'âge de 12 ans se fait sur leur recommandation. L'école (services du médecin scolaire) et le service militaire jouent

également un rôle important. Le contrôle institutionnalisé des carnets de vaccination et les recommandations qui en découlent, ainsi que le fait de proposer la vaccination, contribuent à combler les lacunes, non seulement pour la rougeole, mais aussi pour d'autres vaccinations recommandées.

Le site www.mesvaccins.ch, qui peut être utilisé aussi bien par les pédiatres et les médecins de famille que par les particuliers, peut aider à respecter les délais et à identifier les lacunes vaccinales. Il gère le carnet de vaccination de manière électronique, envoie des rappels par courriel ou par SMS et donne des informations sur les vaccinations recommandées. La seule condition à l'usage de mesvaccins.ch est de posséder un carnet de vaccination. Or cela semble constituer une difficulté, surtout pour les jeunes adultes, qui sont pourtant les plus incertains quant à leur statut vaccinal: un sixième d'entre eux ne savaient pas du tout s'ils avaient été vaccinés contre la rougeole, deux cinquièmes ignoraient combien de doses ils avaient reçues, et l'indication « non vacciné » était souvent erronée.

L'idée de stratégie nationale d'élimination de la rougeole est encore mal connue des jeunes adultes: un tiers d'entre eux seulement en avait déjà entendu parler, contre deux tiers des parents. En outre, ces chiffres surestiment plutôt l'état des connaissances, car les personnes qui répondent à une enquête téléphonique préfèrent dire qu'elles savent, que dire qu'elles ne savent pas. Les jeunes adultes étaient plus hésitants que les parents pour répondre aux questions. La population ignore encore souvent, en particulier, que les adultes peuvent également attraper la maladie et que les vaccinations de rattrapage sont possibles aussi bien chez les enfants que chez les adultes. La campagne nationale contre la rougeole contribuera certainement à combler ces lacunes.

L'enquête semble toutefois avoir un résultat extrêmement positif: le pourcentage élevé des parents qui seraient disposés à faire vacciner leur enfant (un tiers) et celui des jeunes adultes qui accepteraient de se faire vacciner (plus de deux cin-

quièmes) afin de contribuer à l'élimination de la rougeole. Mais cela ne suffirait pas à atteindre une couverture vaccinale de 95 % avec deux doses à 2 ans. Tous les partenaires concernés – Confédération, cantons, professionnels de santé, enseignants et formateurs – devront donc unir leurs efforts, en termes de structures et de communication, pour parvenir ensemble à éliminer la rougeole.

Nous remercions ici toutes les personnes qui ont participé à l'enquête nationale auprès de la population sur le thème de la rougeole. ■

Contact

Office fédéral de la santé publique
Domaine de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Références

1. Lang P, Piller U, Hatz C. Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2008–2010. Bull OFSP 2012, n° 40: 681–86.
2. Office fédéral de la santé publique, Stratégie nationale pour éliminer la rougeole 2011–2015; www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01087/index.html?lang=fr

Vaccination contre la rougeole en Suisse : résultats du relevé des taux de vaccination cantonaux en 2011

En collaboration avec l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Zurich, les cantons relèvent les taux de vaccination à intervalles réguliers depuis 1999. Onze d'entre eux ont participé au relevé en 2011. Les taux de vaccination pour une et deux doses de vaccin contre la rougeole étaient respectivement de 93 % et 87 % chez les enfants de 2 ans, de 93 % et 90 % chez les enfants de 8 ans et de 95 % et 88 % chez les adolescents de 16 ans. La tendance à la hausse de la couverture vaccinale contre la rougeole, constatée depuis le début de ces relevés, est ainsi confirmée en 2011 dans les cantons participants. Mais le niveau atteint à 2 ans pour deux doses reste inférieur à l'objectif recommandé par l'OMS, à savoir 95 %.

La Suisse s'est engagée à poursuivre un but fixé par la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : l'Europe sans rougeole d'ici à 2015. Pour l'atteindre, le Conseil fédéral a adopté en décembre 2011 la Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015, dont l'un des principaux objectifs est une couverture vaccinale d'au moins 95 % avec deux doses à 2 ans [1].

La rougeole est une maladie virale humaine hautement contagieuse. La vaccination contre la rougeole est recommandée en Suisse depuis 1976 déjà chez les jeunes enfants [2] et, depuis 2001, deux doses d'un vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) devraient être administrées à l'âge de 12 mois puis entre 15 et 24 mois [2, 3]. Afin de recenser la couverture par le vaccin contre la rougeole et tous les autres vaccins recommandés, les taux de vaccination cantonaux représentatifs sont relevés à intervalles réguliers dans toute la Suisse pour les enfants de 2, 8 et 16 ans dans le cadre d'une enquête de couverture vaccinale, la *Swiss National Vaccination Coverage Survey* [4, 5].

METHODES ET RESULTATS

Depuis 1999, l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Zurich, en collaboration avec les cantons, relève les taux

de vaccination cantonaux représentatifs pour toutes les vaccinations de base et complémentaires recommandées par le Plan suisse de vaccination. Cette enquête est financée par les cantons et la Confédération. Jusqu'ici, elle a été réalisée trois fois : 1999–2003, 2005–2007 et 2008–2010 ; la quatrième porte sur les années 2011 à 2013. En 2011, onze cantons y ont participé : AG, BE, BL, NE, SH, SO, SZ, ZH (tous les groupes d'âge), BS (enfants de 2 ans), VD (16 ans) et JU (8 et 16 ans). Les méthodes de relevé et d'analyse des données employées en 2011 sont comparables à celles utilisées pour les périodes 2005–2007 et 2008–2010 [4, 5]. Dans les cantons participants, les enfants et les adolescents de 2, 8 et 16 ans ont été tirés au sort. Leurs parents ont été priés par lettre d'envoyer l'original ou la copie du carnet de vaccination de leur enfant à l'ISPM de Zurich. Ceux qui n'avaient pas répondu ont reçu une lettre de rappel, puis ont été contactés par téléphone. La même méthode a été employée pour tous les groupes d'âge, à l'exception de VD et JU, où des infirmières ont relevé dans les écoles les données concernant les élèves.

En 2011, les parents de 9371 enfants au total ont été contactés dans dix cantons (les données de BE ne sont pas encore disponibles) ; 7073 d'entre eux ont participé (75 %). La participation a diminué de 2 à 5 points par rapport à l'enquête 2008–

2010. Les informations détaillées sur les taux de vaccination dans chaque canton pour les trois catégories d'âge, ainsi que pour toutes les vaccinations de base et les vaccinations complémentaires pour l'année 2011 et les périodes précédentes, se trouvent sur Internet à l'adresse www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02133/index.html?lang=fr.

Les résultats ci-dessous concernent la vaccination contre la rougeole.

Couverture vaccinale

Le tableau 1 récapitule les résultats de la vaccination contre la rougeole. En 2011 chez les enfants de 2 ans, la couverture vaccinale avec deux doses se situait à 87 % en moyenne pour huit cantons. Elle s'élevait à 86–89 % dans sept cantons et à 79 % seulement, dans un canton. Chez les enfants de 8 ans, la couverture avec deux doses était en moyenne de 90 % pour huit cantons, trois cantons atteignant une couverture supérieure à 90 % (JU 94 %, NE 92 % et ZH 91 %). Chez les adolescents de 16 ans, la couverture moyenne était de 88 % pour neuf cantons, avec des valeurs supérieures à 90 % dans deux cantons (JU 94 % et VD 93 %) ; elle variait entre 80 et 90 % dans les autres cantons.

DISCUSSION

Les relevés des taux de vaccination cantonaux réalisés durant le présent cycle de trois ans montrent que la couverture moyenne avec deux doses de vaccin contre la rougeole a continué à augmenter en 2011. Chez les enfants de 2 ans, le taux de vaccination est de 93 % avec au moins une dose. Pour deux doses, le taux de vaccination dans les cantons qui ont participé en 2011 atteint 87 % en moyenne mais reste nettement inférieur aux 95 % visés pour aboutir d'ici 2015 à une élimination durable de la rougeole. De plus, les taux varient beaucoup selon les cantons. La stratégie nationale d'élimination de la rougeole a pour but de réduire ces écarts. Les efforts à accomplir pour atteindre l'objectif diffèrent donc eux aussi selon les cantons.

Nous remercions ici les cantons et les communes ainsi que les pa-

Tableau 1
Couverture vaccinale contre la rougeole en Suisse, à 2 ans, 8 ans et 16 ans : résultats des enquêtes 1999–2003, 2005–2007, 2008–2010 et 2011

	Nombre de doses	1999–2003		2005–2007		2008–2010		2011	
		%	95 % CI	%	95 % CI	%	95 % CI	%	95 % CI
Enfants en bas âge / 2 ans		26 cantons	n=8729	24 cantons	n=8286	26 cantons	n=8245	8 cantons	n=2458
	≥ 1 2	82	80,9–83,6	87 71	85,9–87,9 69,4–72,2	92 83	90,6–93,7 80,9–84,2	93 87	91,7–95,2 84,4–88,9
Entrée à l'école / 8 ans		25 cantons	n=9143	25 cantons	n=10314	25 cantons	n=8495	8 cantons	n=2975
	≥ 1 2	88 37	87,4–89,5 34,7–38,5	90 75	88,8–91,0 73,6–76,8	92 85	91,6–93,2 84,1–86,8	93 90	92,1–94,5 88,6–91,4
Fin de scolarité / 16 ans		25 cantons	n=9082	25 cantons	n=9301	25 cantons	n=8311	9 cantons	n=3613
	≥ 1 2	94 54	93,1–94,4 51,8–56,2	94 76	93,6–95,0 74,9–77,6	95 85	94,1–95,5 84,0–86,4	95 88	94,4–96,1 87,0–89,8

2011 : cantons AG, BL, BS (2 ans), JU (8 et 16 ans), NE, SH, SO, SZ, VD (16 ans), ZH
 2008–2010 : JU pas de données pour 8 et 16 ans
 2005–2007 : sans NW ; VD pas de données pour 2 ans
 1999–2003 : JU pas de données pour 8 et 16 ans

rents pour leur participation. L'enquête se poursuit ; cinq cantons y ont participé en 2012, treize devraient le faire en 2013. ■

- Lang P, Piller U, Hatz C. Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2008–2010. Bull OFSP 2012, n° 40 : 681–86.
- Lang P, Piller U, Steffen R, Hatz C. Couverture vaccinale en Suisse 2005–2007. Bull OFSP 2010, n° 11 : 367–77.

Données communiquées par

Phung Lang, Ursula Piller et Christoph Hatz, ISPM Zürich

Contact

Office fédéral de la santé publique
 Domaine de direction Santé publique
 Division Maladies transmissibles
 Téléphone 031 323 87 06

Références

- Office fédéral de la santé publique, Stratégie nationale pour éliminer la rougeole 2011–2015 ; www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01087/index.html?lang=fr.
- Office fédéral de la santé publique. Plan de vaccination de routine. Classeur « Maladies infectieuses – Diagnostic et prévention », Supplément VIII : 1–6. OFSP, Berne 2001.
- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Plan de vaccination suisse 2012. Directives et recommandations. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2012.

L'essentiel en bref:**Directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole**

Ensemble avec les autres pays de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé, la Suisse s'est fixé pour but d'éliminer la rougeole d'ici 2015. L'élimination de la rougeole n'est possible que si d'une part, au moins 95 % des 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. Les directives définissent pour l'ensemble de la Suisse la procédure à suivre lors de suspicions, de cas ou de flambées de rougeole.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

La *stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015* [1] prévoit entre autre une harmonisation nationale des mesures de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole. L'interruption de la transmission de la rougeole sert 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. Les directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole [2] définissent pour l'ensemble de la Suisse la procédure à suivre lors de suspi-

cions, de cas ou de flambées de rougeole. Elles servent de base aux plans d'intervention cantonaux, qui prennent en compte les situations et possibilités spécifiques à chaque canton. Les directives 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 intervenants qui les appliquent, c'est-à-dire aux médecins traitants et aux autres professionnels de la santé.

L'ESSENTIEL EN BRIEF

En raison de la contagiosité de la rougeole, qui est présente déjà

avant l'apparition de l'exanthème maculopapuleux (voir figure 1), 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, même sans confirmation diagnostique par laboratoire, 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 = 1 cas suspect»**. Quand le nombre de cas de rougeole est faible, le potentiel d'endiguement est élevé, car les mesures prises peuvent être ciblées et spécifiques.

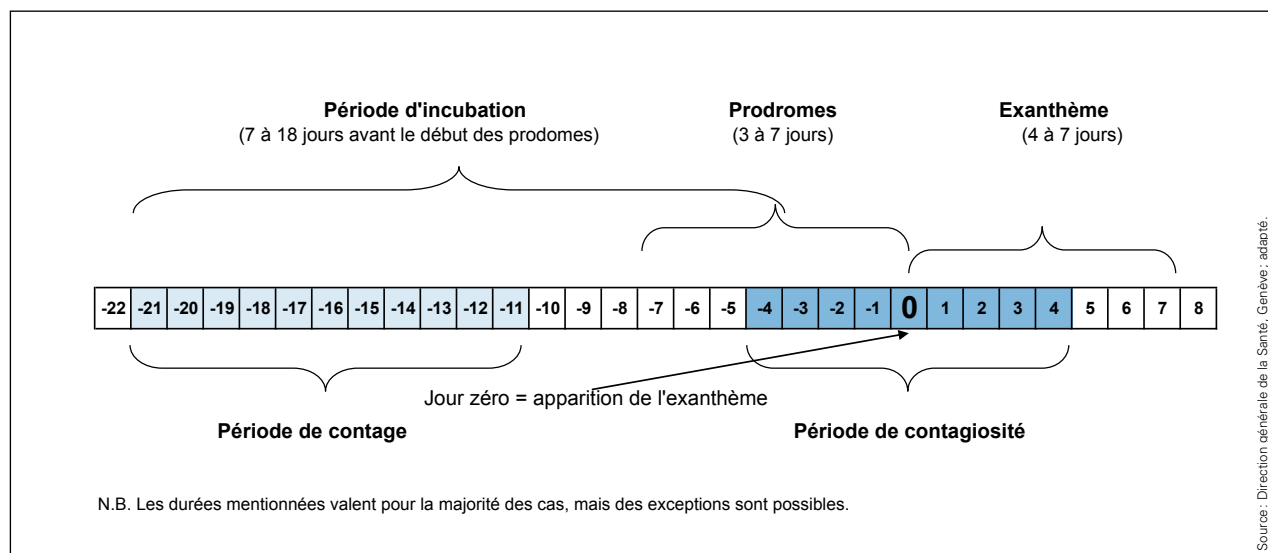
Clarification des rôles et des responsabilités

Pour la lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole il est nécessaire que les différents rôles et responsabilités de tous les acteurs, en particulier des médecins traitants, des autorités sanitaires et des médecins/services partenaires soient clarifiés. Une bonne préparation et la clarification préalable de la gestion des processus sont essentielles.

Le médecin traitant joue un rôle clé dans la lutte contre la rougeole dans l'entourage immédiat de la suspicion ou du cas de rougeole. Il est en première ligne lorsqu'il

Figure 1

Déroulement standard d'un épisode de rougeole. Pour les mesures, le point déterminant est l'apparition de l'exanthème au jour 0.



s'agit de reconnaître un cas suspect, de faire confirmer la rougeole par des examens de laboratoire et d'initier les mesures visant à limiter la transmission dans l'entourage immédiat. Il prend également les mesures de protection individuelles adaptées pour les personnes exposées présentant un risque accru de complications (nourrissons de moins d'un an, femmes enceintes, certaines personnes immunosupprimées, non-immunes). En outre, il déclare le cas au service du médecin cantonal dans les 24 heures. Le médecin cantonal est responsable des investigations épidémiologiques, ainsi que de la mise en œuvre et de la coordination des mesures de lutte contre la rougeole dans l'entourage élargi de la suspicion/du cas de rougeole et dans la population. Selon la localisation de la suspicion, du cas ou de la flambée de rougeole et en fonction de l'organisation propre à chaque canton, d'autres acteurs et médecins/services partenaires, notamment le service de santé scolaire, le médecin référent de crèche ou de garderie, ou le médecin d'entreprise, peuvent également prendre des mesures, en concertation avec le médecin cantonal. Il appartient au médecin cantonal de décider d'une éviction des structures collectives ou de la fermeture provisoire d'une partie ou de la totalité d'un établissement concerné. Le médecin cantonal transmet à l'OFSP dans les 24 heures, l'information obtenue ou la déclaration concernant la suspicion/le cas de rougeole. Le médecin cantonal est responsable de l'information ciblée et adaptée à la situation de l'entourage du cas, des médecins, d'autres services de médecins cantonaux ou de la population.

L'OFSP enregistre tous les cas déclarés de rougeole et établit une vue d'ensemble de la situation épidémiologique. Dans des circonstances exceptionnelles ou face à une épidémie de grande ampleur, l'OFSP détermine les mesures à prendre conjointement avec les cantons concernés. 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.

Lutte contre les cas et les flambées de rougeole

Diagnostic de la rougeole et suivi des cas

Pour chaque personne présentant un exanthème maculopapuleux et de la fièvre, le médecin doit inclure la rougeole en tant que diagnostic différentiel. En principe, chaque suspicion de rougeole doit être confirmée ou infirmée par une analyse de laboratoire. Si les résultats permettent d'exclure le diagnostic de rougeole, les mesures de lutte déjà initiées sont suspendues.

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 5^e jour suivant l'apparition de l'exanthème**, après la fin de la contagiosité (voir figure 1). Les personnes professionnellement actives sont mises en congé maladie pour la même durée et doivent rester à la maison.

Prévention de la transmission de la rougeole

Selon l'endroit où la transmission de la rougeole doit être combattue, des mesures spécifiques doivent être mises en œuvre. En outre, l'entourage dans lequel la mise en œuvre des mesures de contrôle doit avoir lieu est déterminant. La figure 2 résume les mesures à prendre et les responsabilités.

1. Prévention de la transmission dans l'entourage immédiat du ménage

Les contacts étant particulièrement étroits au sein d'un ménage, ce lieu est un site de transmission privilégié. L'exposition à la rougeole et le risque de transmission sont maximum pour les autres membres non-immuns de la famille. La vaccination postexpositionnelle contre la rougeole (ROR) dans les 72 heures suivant la première exposition permet généralement d'éviter la maladie. Passé cette fenêtre d'opportunité, la vaccination postexpositionnelle (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 collec-

tives ou sur le lieu de travail, toutes les personnes potentiellement transmetteuses au sein du ménage de la suspicion de rougeole (enfants et adultes) doivent être exclues de ces établissements et rester à la maison, pendant toute la période d'incubation maximum (cf. Figure 1), soit jusqu'à **21 jours suivant l'apparition de l'exanthème** chez la personne rougeoleuse. Cette règle s'applique indépendamment d'une administration de vaccination post-expositionnelle.

2. Prévention de la transmission dans l'entourage immédiat des services de santé

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. Pour toutes les personnes potentiellement transmetteuses, une vaccination postexpositionnelle contre la rougeole doit avoir lieu dans les 72 heures suivant l'exposition initiale. Les personnes présentant un risque accru de complications et sans immunité peuvent recevoir des immunoglobulines dans les six jours suivant la première exposition. Si ces délais ne peuvent pas être respectés, les personnes potentiellement transmetteuses doivent être exclues des structures collectives et rester à la maison jusqu'à **21 jours suivant la dernière exposition** au cas de rougeole.

3. Prévention de la transmission dans l'entourage élargi et dans la population

Par l'enquête et le contrôle du statut vaccinal des contacts, les personnes potentiellement transmetteuses de l'entourage élargi sont identifiées. Si le délai pour une vaccination postexpositionnelle ne peut être respecté, les personnes potentiellement transmetteuses doivent être exclues des structures collectives et rester à la maison jusqu'à **21 jours suivant la dernière exposition au cas de rougeole**. Pour une personne potentiellement transmetteuse qui travaille dans un environ-

Figure 2
Vue d'ensemble des mesures à prendre lors de suspicions ou de cas de rougeole et responsabilités.

		Médecin traitant-e	Médecin/serv. partenaire*	Médecin cantonal
RECONNAITRE, DIAGNOSTIQUER LA ROUGEOLE et PRENDRE EN CHARGE LE MALADE	Suspecter la rougeole Triade: fièvre ET exanthème maculopapuleux ET toux ou rhinite ou conjonctivite			
	Documenter la situation dès la première consultation de la suspicion/du cas de rougeole (cf. formulaire de déclaration complémentaire)	●	○	○
	Déclarer la suspicion/le cas de rougeole au médecin cantonal dans les 24 heures	●	○	○
	Confirmer la suspicion de rougeole au laboratoire	●	○	○
	Isoler le malade à domicile au minimum jusqu'à la fin de la période de contagiosité (réinsertion possible dès le 5 ^e jour suivant le début de l'exanthème)	●	○	○
PRÉVENIR DE NOUVEAUX CAS DANS L'ENTOURAGE IMMÉDIAT ET EVITER LA TRANSMISSION	Au sein du MÉNAGE : rechercher, informer et vérifier le statut immunitaire des contacts	●	○	○
	→ Suivi des contacts potentiellement transmetteurs . Si apparition de prodromes, contacter un médecin par téléphone. Vaccination (ROR) ≥ 3 semaines	●	○	○
	Dans les ETABLISSEMENTS DE SANTÉ : rechercher et informer les contacts	●	●	○
	→ Contrôler le statut immunitaire des contacts et vacciner (ROR) dès que possible les personnes potentiellement transmetteuses si exposition ≤ 72 h	●	●	○
Mesures de protection individuelles pour personnes à risque accru de complications (nourissons < 1 an, femmes enceintes, immunosupprimé-e-s) sans immunité	●	●	○	
INVESTIGUER	Après signalement de la suspicion/du cas de rougeole, s'informer de la situation	○	○	●
	→ Contacter le ou la médecin traitant-e, la direction de l'école ou le service du personnel ou de santé de l'entreprise fréquentée, le service de santé scolaire, le service des urgences, le ou la pédiatre, le ou la médecin généraliste, etc. en lien avec le cas	○	○	●
	Identifier de nouvelles suspicions ou cas de rougeole dans l' ENTOURAGE IMMÉDIAT et ÉLARGI du malade et parmi ses contacts	●	●	●
INFORMER	Informer l'OFSP (transmission du formulaire de déclaration) et les autres médecins cantonaux concernés	○	○	●
	Informer de manière ciblée l' ENTOURAGE ÉLARGI de la suspicion/du cas de rougeole (école, crèche ou garderie, entreprise)	○	○	●
	Selon la situation, informer le corps médical concerné (généralistes, pédiatres, gynécologues, policliniques, services des urgences)	○	○	●
	Selon la situation, informer la population concernée	○	○	●
PRÉVENIR DE NOUVEAUX CAS DANS L'ENTOURAGE ÉLARGI ET EVITER LA TRANSMISSION	Recenser et vérifier le statut immunitaire des contacts, identifier et informer les personnes potentiellement transmetteuses de l' ENTOURAGE ÉLARGI	○	●	●
	→ Exposition ≤ 72 h: vacciner les personnes potentiellement transmetteuses	○	●	●
	→ Exposition > 72 h	○	○	●
	→ Personnes potentiellement transmetteuses fréquentant une structure collective	○	○	●
	→ Personnes potentiellement transmetteuses, professionnellement actives mais n'exerçant pas dans une structure collective : évaluation de la nécessité d'une exclusion en fonction du risque de transmission à des personnes à risque accru de complications	○	●	●
Assurer les mesures de protection individuelles pour personnes à risque accru de complications sans immunité (nourissons < 1 an, femmes enceintes, immunosupprimé-e-s)	●	●	●	
INTERROMPRE LA TRANSMISSION DANS LA POPULATION	• Personnes potentiellement transmetteuses du MÉNAGE du cas de rougeole : éviction des structures collectives jusqu'à 21 jours suivant l'apparition de l'exanthème chez la personne rougeoleuse et confinement à domicile	○	○	●
	• Personnes potentiellement transmetteuses de l' ENTOURAGE IMMÉDIAT ou ÉLARGI du cas de rougeole, sans vaccination post-expositionnelle ou sans administration d'immunoglobulines dans les délais : éviction des structures collectives jusqu'à 21 jours suivant le dernier contact avec un individu contagieux et confinement à domicile	○	○	●
	Organiser la vaccination jusqu'à 2 doses (ROR) chez toute personne sans immunité ou partiellement vaccinée , en particulier chez les personnes à risque accru de complications (si pas de contrindications)	●	●	●
	Organiser des actions de vaccination dans l' ENTOURAGE ÉLARGI	○	●	●
Eventuellement, fermeture temporaire d'une partie ou de toute l'institution ou de la structure collective concernée, annulation de manifestations, etc.	○	○	●	

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

nement professionnel autre que des structures collectives, il s'agit d'évaluer d'abord le risque de transmission à des personnes qui présentent un risque accru de complications. Selon la situation épidémiologique, le statut vaccinal doit être contrôlé au-delà de l'entourage immédiat et la protection vaccinale doit être complétée par un rattrapage vaccinal jusqu'à deux doses.

4. Mesures spécifiques pour les crèches, garderies et écoles

Les structures collectives sont des lieux où la rougeole est susceptible de se propager très rapidement si la couverture vaccinale est insuffisante. En outre, les garderies et en particulier les crèches accueillent des nourrissons et des jeunes enfants encore non ou incomplètement vaccinés, et le risque de contact avec des femmes enceintes potentiellement non immunes est accru. La plus haute priorité doit être accordée à la prévention de la rougeole dans ces structures. L'objectif est de parvenir rapidement à une couverture vaccinale d'au moins 95% avec deux doses dans le collectif des enfants de plus de 12 mois. Il est recommandé aux crèches et aux garderies de faire appel aux services d'un médecin référent qui peut contribuer à l'information adéquate des parents et de tous collaborateurs des structures collectives concernant la vaccination (ROR) et les mesures prises lors d'une suspicion ou d'un cas de rougeole. Le statut vaccinal des enfants est recensé au moment de leur inscription/entrée à l'école infantile ou à l'école et puis répétée périodiquement. Les 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. L'exigence d'immunité attestée comme condition d'engagement est recommandée.

5. Mesures spécifiques pour les établissements de santé

De par leur activité professionnelle, les employés des établissements de santé sont soumis à un risque particulièrement élevé d'exposition à la rougeole et sont en outre susceptibles de la transmettre aux patients, parmi lesquels certains pré-

sentent 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 santé, 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. L'exigence d'immunité prouvée comme condition d'engagement du personnel est recommandée.

Les directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole [2] sont disponibles sous forme de fichiers PDF sur le site internet de l'OFSP www.bag.admin.ch/rougeole ■

Contact

Office fédéral de la santé publique
 Domaine de direction Santé publique
 Division Maladies transmissibles
 Téléphone 031 323 87 06

Références

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
2. 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.

Terminologie et définitions

Personne potentiellement transmetteuse	Toute personne susceptible de transmettre la rougeole, c'est-à-dire ayant été exposée à une personne infectieuse et qui : <ol style="list-style-type: none"> 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**. <p>* Comme le virus de la rougeole était très répandu avant l'ère de la vaccination, les personnes nées en 1963 ou avant ont certainement été infectées dans leur enfance ; elles sont donc considérées comme immunes.</p> <p>** S'il y a un doute, on part de l'idée que la personne n'a pas eu la rougeole.</p>
Structures collectives	Crèches, garderies, écoles, établissements de formation post-obligatoire, établissements de santé, etc.

Fortes expositions sonores chez les jeunes, lésions auditives chez les aînés

Grâce aux campagnes de prévention menées par la Suva ces dernières décennies, les lésions auditives dues au bruit au poste de travail ont fortement régressé. Toutefois, l'ouïe est également exposée à des niveaux sonores élevés durant les loisirs et à cet égard chacun est invité à en prendre soin.

Il ressort d'un sondage représentatif effectué à la demande de l'OFSP que plus de la moitié de la population suisse, en particulier les jeunes, s'expose régulièrement durant les loisirs à des situations bruyantes. Malgré cela, la grande majorité de la population suisse indique avoir une bonne ou une très bonne ouïe. Mais d'un autre côté, un million de personnes souffrent d'acouphènes chroniques. D'ailleurs, les problèmes d'ouïe temporaires dont a souffert un tiers de la population suisse au moins une fois au cours des cinq dernières années indiquent bien que de nombreuses personnes mettent leur ouïe en danger en s'exposant à des niveaux sonores élevés.

Dans le monde du travail, il est admis que l'exposition à des niveaux sonores élevés sur une longue période peut conduire à des pertes auditives (déplacement du seuil d'audibilité) [1] ou à des acouphènes, pouvant être chroniques ou temporaires. Pour éviter ces effets, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a fixé une valeur limite de 85 décibels au poste de travail devant être respectée par horaire hebdomadaire moyen de travail.

Durant les loisirs, l'ouïe est également souvent soumise à des nuisances sonores excessives. Afin de limiter les atteintes à l'ouïe, l'ordonnance son et laser (OSLa) [2] fixe une valeur limite de 100 décibels pour les manifestations au cours desquelles le public est exposé à des sons amplifiés par électroacoustique, supposant qu'un tel niveau sonore, une fois par semaine pendant environ trois heures, équivaut à 85 décibels durant 40 heures hebdomadaires à un poste de travail bruyant. Toutefois cette valeur limite de l'OSLa n'est pas une garantie de protection absolue, les sensibilités individuelles étant variables et dépendant de la durée d'exposition au bruit. Rien ne vaut donc la responsa-

bilité individuelle en la matière. Pour que les personnes puissent l'exercer, les organisateurs doivent rendre attentifs aux dangers liés aux niveaux sonores élevés, distribuer gratuitement des protections auditives et mettre à disposition des zones de récupération auditive dans les manifestations de plus de trois heures.

Sondage sur la santé auditive de la population suisse

L'OFSP a fait procéder à un sondage représentatif dans le but de mieux connaître les expositions actuelles aux niveaux sonores élevés durant les loisirs, de connaître l'opinion propre des sondés, et donc de la population suisse, quant à leur santé auditive, d'estimer la part de responsabilité individuelle au sein de la population en matière de protection de l'ouïe et d'avoir une idée de la mise en œuvre de l'ordonnance son et laser par les personnes concernées. À cet égard, l'institut de recherche *gfs.bern* a interviewé par téléphone, en août 2012, 2005 personnes âgées de 15 ans et plus. Le rapport final de *gfs.bern* est disponible à l'adresse www.bag.admin.ch/son.

La majorité entend bien, problèmes auditifs chez les hommes âgés

Que plus de 90 % de la population suisse estiment avoir une bonne ou une très bonne ouïe constitue un résultat réjouissant de cette enquête. Les problèmes d'ouïe concernent surtout les hommes âgés : plus de 20 % des plus de 60 ans indiquent en effet mal ou très mal entendre alors que seulement 10 % des femmes de la même tranche d'âge et 4 % des personnes de moins de 60 ans sont dans ce cas. Qu'un tiers des hommes de plus de 60 ans éprouve des difficultés à suivre une discussion impliquant plus de deux personnes n'est donc pas étonnant, comparé aux 20 % de femmes de la même tranche d'âge et aux 10 % des moins de 60 ans.

En Suisse, une personne sur huit souffre actuellement d'acouphènes, souvent depuis plus de douze mois. Cela concerne également le plus souvent les hommes de plus de 50 ans. 7 % de la population suisse ont souffert d'acouphènes par le passé, généralement pendant moins de trois mois. Cela concerne plutôt les personnes de moins de 35 ans.

13 % de la population suisse ont souffert au moins une fois durant les cinq dernières années d'un déplacement temporaire du seuil d'audibilité ou avaient une sensation de surdité synonyme de surcharge de l'ouïe, 16 % en ont même souffert à plusieurs reprises. La tranche d'âge de 25 à 35 ans est plus particulièrement concernée : 22 % en ont souffert une fois, 29 % à plusieurs reprises.

Fortes expositions dans les clubs et lors de concerts, mais également à la maison

Une bonne moitié de la population s'expose une ou plusieurs fois par mois à des situations bruyantes durant ses loisirs : l'écoute de la musique au casque (20 %) vient en tête, puis les tâches ménagères bruyantes (18 %) et les travaux manuels bruyants (16 %). Viennent ensuite la fréquentation des clubs et des discothèques (14 %) et la pratique de la moto (10 %). En plus de ces expositions régulières, plus de 90 % de la population ont vécu au moins une fois une situation

bruyante durant les cinq dernières années. Les leaders parmi ces événements sporadiques sont les feux d'artifice (64 %), les fêtes populaires comme le carnaval (56 %), les concerts à niveau sonore élevé (49 %) et les manifestations sportives bruyantes (33 %).

En ce qui concerne l'âge, c'est le groupe des 15–25 ans qui sort du lot, écoutant plus souvent que la moyenne de la musique à un niveau sonore élevé : 56 % d'entre eux fréquentent régulièrement des clubs et des discothèques où le volume sonore est élevé (25 % chaque semaine, 31 % chaque mois), 53 % écoutent régulièrement de la musique au casque (25 % tous les jours, 22 % chaque semaine, 6 % chaque mois) et 17 % fréquentent au moins une fois par mois des concerts à niveaux sonores élevés. Dans le groupe des 26–40 ans, la proportion des personnes s'adonnant régulièrement à l'écoute de musique forte diminue toutefois : 16 % fréquentent les clubs chaque mois voire plus souvent, 23 % écoutent régulièrement de la musique au casque (5 % tous les jours) et 9 % fréquentent au moins une fois par mois un concert à niveau sonore élevé. En revanche, ce groupe d'âge s'expose davantage à des travaux bruyants qu'ils soient ménagers (24 % au moins chaque mois) ou manuels (21 % au moins chaque mois).

Une personne sur quatre fréquentant des clubs à niveaux sonores élevés reste toujours plus de trois heures sur place. Ces personnes sont donc parfois soumises à des expositions sonores, qui sur un lieu de travail, nécessiteraient des mesures de protection. La situation s'aggrave pour ce qui concerne les personnes fréquentant les clubs chaque semaine : près de la moitié de ce groupe composé principalement de 15–25 ans reste plus de trois heures. Une personne sur cinq écoutant tous les jours de la musique forte au casque s'expose également plus de trois heures à des niveaux sonores élevés.

La musique forte comme cause principale des problèmes d'ouïe

Les problèmes d'ouïe temporaires sont le plus souvent en relation avec de la musique forte. Plus de la moi-

tié des personnes ayant éprouvé une sensation de surdité durant les cinq dernières années la met au compte de la musique forte et plus particulièrement de la fréquentation des discothèques et des concerts. Cela ressort également de l'évaluation des données montrant que les personnes fréquentant souvent des concerts ou qui restent longtemps dans des clubs à niveaux sonores élevés indiquent très souvent être concernées par ce symptôme. L'écoute de la musique au casque est citée un peu moins fréquemment. Les acouphènes aigus temporaires concernant plus particulièrement les jeunes sont également mis au compte de la musique forte par un tiers des personnes. Un bon tiers des personnes ne connaît toutefois pas l'origine des acouphènes dont elles souffrent.

Les acouphènes chroniques dont souffrent surtout les personnes âgées sont mis au compte de problèmes de santé, stress inclus, par un tiers des personnes concernées. Près d'un tiers cite le bruit comme cause, les autres n'en connaissent pas l'origine. Pour les moins de 40 ans, ils sont surtout dus à la musique forte. 10 % des cas d'acouphènes sont mis au compte du service militaire, presque exclusivement par des hommes de plus de 40 ans.

Clubs et discothèques : trop bruyants pour la majorité des clients

Une nette majorité de près des deux tiers des personnes fréquentant les clubs et les discothèques trouvent que les niveaux sonores y sont trop élevés. Les personnes plus jeunes (15–25 ans) et les personnes fréquentant régulièrement des soirées sont un peu moins critiques. Toujours est-il que 40, respectivement 46 %, d'entre eux trouvent toutefois le niveau sonore trop élevé. Une petite minorité de 1 % trouve que les niveaux sonores sont trop faibles. Les personnes trouvant les niveaux sonores des concerts trop élevés sont aussi nombreuses que celles qui les trouvent tout à fait adaptés.

Bien que des protections auditives doivent être distribuées gratuitement dans les clubs et lors des concerts à niveaux sonores élevés, moins de 39 % des personnes fré-

quentant les clubs ont remarqué une offre correspondante. Les organisateurs de concerts remplissent manifestement mieux leurs obligations, car 64 % des personnes fréquentant les concerts connaissent cette possibilité de protection de l'ouïe. Les personnes fréquentant régulièrement les clubs et les concerts ainsi que les personnes plus jeunes remarquent plus souvent que des protections auditives sont à disposition. Cela ne signifie pas pour autant que les protections sont utilisées. Là également, on constate que les personnes fréquentant les concerts sont plus conséquentes. Elles indiquent en effet nettement plus souvent qu'elles portent des protections auditives que les personnes fréquentant les clubs.

Lors de manifestations de plus de trois heures, une zone de récupération auditive de niveau sonore moins élevé (au plus 85 décibels) doit être mise à disposition. Près de la moitié des personnes fréquentant les discothèques notent toujours ou souvent la présence de telles zones. Deux tiers des personnes connaissant l'existence des zones de récupération auditive les utilisent souvent, voire même à chaque occasion. Les fumeurs les utilisent plus souvent – surtout lorsqu'il s'agit de fumeurs.

Bilan

Ce sont surtout les personnes de moins de 25 ans qui exposent fortement leur ouïe en fréquentant les clubs. Une partie des personnes qui s'exposent à des niveaux sonores élevés durant des années subira une perte auditive pouvant être sans conséquence durant les jeunes années, mais qui est susceptible de conduire à des problèmes lorsqu'elle sera conjuguée à la réduction de la capacité auditive due à l'âge. Le risque d'acouphènes permanents ne doit pas non plus être sous-estimé. C'est pourquoi les autorités sanitaires estiment important d'œuvrer dans le but d'inciter au port de protections auditives ou à la réduction du niveau sonore dans les clubs, ceci d'autant plus que la majorité des gens qui les fréquentent trouvent de toute manière les niveaux sonores trop élevés. Les autorités considèrent qu'il est très po-

sitif que de nombreuses personnes fréquentant les clubs recherchent également les zones de récupération auditive et ménagent ainsi leur ouïe.

L'écoute de la musique au casque constitue une autre source d'exposition importante. Les baladeurs équipés de casques permettent d'atteindre des niveaux sonores autour de 100 décibels [3]. Des enquêtes menées par la SUVA montrent certes que des utilisateurs règlent fréquemment l'intensité sonore de ces appareils pour une écoute prolongée. Toutefois on estime que 7 % des jeunes prennent tout de même des risques en écoutant de manière prolongée de la musique forte au moyen de lecteurs MP3 [4].

La fréquentation des concerts ne joue pas un rôle très important dans l'exposition globale de la population. Toutefois les concerts provoquent également des problèmes auditifs comme les acouphènes ou un déplacement temporaire du seuil d'audibilité bien que, lors des concerts, le port de protections auditives soit plus répandu que dans les clubs. Certes, il est réjouissant de constater que plus de 90 % de la population suisse indiquent bien ou très bien entendre, mais, d'un autre côté, un tiers de la population a éprouvé au moins une fois durant les cinq dernières années un problème auditif temporaire, et même plus de la moitié chez les 25-35 ans. Les personnes concernées devraient, au titre de la responsabilité individuelle, prendre ces symptômes au sérieux, car ils peuvent indiquer une surcharge possible de l'ouïe. ■

L'OFSP est responsable de l'ordonnance son et laser, qui règle la protection du public lors de manifestations à niveaux sonores élevés. Il informe sur les dangers que présente la musique forte pour l'ouïe. À l'occasion de la Journée contre le bruit du 24 avril 2013, l'OFSP produira, en collaboration avec la SUVA, une chanson évoquant ce thème.

Figure 1

Le groupe des 15-25 ans s'expose plus fréquemment que la moyenne à de la musique à un niveau sonore élevé.

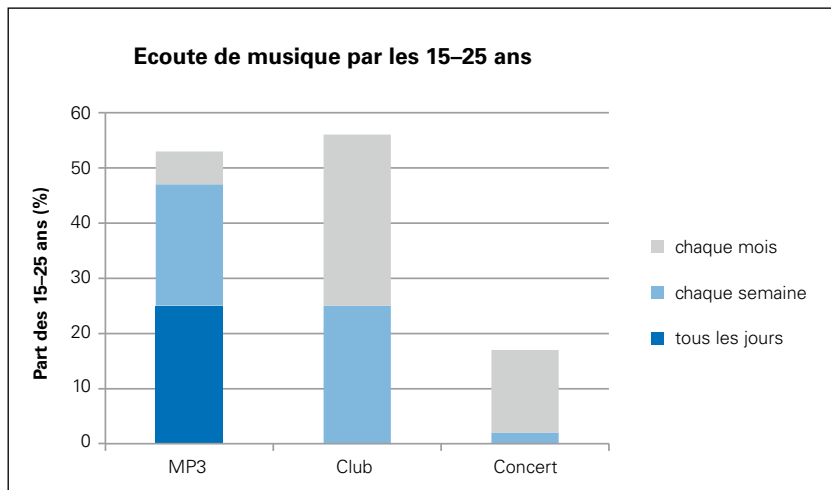
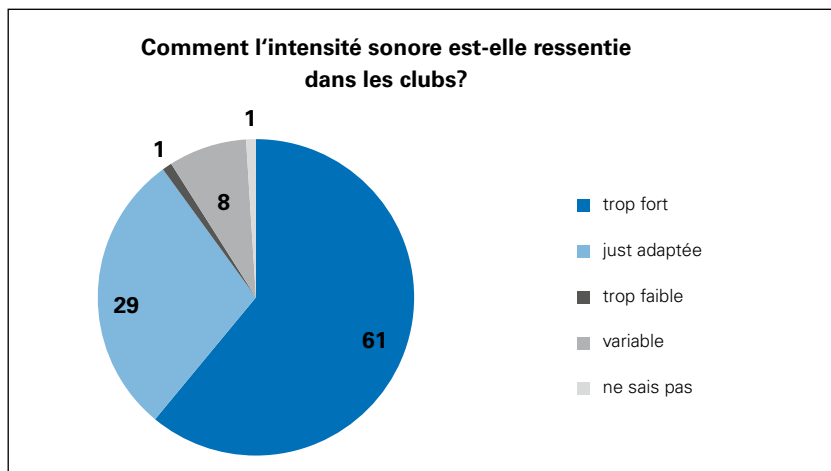


Figure 2

Niveaux sonores dans les clubs et à des concerts: malgré la valeur limite de 100 décibels valable pour les clubs et les concerts, une grande partie des personnes qui les fréquente trouve les niveaux sonores trop élevés.



Références

1. ISO 1999:1990 Acoustics – Determination of occupational noise exposure and estimation of noise-induced hearing impairment.
2. RS 814.49 Ordonnance sur la protection contre les nuisances sonores et les rayons laser lors de manifestations (Ordonnance son et laser, OSLa)
3. SNEN 50332-1:2000 Equipement de systèmes acoustiques: Casques et écouteurs associés avec un baladeur – Méthode de mesure de niveau maximal de pression acoustique et prise en compte d'une limite.
4. www.suva.ch/fr/startseite-suva/praevention-suva/sichere-freizeit-suva/tinnitus-nein-danke-suva/studie-mp3-hoerverhalten-suva.htm

Auteurs

Salome Ryf, Office fédéral de la santé publique
Urs Bieri et Jonas Kocher, gfs.bern

Contact

Unité de direction Protection des consommateurs
Division Radioprotection
Téléphone : 031 322 96 14
schall@bag.admin.ch
www.admin.ch/son

Bibliographie

gfs.bern. Befragung Schallexposition und Gehör. Studie im Auftrag des BAG, Abteilung Strahlenschutz. 2012

Stupéfiants
Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N ^{os} de bloc	Ordonnances n ^{os}
Argovie	112052D	2801298
Vaud	123289F	3082201–3082225

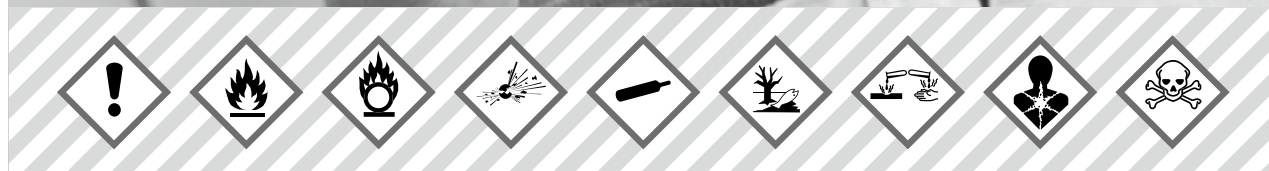
Swissmedic
Division stupéfiants

Campagne de communication
Bien regardé, bien protégé.

Protection des consommateurs

BIEN REGARDÉ, BIEN PROTÉGÉ.

Achat, utilisation, entreposage ou élimination : soyez toujours attentifs aux symboles de danger et aux conseils de prudence sur l'étiquette.



INFOCHIM.ch

Une campagne pour l'utilisation en toute sécurité des produits chimiques au quotidien.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Office fédéral de la santé publique OFSP

Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail CFST

Secrétariat d'Etat à l'économie SECO

Office fédéral de l'environnement OFEV

Office fédéral de l'agriculture OFAG

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni

PPA 3003 Berne

PP/Journal

CH-3003 Berne

Indiquer les changements

d'adresse:

Bulletin de l'OFSP

OFCL, Diffusion publications

3003 Berne

Bulletin 17/13