



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé
Sous-direction de la santé des populations et
de la prévention des maladies chroniques
Personne chargée du dossier
Dr Sylvie Floreani
Mail : sylvie.floreani@sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

A

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé
(pour attribution et diffusion)

INSTRUCTION N° DGS/SP/SP1/2018/205 du 28 septembre 2018 relative à la conduite à
tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole
Date d'application : immédiate
NOR : **SSAP1823721J**
Classement thématique : protection sanitaire

Validée par le CNP le 28 septembre 2018 - Visa CNP 2018-82

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit

Résumé : La présente instruction actualise la précédente instruction, elle est avant tout destinée à la mise à jour de la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole qu'il s'agisse d'un cas unique, d'une situation de cas groupés ou épidémique.

Mots-clés : rougeole- prophylaxie-sujet contact-vaccination- vaccination post exposition- immunoglobulines-déclaration obligatoire-évacuation de la collectivité-confirmer des cas

Textes de référence :

- articles L3111-1, R.3113-1 à R. 3113-5 et D. 3113-6 et 3113-7 du code de la santé publique
- arrêté du 24 juin 2005 relatif à la notification des cas de rougeole
- plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010

Textes abrogés : Circulaire n° DGS/RI1/DUS/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés

Annexes :

Guide pratique sur la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole

La France est engagée depuis 1998 dans une politique d'élimination de la rougeole dans le cadre des objectifs de l'organisation mondiale de la santé pour la région européenne (OMS Europe).

Malgré l'introduction de la vaccination contre la rougeole dans le calendrier des vaccinations en 1983, l'introduction d'une deuxième dose en 1996 pour laquelle l'âge a été abaissé à 16-18 mois en 2013 ainsi que la gratuité de cette vaccination pour les enfants, la couverture vaccinale demeure insuffisante pour garantir l'élimination de la rougeole : en effet la couverture vaccinale pour 2 doses n'atteint pas 80 % à deux ans alors que l'objectif de l'organisation mondiale de la santé est un taux de couverture vaccinale de 95 %.

La survenue fin 2017 d'une épidémie de rougeole qui fait suite à une précédente épidémie de forte ampleur (2008-2012) rend indispensable la mise en œuvre de mesures de contrôle ainsi que leur actualisation.

La présente instruction actualise les recommandations de prophylaxie qui figuraient dans la circulaire N°DGS/R11/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et à la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.

L'objectif de ce document demeure identique et vise à :

- réduire la transmission de la rougeole chez les sujets contacts ;
- réduire les formes graves de rougeole en particulier chez les sujets à risque ;
- contrôler les épidémies ;
- assurer la notification des cas de rougeole.

Dans le contexte d'une politique d'élimination de la rougeole et de la nécessité du contrôle des épidémies de rougeole, **la remontée des signalements aux ARS par les cliniciens ou les biologistes qui suspectent ou diagnostiquent un cas de rougeole et la déclaration obligatoire** sont fondamentales car elles permettent de mettre en œuvre rapidement les mesures de prévention autour de ce cas. Les prélèvements biologiques (tests salivaires, prélèvements pour la pratique d'examens de biologie moléculaire ou prélèvements pour réalisation d'une sérologie) permettent, outre la confirmation des cas, la surveillance de la circulation virale en France.

S'agissant des kits salivaires, ces derniers sont destinés en **priorité** aux praticiens de ville ; quelques kits peuvent toutefois être positionnés dans les services d'accueil d'urgence pédiatriques. Il vous appartient d'organiser la gestion du stock régional de ces kits afin d'assurer leur répartition entre les différentes délégations départementales.

Vous vous assurerez que ces signalements sont suivis de la transmission de la fiche de notification obligatoire indispensable au suivi épidémiologique.

Vous veillerez également, lorsque la situation le nécessite, à transmettre toute information relative aux cas de rougeole au centre opérationnel de réception et de régulation des alertes sanitaires et sociales (CORRUSS) de la direction générale de la santé, conformément à l'instruction du 25 juin 2015.

Afin d'être efficaces, les mesures de prophylaxie exigent une mise en œuvre rapide voire **urgente** dans le cas où les contacts d'un cas de rougeole sont des sujets à risque de rougeole grave. En effet pour être efficace, la vaccination prophylactique doit intervenir dans un délai de 72 heures suivant le contact et les immunoglobulines, lorsqu'elles sont indiquées doivent être administrées dans les 6 jours. Les contacts à risque sont les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes et les nourrissons de moins de 12 mois ; ils présentent un risque élevé de complications. La prophylaxie de la rougeole inclut également la vaccination des personnes non immunisées vivant dans l'entourage de ces personnes fragiles. **Vous veillerez à tout mettre en œuvre afin de faciliter l'accès aux vaccins des nourrissons de moins de 12 mois révolus dans un délai de 72 heures suivant leur contact avec un cas de rougeole.**

La mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés particulièrement dans les structures propices à la transmission (collectivités de jeunes enfants, milieu scolaire et universitaire, structures de soins et tout milieu au sein duquel la transmission est potentiellement élevée) est essentielle dans l'objectif d'assurer le contrôle des foyers. **Il vous appartient de diffuser à ces acteurs, les recommandations en vigueur.**

Des actions d'information, à destination du grand public et de l'ensemble des professionnels concernés, doivent être mises en place devant tout nouveau foyer épidémique.

Les évolutions à prendre en compte depuis la circulaire du 4 novembre 2009 :

- création des agences régionales de santé ;
- modification des recommandations de vaccination :
 - suppression de la recommandation de vaccination contre la rougeole dès l'âge de 9 mois des nourrissons fréquentant une collectivité d'enfants ;
 - nécessité, pour les enfants ayant reçu une première dose de vaccin contenant la valence rougeole **avant 12 mois**, de recevoir deux doses conformément au calendrier des vaccinations (une dose à 12 mois et une dose à 16-18 mois) ;
- arrêt de commercialisation du vaccin monovalent Rouvax® : la prescription d'un vaccin trivalent contenant la valence rougeole s'effectue hors AMM pour les nourrissons **de 6 à 8 mois révolus et nécessite une recommandation temporaire d'utilisation (RTU)** ;
- délai pour initier la vaccination de personnes ayant reçu des immunoglobulines (IgG) porté à 9 mois après leur administration ;
- inutilité de la sérologie à des fins de contrôle de l'immunité : en effet, il n'existe pas de corrélation entre le dosage d'IgG et l'immunisation d'un sujet (seul le dosage des anticorps neutralisants permet d'apporter la preuve de cette immunisation).

Modifications apportées au guide

Ce guide, annexé à l'instruction, détaille l'ensemble des éléments à prendre en compte pour la gestion des situations de cas sporadiques, de cas groupés et d'épidémie de rougeole :

- la fiche 1 détaille les éléments cliniques et précise les complications de la rougeole ;
- la fiche 2, relative au diagnostic biologique, a été réorganisée ;
- la fiche 3 actualise les recommandations vaccinales en fonction des nouveaux avis et des vaccins disponibles sur le marché ;
- les fiches 4, 5, 6 et 7 détaillent les mesures de contrôle autour d'un ou plusieurs cas de rougeole en fonction des situations : cas sporadique, cas groupés, milieu de soins, situation épidémique (nouvelle fiche).

La documentation des cas de rougeole survenant chez des sujets vaccinés avec deux doses de vaccin pourrait faire l'objet d'une enquête (dont le protocole sera à discuter). Un document relatif à ces échecs vaccinaux pourrait être ultérieurement annexé à l'instruction.

Vous voudrez bien diffuser cette instruction :

- aux directeurs d'établissements de santé publics et privés de votre région, en leur demandant de la transmettre aux professionnels concernés ;
- aux conseils départementaux des ordres des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes ;
- aux services de promotion de la santé en faveur des élèves ;
- aux services de santé universitaires ;
- aux conseils départementaux, notamment aux services de protection maternelle et infantile, pour diffusion aux services d'accueil de l'enfance ;
- aux municipalités pour diffusion à leurs services d'hygiène et de santé et leurs établissements d'accueil de l'enfance ;
- aux établissements d'accueil de l'enfance agréés par le ministère de l'Education nationale ;
- et toutes autres structures que vous jugeriez utile d'informer.

Vous me tiendrez informé sous le présent timbre de toute difficulté dans la mise en œuvre de cette instruction.

Pour la ministre et par délégation

Vu au titre du CNP
par la Secrétaire générale
des ministères chargés des
affaires sociales

Signé

Sabine FOURCADE

Signé

Jérôme SALOMON
Directeur général de la santé



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Annexe

**GUIDE PRATIQUE : CONDUITE À TENIR AUTOUR D'UN OU PLUSIEURS CAS DE
ROUGEOLE**

Ce document actualise l'annexe de l'instruction de 2009, il a été élaboré à partir des travaux de la commission nationale de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale

Annexe : 7 fiches

Fiche 1 : formes clinique et transmission de la rougeole	p.5
Fiche 2 : diagnostic biologique de la rougeole	p.8
Fiche 3 : vaccination contre la rougeole	p.10
Fiche 4 : conduite à tenir autour d'un cas	p.11
Fiche 5 : conduite à tenir devant des cas groupés	p.17
Fiche 6 : conduite à tenir en situation épidémique	p.19
Fiche 7 : conduite à tenir en milieu de soins	p.21
Annexe 1 : fiche de notification obligatoire	p. 24
Annexe 2 : technique de prélèvement-kit salivaire	p.25
Annexe 3 : schéma de prophylaxie post exposition	p.26
Annexe 4 : tableau des mesures préventives pour une personne exposée à un cas de rougeole	p.27
Annexe 5 : schéma de prescription des vaccins trivalents chez le nourrisson de 6 à 8 mois révolus dans le cadre de la procédure de RTU	p.28

Abréviations et acronymes

ARS : agence régionale de santé

CHU : centre hospitalier universitaire

CIRE : cellule d'intervention en région (Santé publique France en région)

CPias : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins.

CVGAS : cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires

DFA : département français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane, Martinique)

EEG : électroencéphalogramme

EOH : équipe opérationnelle d'hygiène

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

IG : immunoglobulines

LCS : liquide cébrospinal (ancienne dénomination liquide céphalo rachidien : LCR)

PESS : panencéphalite sclérosante subaiguë

PMI : protection maternelle et infantile

R0 : il s'agit du taux de reproduction de base d'une maladie infectieuse, c'est-à-dire du nombre de personnes susceptibles d'être contaminées lorsqu'un cas est introduit dans une population non immunisée, il reflète la contagiosité de la maladie. Le R0 de la rougeole est de 15 à 20.

Réserve sanitaire : la Réserve sanitaire est une communauté de professionnels de santé volontaires et mobilisables par l'État (médecins, soignants, techniciens de laboratoire, manipulateurs radio...). Capable d'intervenir dans un délai très court, la Réserve sanitaire tient à disposition un large éventail de compétences pour venir en renfort lors de situations sanitaires exceptionnelles (source santé publique France).

ROR : rubéole, oreillons, rougeole

RT-PCR : reverse transcriptase polymerase chain reaction

RTU : recommandation temporaire d'utilisation

1. Manifestations cliniques

1.1 Forme commune

- **La période d'incubation silencieuse est d'une durée moyenne de 10 jours.**
- **La phase d'invasion** qui apparaît environ 10 jours après le contage dure de 2 à 4 jours, C'est la période au cours de laquelle la contagiosité est maximale, elle est marquée par :
 - une fièvre élevée accompagnée d'un malaise général avec asthénie et anorexie ;
 - Un catarrhe oculo-respiratoire avec rhinite, toux, conjonctivite et photophobie. L'aspect « bouffi, grognon et pleurard » de l'enfant est très évocateur ; il est souvent moins évident chez l'adulte où on note le plus souvent une conjonctivite bilatérale.
 - Le signe de Köplik, pathognomonique, est inconstant. Il apparaît vers la 36^{ème} heure puis disparaît après le début de l'éruption. Il s'agit de petits points blanchâtres ou bleuâtres situés sur la face interne de la muqueuse jugale sur un fond érythémateux.
- **Le délai moyen d'apparition de l'éruption est de 14 jours après le contage** (avec des valeurs extrêmes s'étendant de 7 à 18 jours).
 - **L'éruption débute derrière les oreilles et au niveau de la face et s'étend progressivement en une seule poussée de haut en bas et vers les extrémités**, en 3 jours. Cette éruption épargne paumes des mains et plantes des pieds.
 - La durée moyenne de l'éruption est de 5 à 6 jours.
 - **Il s'agit d'une éruption maculo-papuleuse** légèrement en relief, non prurigineuse avec intervalle de peau saine entre les éléments.
 - Les macules de couleur rosée ou rougeâtre s'effacent à la pression.
 - La palpation est particulièrement utile sur peau brune : perception « veloutée ».
 - Les formes atypiques de l'éruption : scarlatiniforme, purpuriques... sont rares.
 - Les polyadénopathies sont fréquentes.
- On observe une apyrexie vers le 3^{ème}-4^{ème} jour de l'éruption en l'absence de complications.

La notion de contage peut constituer une aide au diagnostic en cas de doute clinique.

Une éruption survenant dans les 10 jours suivant une vaccination par un vaccin trivalent contenant la valence rougeole et rubéole est à priori d'origine vaccinale. Dans un contexte épidémique ou de contage, seul le génotypage (kit salivaire pour RT-PCR) permettra la distinction entre rougeole post vaccinale et rougeole liée à un virus sauvage.

1.2 Les formes compliquées

Elles sont plus fréquentes chez les nourrissons de moins de 1 an et chez les patients âgés de plus de 20 ans.

Les complications les plus sévères sont la pneumonie chez l'enfant (2 à 7%) mais aussi chez l'adulte et l'encéphalite aiguë (1 /1000 à 2000). L'atteinte hépatique est fréquente chez l'adulte.

- **Complications respiratoires** :
 - Otites ou laryngites
 - **Pneumonies** : Il peut s'agir d'une pneumonie rougeoleuse ou d'une surinfection bactérienne.
 - **Pneumopathies interstitielles à cellules géantes** : il s'agit d'une complication majeure chez l'immunodéprimé habituellement mortelle.
- **Complications neurologiques**
 - **L'encéphalite aiguë post éruptive** : elle survient en moyenne une à deux semaines suivant l'éruption. La létalité de l'encéphalite aiguë atteint 10 % mais peut atteindre 30 %, le taux de séquelles (épilepsie, retard mental...) est de l'ordre de 20 % à 40 % :
 - son début brutal est marqué par une fièvre élevée associée à des convulsions et des troubles de la conscience ainsi que des troubles végétatifs constants ;

- l'examen neurologique peut mettre en évidence un déficit moteur ou des troubles du tonus ;
- l'examen du liquide cébrospinal (LCS), montre une hyperleucocytose ainsi qu'une hyperprotéinorachie modérées. Le virus n'est pas retrouvé dans le LCS ;
- l'électroencéphalogramme (EEG) peut montrer des ondes lentes diffuses sans spécificité par rapport à ce qui est observé dans les autres encéphalites aiguës de l'enfant.
- **L'encéphalite à inclusions (MIBE ou Measles Inclusions Body Encephalitis)** est une complication de la rougeole chez l'immunodéprimé apparaissant dans un délai de un à six mois après l'épisode rougeoleux ou la notion d'un contage lorsque l'expression clinique est atypique. Elle est marquée par des troubles de la conscience, une démence d'installation progressive et des convulsions. La létalité est très élevée. Le virus est retrouvé lors la biopsie cérébrale et plus rarement dans le LCS.
- **La panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) :**
 - Cette complication redoutable est observée dans un cas /10 000 pour les rougeoles survenues avant l'âge de 12 mois et dans un cas /100 000 pour les rougeoles survenues après cinq ans. Cette complication semble plus fréquente en cas de rougeole congénitale.
 - Elle débute en moyenne 7 ans (de 4 à 10 ans) après l'épisode rougeoleux, elle apparaît dans un délai beaucoup plus court après une rougeole congénitale. Elle se caractérise par la survenue progressive d'une démence associée à des troubles du comportement, des myoclonies et des troubles moteurs.
 - L'EEG est caractéristique : ondes lentes périodiques, bilatérales et symétriques toutes les sept à 10 secondes
 - La confirmation diagnostique repose sur la mise en évidence d'une synthèse intrathécale d'anticorps anti rougeoleux.
 - Le décès est constant.
- **Atteinte hépatique**
Alors que l'atteinte hépatique est peu fréquente et le plus souvent asymptomatique chez l'enfant, chez l'adulte en revanche, cette atteinte est fréquente (taux de 50 à 80 % dans des séries de patients hospitalisés). Biologiquement on observe une cytolysé habituellement modérée, le retour à la normale des transaminases est retardé (jusqu'à 3 semaines après l'éruption).
- **Autres complications**
Elles sont rares, il peut s'agir d'atteintes ophtalmiques, d'appendicites, de pancréatites, de myocardites ou de péricardites.

1.3 Rougeole et grossesse

- La pneumopathie constitue la complication la plus fréquente de la rougeole chez la femme enceinte (risque jusqu'à 3 fois supérieure au risque de pneumopathie chez les femmes d'âge comparable non enceintes).
- Chez la femme enceinte, le risque de décès lié à la rougeole est 6 fois plus élevé qu'en dehors de la grossesse.
- La rougeole maternelle comporte également un risque de mort fœtale ou de naissance prématurée ; la rougeole constitue un facteur de déclenchement du travail.
- La rougeole congénitale est liée à la survenue d'une rougeole chez la mère en fin de grossesse. Du fait du passage transplacentaire du virus dans les jours précédant l'accouchement, le nouveau-né présente constamment une rougeole congénitale qui se traduit de manière inconstante par une éruption fébrile à la naissance ou dans les 10 jours suivants ; elle peut se limiter à l'apparition d'IgM ou à une séro conversion (en l'absence d'administration d'immunoglobulines). Les complications sont plus sévères chez le prématuré.
- Les immunoglobulines doivent être administrées au nouveau-né dès la naissance¹ quel que soit le tableau clinique ou biologique.

¹ Avis HCSP du 23 mai 2011 relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=214>

2. Transmission

La rougeole est l'une des infections virales les plus contagieuses (R_0 , de 15 à 20). Sa transmission se fait essentiellement par voie aérienne à partir des sécrétions naso-pharyngées, et plus rarement par des objets contaminés.

La phase de contagiosité commence la veille de l'apparition des premiers symptômes, soit cinq jours avant le début de l'éruption, et s'étend jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

Fiche 2 : Diagnostic biologique de la rougeole

Compte tenu de la baisse de l'incidence de la rougeole, la confirmation biologique de cette maladie est essentielle. Dans l'objectif d'élimination de la rougeole, cette confirmation contribue à la mise en place des mesures préventives autour des cas et permet de faire un diagnostic différentiel avec d'autres maladies éruptives de type morbilliforme.

Le diagnostic virologique repose sur des techniques indirectes de mise en évidence d'anticorps anti-rougeoleux dans le **sérum** et le **liquide buccal** ainsi que des techniques directes de détection du virus de la rougeole dans différents types de prélèvements (liquide buccal, tout type de prélèvement respiratoire, urines sang total).

Lorsque les prélèvements sont réalisés en ambulatoire, il est préférable de les réaliser au domicile du patient afin d'éviter le risque de transmission aux autres patients présents en salle d'attente.

1. Diagnostic indirect par sérologie sur prélèvement de sang (tube sec) :

C'est la technique la plus accessible pour réaliser le diagnostic de rougeole, c'est celle dont dispose la plupart des laboratoires.

Il s'agit d'un test utilisant la technique ELISA (*Enzyme-linked immunosorbant assay*) pratiqué sur le sérum.

- ☐ La détection des anticorps anti-rougeoleux de type IgM dans un contexte d'éruption morbilliforme permet d'établir le diagnostic de rougeole.
- ☐ L'absence d'IgM ET d'IgG spécifiques (**sérologie négative**) lors d'un prélèvement réalisé au cours des trois premiers jours de l'éruption ne permet pas d'éliminer le diagnostic : il doit être suivi d'un second prélèvement.
- ☐ En cas de rougeole, une séroconversion (apparition des IgM et des IgG) pourra être mise en évidence par un second prélèvement réalisé à 8 jours d'intervalle.
- ☐ Les IgG apparaissent de façon concomitante aux IgM ou avec un décalage de quelques jours.
- ☐ La présence d'IgG seules en début d'éruption signe soit une rougeole antérieure soit un antécédent de vaccination (même incomplète). Elle ne permet pas toutefois pas d'attester de l'immunisation contre la rougeole du fait de l'absence de corrélation entre le taux d'anticorps et la protection contre la rougeole (la preuve de l'immunisation nécessiterait un dosage des anticorps neutralisant)².

Dans les 2 mois suivant une vaccination contre la rougeole, la détection des IgM et des IgG spécifiques ne permet pas de différencier une rougeole vaccinale d'une rougeole « sauvage ».

2. Diagnostic direct par biologie moléculaire

A côté de la sérologie IgM, la détection de l'ARN viral dans les échantillons par RT-PCR³ permet de poser un diagnostic après extraction des acides nucléiques à partir de plusieurs types d'échantillons : liquide buccal, écouvillonnage rhino-pharyngé ou autres prélèvement respiratoire, échantillon d'urine, ainsi qu'à partir de prélèvement de sang total prélevé pendant la période virémique. L'ARN viral est détectable dans ces échantillons de quelques jours avant le début de l'éruption jusqu'à environ 10-12 jours après. L'excrétion du virus dans les urines semble être plus longue. Ce type d'échantillon permet une détection plus tardive après l'éruption.

² La rougeole et son virus, virologie Volume 15, numéro 1, Mars 2011 François Freymuth, Julia Dina¹, Isabelle Parent du Chatelet, Bénédicte Moure¹, Diane Waku-Kouomou, Astrid Vabret, http://www.jle.com/fr/revues/vir/e-docs/la_rougeole_et_son_virus_287415/article.phtml?tab=texte

³ Privilégier la RT-PCR en établissement de santé (CHU) ou par le CNR (kit salivaire), cet examen n'étant à ce jour pas remboursé en ville.

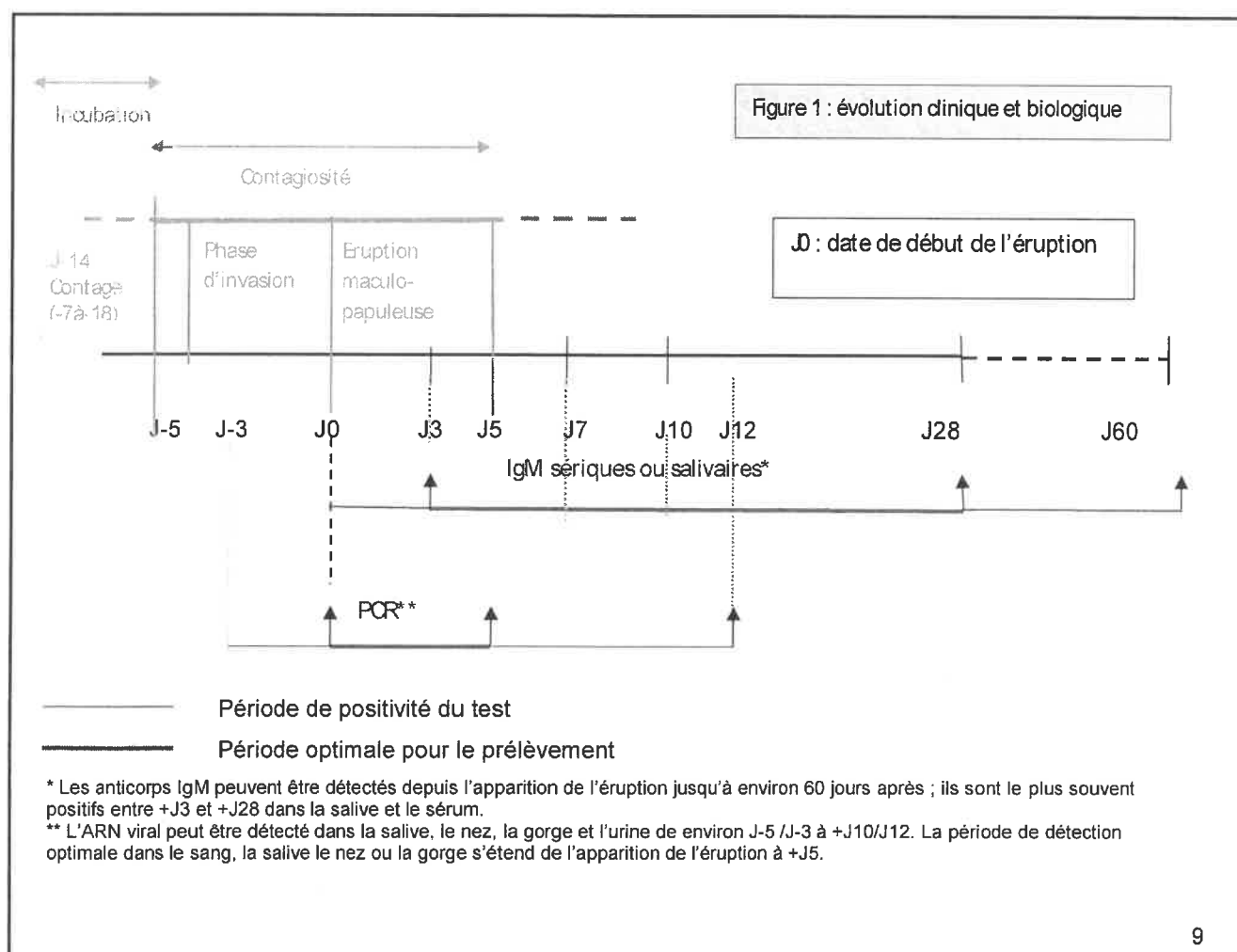
L'analyse de la séquence génomique réalisée à partir des prélèvements positifs en RT-PCR pour la rougeole permet l'identification du génotype viral. Seul le séquençage avec identification du génotype permet le diagnostic différentiel entre une souche vaccinale et une souche sauvage de rougeole. Il s'agit en outre d'un des éléments du suivi épidémiologique de la rougeole.

La recherche par biologie moléculaire (RT-PCR) est réalisée au CNR (courriel : cnr-roug-para@chu-caen.fr) et de plus en plus de laboratoires de virologie spécialisés (en particulier dans les CHU).

3. Diagnostic à partir d'un prélèvement de liquide buccal (kit salivaire) :

C'est l'approche proposée en France dans le cadre du Plan d'élimination de la rougeole.

- Le liquide buccal est prélevé à l'aide d'un écouvillon en mousse que l'on passe le long du sillon gingivo-jugal pendant environ 1 minute (Annexe 2).
- Ce type de prélèvement (qui recueille de la salive mais aussi des cellules) permet à la fois la recherche de l'ARN viral (par RT-PCR) et celle des anticorps spécifiques IgM et IgG.
 - La cinétique des anticorps présents dans le liquide buccal et dans le sérum se superpose.
 - L'ARN viral est toujours présent pendant les phases d'invasion et éruptive de la maladie.
- Les tests sur le kit salivaire sont réalisés par le Centre national de référence (CNR) de la rougeole. Les résultats sont adressés par le CNR au médecin prescripteur. L'envoi des prélèvements au CNR doit être effectué sans délai.
- Ces kits salivaires sont fournis par Santé publique France et sont distribués par les ARS.



Fiche 3 : vaccination contre la rougeole

Les recommandations en population générale sont détaillées ci-dessous, elles figurent dans le calendrier des vaccinations en vigueur

(<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>).

La vaccination contre la rougeole est obligatoire pour les enfants depuis le 1^{er} janvier 2018, elle est exigible pour l'entrée en collectivité pour les enfants nés depuis le 1^{er} janvier 2018.

Les recommandations vaccinales particulières, émises par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), autour d'un cas et autour de cas groupés figurent dans les fiches 3 et 4.

Tableau 1 : vaccination contre la rougeole- rappel du calendrier des vaccinations

Recommandations générales	
Age de la vaccination	Vaccin
12 mois (obligatoire)	1 ^{ère} dose de vaccin ROR
Entre 16 et 18 mois (obligatoire)	2 ^{ème} dose de vaccin ROR (cette 2 ^{ème} dose peut être administrée avant 16 mois sous réserve de respecter un délai minimal de 1 mois entre les 2 doses)
Personnes nées depuis 1980 (Rattrapage)	Les personnes nées depuis 1980 devraient avoir reçu au total deux doses de vaccin trivalent , en respectant un délai minimal d'un mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis des oreillons et de la rubéole.
Recommandations pour les groupes à risque	
Groupe à risque	Vaccin
Nourrissons de 6 à 11 mois révolus	Se rendant en voyage dans une zone de forte endémicité ⁴ ou contact d'un cas de rougeole ⁵ : Une dose de vaccin trivalent⁶ peut être administrée entre 6 et 11 mois⁷ révolus (l'enfant recevra par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal⁸).
Voyageurs en zone de haute endémicité non vaccinés sans antécédent de rougeole	Nés depuis 1980 : Mise à jour du calendrier vaccinal Nés avant 1980 : Une dose de vaccin trivalent. Vacciné à 2 doses avec une première dose avant l'âge de 12 mois : administrer une 3 ^e dose de vaccin trivalent Le risque doit être évalué par le médecin vaccinateur en fonction de la durée, des conditions du voyage et du niveau d'endémicité de la rougeole dans le pays
Professionnels de santé non vaccinés, sans antécédent de rougeole ou dont l'histoire est douteuse parmi les suivants : professionnels de santé en formation, à l'embauche ou en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave. Pour ces personnes, le contrôle sérologique est inutile.	Nés avant 1980 : une dose de vaccin trivalent ROR Nés depuis 1980 : mise à jour conformément au calendrier vaccinal pour atteindre deux doses de vaccin trivalent

La vaccination antirougeoleuse est contre-indiquée pendant la grossesse, cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez la femme enceinte ne doit pas conduire à une interruption médicale de grossesse.

⁴ BEH spécial vaccination des voyageurs : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2017>

⁵ Dans un délai maximal de 72 h après le contact

⁶ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2844107/fr/vaccination-contre-la-rougeole-avant-l-age-de-12-mois-suite-a-l-arret-de-commercialisation-du-vaccin-monovalent-rouvax

⁷ **La réalisation de la vaccination avec un vaccin trivalent des nourrissons âgés de 6 et 8 mois révolus nécessite le recours à une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) (voir annexe 5)**

⁸ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=363> et <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=362>

Fiche 4 : conduite à tenir autour d'un cas

La rougeole est redevenue, en 2005, une maladie à déclaration obligatoire (signalement et notification) (décret n° 2005-162 du 17 février 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et arrêté du 24 juin 2005 relatif à la notification des cas de rougeole).

La confirmation biologique des cas cliniques est un élément essentiel de la surveillance.

1. Signalement (article R. 3113-4 code de la Santé publique)

- Les cliniciens et les biologistes qui suspectent (critères cliniques) ou diagnostiquent (critères biologiques) un cas de rougeole doivent le **signaler** sans délai à **l'agence régionale de santé (CVGAS) de leur lieu d'exercice**.
- Le signalement peut être effectué **par tout moyen approprié** : téléphone, fax, mail ... ou à l'aide de la fiche de notification spécifique (annexe 2) qui sera alors faxée à l'ARS même si tous les items n'ont pu être renseignés ; ces derniers devront être complétés par la suite dans la mesure du possible.
- Ce signalement est essentiel car il permet à l'ARS et à la CIRE d'identifier rapidement les cas groupés ou une chaîne de transmission afin de prendre des mesures préventives appropriées ou de s'assurer qu'elles ont été prises pour les sujets contacts (cf. paragraphe 5.2).

Critères de signalement :

Critères cliniques

Association d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik.

Critères biologiques

- Détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) d'IgM spécifiques de la rougeole dans un prélèvement sanguin ou de liquide buccal, **ou**
- Séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, **ou**
- Détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, de liquide buccal, rhino-pharyngé ou urinaire, **ou**
- Culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, buccal ou urinaire.

2. Notification (article R.3113-1 du code la santé publique)

- Le signalement doit être **suivi par l'envoi de la fiche de notification obligatoire** sur laquelle le médecin déclarant aura complété la description du cas.
- Si la fiche de notification a déjà été adressée par le déclarant à l'ARS lors du signalement, La personne en charge de la veille sanitaire à l'ARS rappellera le déclarant afin de compléter le document notamment s'agissant des examens biologiques.
- Cette fiche est téléchargeable sur le site Internet de Santé publique France (https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do), elle peut également être envoyée au déclarant par l'ARS à la demande ou lors du signalement d'un cas.
- Toutes les fiches y compris celles pour lesquelles les résultats biologiques se révèlent négatifs pour la rougeole (cf. fiche 1) sont envoyées par l'ARS à Santé publique France. Ces informations permettent à Santé publique France de suivre la proportion de cas cliniques faisant l'objet d'une confirmation biologique ainsi que la proportion de cas cliniques de rougeole correspondant à des rougeoles confirmées et représentent un des éléments d'évaluation de la qualité de la surveillance pour l'OMS.
- **Il est important de veiller à ce que les complications plus tardives comme l'encéphalite à inclusion ou la PESS soient rapportées.**

La notification des cas de rougeole a pour objectif :

- de détecter les cas groupés ;
- de mesurer les progrès vers l'élimination et de faciliter les actions de prévention ;
- d'établir l'incidence départementale, régionale et nationale, ainsi que les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques de la rougeole. Ces données épidémiologiques doivent faire l'objet d'une transmission annuelle à l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre du plan d'élimination de la rougeole dans la région Europe.

A l'issue du signalement et du recueil des éléments recueillis lors de la notification, les cas retenus sont classés en :

- Cas clinique** : Cas présentant les critères cliniques pour lequel il n'y a pas eu d'analyse biologique et qui n'est pas lié épidémiologiquement à un autre cas de rougeole confirmé ou pour lequel les résultats biologiques ne permettent pas d'exclure le diagnostic (ex : prélèvement négatif réalisé en dehors des délais préconisés, cf. fiche 1).
- Cas confirmé biologiquement** : Patient ayant présenté des signes cliniques évocateurs de rougeole et pour lequel un ou plusieurs critères de confirmation biologique sont présents.
- Cas confirmé épidémiologiquement** : Cas qui répond à la définition d'un cas clinique⁹ et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé¹⁰.

3. Investigations

- Identification de la source de contamination** : Recherche d'un contact avec un cas de rougeole dans les **7 à 18 jours** avant le début de l'éruption (notion d'un contage).
- Recherche d'autre cas dans l'entourage familial du malade par interrogatoire** : Cette recherche doit se faire que le cas index soit un cas clinique ou un cas confirmé. Les examens biologiques sont inutiles pour les contacts asymptomatiques.
- Recherche d'éventuels autres cas** en particulier au sein des collectivités ;
- Identification des sujets contacts**, que le cas index soit un cas clinique ou un cas confirmé. Elle doit se faire, dans la mesure du possible, dans les 24 heures qui suivent le signalement du cas.
Il est fondamental d'identifier les contacts à risque (femme enceintes, sujets immunodéprimés, nourrissons de moins de 12 mois) afin de mettre en place les mesures de prévention urgentes (vaccination ou immunoglobulines)
- Vérification du statut vaccinal**
Pour le statut vaccinal, seuls les carnets de santé ou de vaccination¹¹ le documentent. En leur absence, (et en l'absence d'antécédents notés de rougeole) la personne est considérée comme non immunisée, et potentiellement réceptive à la rougeole. Pour les indications des vaccins, se référer à l'annexe 4.
En fonction de la situation, les sujets contacts non ou insuffisamment vaccinés seront adressés à leur médecin traitant, à un centre de santé ou de prévention médicale.

⁹ En situation de cas groupés, le diagnostic peut être défini épidémiologiquement avant que l'ensemble des signes cliniques ne soient présents.

¹⁰ Ce cas peut être un cas confirmé biologiquement ou un cas confirmé épidémiologiquement (situation correspondant à une chaîne de transmission)

¹¹ Ou tout autre document attestant de la vaccination

Définition des sujets contacts

Parmi les personnes ayant côtoyé le malade pendant sa période de contagiosité (5 jours avant jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption), sont considérés comme contact :

- ☐ L'entourage familial (personnes de la famille vivant sous le même toit) ;
- ☐ Les enfants et adultes de la même section en crèche ou en halte-garderie ;
- ☐ Les enfants et adultes exposés au domicile de garde quand le cas est gardé par une assistante maternelle ;
- ☐ Toute personne ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (école, internat, local professionnel, transports publics, aéronef ...) avec un contact avec le malade en face à face ou un séjour de plus de 15 mn ;
- ☐ Toute personne ayant séjourné dans une pièce fréquentée par le malade jusqu'à 2 h après le départ de ce dernier.

4. Mesures de contrôle à prendre autour d'un cas

Les investigations des contacts familiaux sont menées par le médecin traitant du cas index, les mesures concernant les contacts extra-familiaux sont à prendre par l'ARS en lien avec les médecins impliqués (médecin de crèche, médecin scolaire, médecin du travail...)

L'ARS doit également s'assurer auprès du médecin en charge du malade que les mesures pour l'entourage familial et pour les contacts en milieu de soins (professionnels de santé et autres patients) ont été prises (voir fiche 3 et fiche 7).

L'ARS recueille également l'information quant à une confirmation biologique et s'assure que la fiche de DO a été complétée.

Cas ayant un lien avec l'étranger

Quelle que soit la situation, il est impératif d'informer la sous-direction veille et sécurité sanitaire de la DGS (alerte@sante.gouv.fr)

Cas importé :

Un cas est considéré comme importé, lorsque la rougeole survient au décours **d'un séjour à l'étranger au cours des 7-18 jours précédant l'éruption et que la maladie ne peut être rattachée à une transmission locale sur le territoire français.**

Lorsque le signalement ou la DO font mention d'une notion de séjour à l'étranger, et que le cas est confirmé biologiquement, l'ARS doit s'assurer auprès du médecin ou du malade qu'il n'y a pas de notion de contagion sur le territoire national. Dans ces situations le génotypage est fortement recommandée (prélèvement de liquide buccal dit « prélèvement salivaire » ou autre prélèvement direct à envoyer au CNR)

Cas des transports aériens :

Lorsqu'à l'interrogatoire il est établi qu'un malade (cas confirmé biologiquement) a utilisé un moyen de transport aérien international (aéronef) pendant la période de contagiosité, la sous - direction veille et sécurité sanitaire de la DGS évaluera la nécessité de procéder, en lien avec la compagnie aérienne et éventuellement les autorités sanitaires du ou des pays concernés, à une recherche des passagers contacts potentiellement réceptifs.

Pour les cas hospitalisés, se rapporter à la fiche 7

4.1 Vaccination des contacts¹² autour d'un cas

La vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent le premier contact potentiellement infectant avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie. Il est donc indispensable de mettre en œuvre les mesures de contrôle aussi rapidement que possible.

Lorsque la situation requiert l'administration de deux doses, l'intervalle entre les doses sera d'au moins un mois.

Si, parmi les sujets contacts d'un cas de rougeole, des personnes sont à risque de rougeole grave, la confirmation biologique du cas index doit être apportée en urgence.

Si le délai nécessaire à la confirmation est susceptible de compromettre la mise en œuvre de la prophylaxie post exposition en étant hors délai, soit :

- **72 h** pour la vaccination post exposition pour les nourrissons de 6 à 11 mois révolus ;
- **6 j** (suivant le premier contact potentiellement infectant) pour l'administration d'immunoglobulines pour les sujets immunodéprimés, les femmes enceintes, les nourrissons de moins de 6 mois de mère non immune et les nourrissons de 6 à 11 mois révolus n'ayant pu être vaccinés dans le délai de 72 heures,

La nécessité d'attendre la confirmation avant la mise en route de la prophylaxie sera examinée au cas par cas.

Dans cette situation l'administration d'immunoglobulines doit se faire en lien avec un pédiatre ou infectiologue hospitalier.

La vaccination des sujets contacts d'un cas de rougeole peut être effectuée dès l'âge de 6 mois¹³ (voir annexe 4). Elle est indiquée pour les contacts non ou insuffisamment vaccinés ou de statut vaccinal inconnu, sans antécédent documenté de rougeole.

Pour les nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus la vaccination doit impérativement être réalisée dans les 72 h suivant le contact ; au-delà de ce délai cette vaccination post exposition n'a pas sa place ; la prophylaxie post exposition nécessitant alors l'administration d'immunoglobulines.

-  **les nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus** ayant été vaccinés dans ces conditions, recevront par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal.

Si la vaccination n'a pu être réalisée dans le délai de 72 h, il est alors recommandé de prescrire des immunoglobulines.

La vaccination des nourrissons de 6 à 8 mois révolus avec un vaccin trivalent contenant la valence rougeole requiert le recours à une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) (voir annexe 5)

-  **les personnes vaccinées à 2 doses de vaccin trivalent et ayant reçu la 1^o dose avant l'âge de 12 mois** doivent recevoir une 3^o dose de vaccin trivalent.

-  **Les nourrissons âgés de 12 mois et plus n'ayant reçu qu'une dose de vaccin trivalent** doivent recevoir leur deuxième dose si la première dose a été administrée depuis plus d'un mois. La deuxième injection de vaccin trivalent peut donc être réalisée sans attendre l'âge de 16-18 mois dès

¹² Voir définition chapitre 3

¹³ Avis HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2844107/fr/vaccination-contre-la-rougeole-avant-l-age-de-12-mois-suite-a-l-arret-de-commercialisation-du-vaccin-monovalent-rouvax

lors qu'un délai minimal de un mois est respecté entre les deux injections. **La vaccination demeure recommandée même si le délai de 72 h est dépassé.**

-  **Pour les personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 12 mois :** mise à jour des vaccinations (voir annexe 4). Pour ces personnes, la vaccination demeure recommandée même si le délai de 72 h est dépassé.
-  **Cas particulier de cas survenant dans le milieu de la petite enfance :** mise à jour de la vaccination des personnes vivant au domicile des assistantes maternelles et des personnels travaillant dans la section fréquentée par l'enfant en crèche si ces adultes sont nés depuis 1980.
-  Pour les personnes nées avant 1980, qui affirment ne pas avoir été antérieurement vaccinées et ne pas avoir développé la rougeole, la vaccination doit être proposée.
-  La vaccination d'une personne déjà infectée (pendant la période d'incubation) ne présente pas de risque particulier. Elle permettra en revanche une immunisation ultérieure dans le cas où cette personne n'aurait pas été contaminée lors du contage.
-  Professionnels de santé : voir fiche 7.

4.2 Immunoglobulines

Dans certaines situations¹⁴ (sujet contact présentant des facteurs de risque de rougeole grave), des immunoglobulines (à la posologie de 200 mg/kg) sont indiquées en post exposition à un cas confirmé¹⁵.

-  **L'administration d'immunoglobulines (IG) polyvalentes (une seule injection) après exposition à un cas confirmé doit être proposée** aux personnes contact présentant des facteurs de risque après exposition à un cas de rougeole confirmée et ne pouvant ou n'ayant pas bénéficié d'une vaccination prophylactique post exposition.
-  Pour être efficaces les IG doivent être administrées dans les **6 jours qui suivent le contage**. Leur administration se fait par voie intraveineuse et nécessite une courte hospitalisation. On considère que la protection conférée par les IG est d'environ trois semaines.
-  **Les IG polyvalentes sont recommandées après exposition à un cas confirmé pour :**
 - La femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole.
 - Le sujet immunodéprimé, quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole.
 - Les nourrissons de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole.
 - Les nourrissons de moins de 6 mois dont la mère n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée.
 - Les nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus non vaccinés en post-exposition dans les 72 h après contact (cf. tableau 3), quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole.
-  **Après avoir reçu des IG pour une exposition à la rougeole, une vaccination avec le vaccin trivalent à deux doses est recommandée. Toutefois, un délai d'au moins 9 mois entre l'administration des IG et la première dose de vaccin sera respecté.** (NB, le calendrier vaccinal sera difficile à respecter du fait de ce délai)

¹⁴ Guide du Haut conseil de la santé publique pour l'immunisation en post exposition du 19 janvier 2016 ; <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=548>

¹⁵ <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Utilisation-des-immunoglobulines-humaines-polyvalentes-ig-dans-un-contexte-de-fortes-tensions-d-approvisionnement-diffusion-d-une-note-d-information-relative-a-la-hierarchisation-des-indications-Point-d-Information>

<https://ansm.sante.fr/content/download/144463/1908295/version/1/file/Tableau-priorisation+IG-V310518-mai2018.pdf>

4.3 Mesures complémentaires

 Eviction du malade de la collectivité (cas clinique ou cas confirmé) :

Elle est recommandée pendant toute la période de contagiosité, à savoir jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption (voir notamment le guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants du Haut conseil de la santé publique du 28/09/2012)¹⁶.

En outre, le contact de ces malades avec des personnes non ou insuffisamment immunisées doit être évité.

 Information des personnels et des familles, lors d'un cas survenant au sein des collectivités et en milieu professionnel, ayant fréquenté les mêmes locaux que le malade de l'existence d'un risque de contracter la rougeole. Cette information peut se faire par courrier ou à défaut, par affichage. Il est recommandé à ces personnes de ne pas fréquenter de lieux publics et de ne pas se rendre sur leur lieu de travail en cas d'apparition de symptômes évocateurs de rougeole.

¹⁶ Survenue de maladies infectieuses en collectivité, conduite à tenir : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>

Fiche 5 : conduite à tenir devant des cas groupés

L'existence de cas groupés témoigne de la circulation du virus de la rougeole dans une communauté. Les principales mesures de prévention visent à limiter la propagation de la maladie et à augmenter le niveau d'immunité de cette population.

L'investigation de cas groupés a deux objectifs :

- identifier et décrire des populations au sein desquelles le virus rougeoleux circule afin de mettre en œuvre des mesures de contrôle adaptées et ciblées reposant notamment sur la vaccination
- interrompre la transmission du virus.

1. Définitions

On parle généralement de cas groupés lors de la survenue de trois cas ou plus de rougeole parmi lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement, dans une même zone géographique (commune, arrondissement, département), sur une période de temps limitée (quelques jours voire quelque semaines).

Si les cas fréquentent une même collectivité (école, colonie de vacances, crèche, lycée...) la survenue de deux cas dont un au moins est confirmé définit une situation de cas groupés

Une chaîne de transmission est définie par la survenue de cas liés épidémiologiquement entre eux, parmi lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement et dont les dates de début d'éruption sont compatibles avec une même chaîne de transmission liant les cas.

2. Mesures générales

Les mesures à mettre en place sont identiques à celles décrites autour d'un cas confirmé :

- La recherche d'autres cas ;
- L'éviction des collectivités pour les malades ;
- L'identification des sujets contacts proches et en collectivité ;
- L'identification des contacts présentant des facteurs de risque ;
- La vaccination des sujets contacts ainsi que la mise à jour des vaccinations chez les personnes de la collectivité.

3. Investigations

Lorsque l'ARS a identifié une situation de cas groupés, l'investigation sera mise en place au plus vite. Une assistance méthodologique pourra au besoin être demandée à Santé publique France à travers la CIRE concernée.

Recherche active des cas :

- Contacter tous les professionnels de santé de la zone géographique concernée, médecins généralistes, pédiatres libéraux et médecins hospitaliers (services d'urgence, pédiatres et infectiologues), médecins de PMI et de l'éducation nationale, responsables de laboratoires d'analyses médicales et des laboratoires hospitaliers, afin qu'ils signalent à l'ARS tous les cas qui répondent à la définition d'un cas clinique ou à celle d'un cas confirmé. Les mesures préventives autour des cas seront également rappelées à cette occasion.
- Si les cas surviennent en collectivité, l'ARS préviendra le responsable de l'établissement ainsi que les services médicaux concernés.
- La recherche d'autres cas dans l'entourage familial des cas appartenant à la collectivité et n'ayant pas fait l'objet d'un signalement ou d'une déclaration obligatoire pourra être faite par l'ARS avec l'appui de la CIRE au besoin. Parmi les cas recensés, ceux ayant déjà fait l'objet d'une déclaration obligatoire seront identifiés.

Confirmation des diagnostics :

- Pour la confirmation biologique, l'ARS doit également, dans ce cadre, proposer et faire parvenir aux médecins libéraux exerçant dans la zone géographique concernée des kits salivaires ainsi que dans les Services d'Accueil des Urgences, **en particulier de pédiatrie**.
- Il est souhaitable qu'au moins les premiers cas bénéficient d'un prélèvement à visée diagnostique, sachant que l'investigation épidémiologique établira les liens entre les cas d'une même chaîne de transmission.
- La collecte d'échantillons destinés au CNR¹⁷ pour typage génétique est nécessaire à la fois pour des cas sporadiques et en situation de cas groupés ou de flambées épidémiques pour identifier le génotype circulant, en particulier pour les cas importés ou liés à une importation.
- Santé Publique France, informée par l'ARS ou la CIRE prend contact avec le CNR qui peut se mettre en contact avec les biologistes des laboratoires (hospitaliers ou non) concernés afin qu'ils envoient, dans la mesure du possible, les échantillons nécessaires dans les conditionnements adaptés.

Identification des contacts réceptifs :

- Si les cas groupés surviennent en collectivité, il est important de pouvoir estimer rapidement la proportion de sujets réceptifs (et en particulier la couverture vaccinale). Compte tenu de la grande contagiosité de la rougeole, **toutes les personnes fréquentant la collectivité** doivent être considérées comme contacts.

Analyse des données :

- L'analyse est faite localement par l'ARS et la CIRE aussi rapidement que possible pour identifier et décrire les populations à risque et localiser d'éventuelles chaînes de transmission (crèche, école ...). Une courbe épidémique et au besoin un graphique représentant les chaînes de transmission est réalisée afin de suivre au mieux l'évolution de la situation.

Rapport d'investigation :

- Un rapport d'investigation (ARS et/ou CIRE), sera réalisé.
- Retour d'information/ Communication
Un retour d'information par l'ARS sur la situation sera fait aux professionnels de santé de la zone géographique et/ou des collectivités concernées, dans les meilleurs délais.

4. Mesures de contrôle

4.1 Vaccination

La vaccination est ainsi proposée aux contacts proches et en collectivité sans attendre les résultats de laboratoire.

En situation de cas groupés, des mesures vaccinales particulières et supplémentaires sont proposées : elles reposent sur la notion qu'en situation épidémique, une proportion importante des cas sont confirmés épidémiologiquement et que la valeur prédictive positive du diagnostic clinique est plus élevée que dans une situation de cas sporadiques.

En plus des recommandations autour d'un cas (voir annexe 4), toutes les personnes, y compris celles nées avant 1980, sans antécédents connus de rougeole devrait compléter ou initier leur vaccination jusqu'à obtenir au moins deux doses de vaccin trivalent.

4.2 Immunoglobulines

Lorsque la vaccination prophylactique n'a pu être réalisée (contre-indication, délai dépassé pour les nourrissons de 6 à 11 mois révolus), les immunoglobulines seront proposées aux sujets à risque (femmes enceintes, nourrissons de moins de 6 mois de mère non immune, nourrissons de 6 à 11 mois révolus, personnes immunodéprimées voir [fiche 4](#)).

¹⁷ CNR : Laboratoire de virologie humaine et moléculaire, CHU, avenue G. Clemenceau, 14 033 Caen cedex – Tél. : 02 31 27 25 54 – Fax. : 02 31 27 25 57

Fiche 6 : conduite à tenir en situation épidémique

1. Définition de la situation épidémique

Une épidémie au niveau d'une région est définie par la présence de chaînes de transmission actives avec une tendance à l'augmentation hebdomadaire du nombre de cas. En fonction de l'extension géographique, deux niveaux de transmission peuvent être distingués :

- Epidémie niveau 1 : une faible partie des départements sont en situation épidémique ;
- Epidémie niveau 2 : la grande majorité ou la totalité des départements sont en situation épidémique.

La même logique s'applique pour la définition de l'épidémie au niveau national. Au niveau national, l'épidémie sera considérée de niveau 2 si la grande majorité ou la totalité des régions sont en situation épidémique.

Au niveau régional, l'analyse du niveau de transmission est assurée par la CIRE en lien avec l'ARS ; au niveau national cette analyse est assurée par Santé publique France.

Le niveau de l'épidémie n'a pas d'incidence sur les mesures de gestion, il peut toutefois avoir un impact sur l'intensité de la réponse et la communication.

2. Mesures générales

Seront privilégiées les mesures suivantes :

- **Mesures vaccinales (cf cas groupés/mesures complémentaires)**
- **Eviction/collectivité**
- **Identification des contacts à risque**

3. Investigations

3.1 Confirmations des cas

Lorsqu'un lien épidémiologique avec un cas confirmé biologiquement a pu être mis en évidence, le cas est confirmé épidémiologiquement, il n'est pas nécessaire de réaliser des examens biologiques complémentaires. En effet, dans une situation épidémique, la valeur prédictive positive du diagnostic clinique est élevée.

Ainsi, il n'est pas utile de réaliser une confirmation biologique dans les situations suivantes : cas cliniques avec un lien épidémiologique avec un cas confirmé ou celles de cas groupés de rougeole dans une collectivité pour lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement.

 **Si ce lien n'a pu être établi, la confirmation biologique est indispensable dans les situations suivantes :**

- cas hospitalisé ;
- cas suspect chez une personne à risque de rougeole grave (nourrissons de moins de 12 mois, personnes immuno-déprimées, femmes enceintes) ;
- cas suspect fréquentant des milieux à risque (hôpital, maternité, collectivités avec personnes à risque, structure d'accueil de la petite enfance ...) ;
- cas suspect avec sujet contact à risque de rougeole grave ;
- cas suspect chez une personne vaccinée (à 1 ou 2 doses) ;
- cas suspect survenant dans un des trois DFA (zone OMS en voie de certification de l'élimination)
- cas suspect survenant dans les deux semaines suivant voyage à l'étranger.

Réalisation technique examens biologiques

- kits salivaires : en situation épidémique, ils sont destinés en priorité au nourrisson du fait du caractère non invasif du prélèvement, ainsi qu'aux cas suspects pour lesquels l'accès à un laboratoire d'analyse présente des difficultés.
- sérologie pour recherche d'IGM
- diagnostic moléculaire par PCR pouvant être réalisée en milieu hospitalier

 **Notification** : adaptation de la stratégie de surveillance des cas de rougeole en situation d'épidémie.

Il est primordial de maintenir la surveillance par le signalement et le remplissage de la fiche de déclaration obligatoire (DO) des cas afin de suivre la dynamique de l'épidémie et d'assurer la gestion autour des cas.

- L'invalidation des signalements trop incomplets pourra être éventuellement proposée.

3.2 Investigations autour des cas

Même dans les régions épidémiques, une investigation à minima autour de chaque cas reste nécessaire afin d'identifier les personnes ou les situations suivantes qui nécessitent de façon prioritaire la mise en œuvre de mesures de gestion :

-  Cas ayant des contacts avec des personnes à risque de rougeole grave (nourrissons de moins de 12 mois, personnes immuno-déprimées, femmes enceintes)
-  Foyer de cas au sein de collectivités fréquentées par des sujets à risque de formes graves :
 - crèches et autres collectivités accueillant des enfants de moins de 12 mois ;
 - services hospitaliers ;
 - collectivité à risque particulier du fait d'une couverture vaccinale potentiellement basse : communauté de gens du voyage, personnes déplacées migrantes ou réfugiées ;
 - Risque d'exportation des cas vers une zone ou un pays en situation d'élimination de la rougeole (DFA, région des Amériques).

4. Mesures de contrôle

4.1 Campagne de vaccination

En situation épidémique outre la vaccination autour des cas et le recours aux immunoglobulines tels que décrits dans les fiches précédentes, des mesures exceptionnelles peuvent être envisagées.

Campagne de vaccination :

-  milieu scolaire ou universitaire,
-  communauté de population fragilisées ou vulnérables (gens du voyage, campement de migrants...)
-  et toute structure collective au sein de laquelle ce type d'action est envisageable

Les actions devront s'appuyer sur un réseau de partenaires locaux : médecine scolaire, médecine universitaire, médecine du travail, associations ..., voire faire appel à la Réserve sanitaire si nécessaire.

4.2 Communication et information

Des campagnes de communication destinées à accroître la couverture vaccinale contre la rougeole et à limiter la transmission doivent être envisagées.

Elles doivent cibler à la fois les professionnels (milieu de soins, collectivité à risque) et le grand public.

En fonction de la situation la communication peut être locale (appui possible du niveau central) ou nationale.

Fiche 7 : conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins

En raison de la très haute contagiosité de la rougeole tout cas de rougeole en milieu de soins peut être responsable d'une transmission nosocomiale. Elle peut être à l'origine de formes graves chez les personnes à haut risque de complications qui fréquentent ces établissements (nourrissons, femmes enceintes, personnes immunodéprimées), mais aussi chez des adultes non immunisés contre la rougeole.

La survenue d'une rougeole dans un établissement de soins nécessite que soient mises en œuvre rapidement des mesures visant à prévenir la propagation, notamment par le personnel soignant.

La vaccination contre la rougeole est recommandée chez l'ensemble des professionnels de santé sans antécédents de rougeole non ou insuffisamment vaccinés particulièrement lorsque ces professionnels travaillent auprès de personnes à risque de rougeole grave. (voir fiche 3).

Ces actions nécessitent une articulation entre différents services (équipe opérationnelle d'hygiène, Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas), médecine du travail..)

Le virus de la rougeole peut rester présent dans l'air jusqu'à 2 h après le départ du malade, des mesures de prévention de type « air » doivent donc être mises en place en milieu de soins.

L'ARS s'assure que les différentes mesures à prendre par le clinicien en charge du malade ont été prises (mesures détaillées dans la fiche 4)

1. Mesures visant à éviter la transmission aérienne en milieu de soins :

1.1 En salle d'attente en ville :

- ☐ isoler le patient (mise à l'écart des autres patients), limiter ses déplacements au strict nécessaire et alors lui faire porter un masque chirurgical ;
- ☐ accélérer sa prise en charge afin d'éviter les contacts avec d'autres malades en salle d'attente, après le départ du malade, aérer la salle d'attente au moins 10 mn ;
- ☐ Si l'état de santé du malade nécessite une hospitalisation, il est indispensable de contacter le médecin du service qui accueillera le patient ou du Service d'Accueil des Urgences (SAU) pour prévenir l'équipe hospitalière de l'arrivée d'un cas de rougeole afin que les mesures de prévention soient prises.

1.2 Lors de la prise en charge du malade en milieu hospitalier (y compris lors d'un transport sanitaire)

- ☐ Prise en charge rapide afin d'éviter les contacts avec les autres patients.
- ☐ **Prise en charge du patient par du personnel immunisé contre la rougeole :**
 - personnel immunisé contre la rougeole (vérification du statut vaccinal, antécédents de rougeole)
 - limiter le nombre d'intervenants.
- ☐ **Mise en place des précautions complémentaires de type « air » :**
 - isoler le patient pendant la phase de contagiosité (jusqu'à cinq jours après le début de l'éruption) : chambre seule (porte fermée), limiter les visites, limiter les intervenants ;
 - limiter ses déplacements vers les différents plateaux techniques (examens radiologiques,...) ;
 - port du masque chirurgical par le malade dès l'arrivée à l'hôpital, au service des urgences et dans tous ses déplacements ;
 - port du masque de protection respiratoire (FFP) dès l'entrée dans la chambre ;
 - aération régulière de la chambre ;
 - aérer la pièce fréquentée par le malade après son départ pendant au moins 10 mn (à défaut la pièce doit être condamnée pendant 2 h).
- ☐ **Respect des précautions standard pour le personnel :**

- port de gants non stérile à usage unique lors des soins au malade exposant aux liquides biologiques ;
- hygiène des mains avant et après tout contact direct avec un cas, après retrait de gants ;
- port d'une surblouse à usage unique lors des soins exposant aux liquides biologiques ;
- port de lunettes de protection si risque de projection lors des soins..

2. Mesures vis-à-vis des contacts du malade (hors professionnels de santé)

2.1 Contacts familiaux

Les mesures sont détaillées dans la fiche 4. Elles relèvent du médecin en charge du malade, éventuellement en lien avec les médecins des contacts familiaux lorsque le malade consulte de lui-même aux urgences.

2.2 Contacts extra familiaux du cas, antérieurs au passage du malade en milieu de soins

Ces mesures seront prises par l'ARS sur la base des informations délivrées par le clinicien en charge du malade lors du signalement du cas à l'ARS (mesures décrites fiche 4).

2.3 Contacts en milieu de soins

- ☐ Recherche et identification rapide, idéalement dans les 24 premières heures, des sujets contacts du cas (ayant fréquenté la même salle d'attente, ayant eu des contacts lors du passage aux urgences, au sein des différents plateaux techniques ou lors d'une hospitalisation). Cette identification des contacts nécessite une traçabilité du parcours du patient en milieu de soins (heure d'arrivée aux urgences, en salle d'attente ou dans les différents services hospitaliers fréquentés par le cas,...) ;

- ☐ Information des sujets contacts ;

- ☐ Vérification de leur statut vaccinal (carnet de santé ou autre document) ou leur antécédent vis-à-vis de la rougeole ou-orienter vers le médecin traitant ;

- ☐ Indication d'une vaccination si nécessaire (la vaccination dans les 72 heures suivant un contact avec un cas peut éviter la survenue de la maladie) ou de l'administration d'IG (voir fiche 4) dans les six jours suivant le contact.

En médecine de ville, ces mesures seront prises par le praticien en charge du cas (personnes ayant fréquenté la même salle d'attente, personnel du cabinet médical,...) ;

En milieu hospitalier, dès le diagnostic de rougeole évoqué, le clinicien en charge du patient prendra l'attache de l'EOH pour prendre des mesures vis-à-vis des personnes ayant été en contact avec le cas de rougeole suspecté ou confirmé.

3. Mesures à prendre en milieu hospitalier vis-à-vis du personnel soignant

Ces mesures sont à prendre en lien avec l'EOH et le service de médecine du travail.

3.1 Information du personnel

- ☐ **Information du personnel** relative à ce cas de rougeole, à la maladie elle-même et à ses signes cliniques, ainsi qu'à son mode de transmission, par tout moyen disponible (affichage, réunions d'informations...). Il s'agit d'une étape essentielle destinée à sensibiliser l'ensemble du personnel à la détection d'autres cas, qui doit être menée sous la responsabilité du chef de service en collaboration avec l'EOH.

- ☐ Le service de biologie sera systématiquement informé de toute suspicion de rougeole avant l'envoi en urgence d'un (ou des) prélèvement(s) à visée diagnostique.

3.2 Prise en charge des professionnels, contacts d'un cas de rougeole

- ☐ **Identifier le personnel contact** d'un cas par l'interrogatoire.

- ☐ **Au contact d'un cas**, il est recommandé d'administrer **une dose de vaccin trivalent à tous les personnels de santé** susceptibles d'être ou d'avoir été exposés pour lesquels il n'existe pas de preuve de rougeole antérieure ou qui n'ont pas reçu une vaccination complète à deux doses et ce, quelle que soit leur date de naissance. Cette vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent un contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie. Elle reste recommandée si ce

délai est dépassé. Ces personnels devront avoir reçu au total deux doses de vaccin trivalent (si deux doses doivent être administrées, le délai entre les deux injections est au minimum d'un mois).

- ☐ **Vérifier le statut vaccinal de l'ensemble des membres du personnel soignant** (dossier du service de santé au travail). En leur absence, et en l'absence d'antécédents de rougeole, mettre à jour la vaccination du personnel non immunisé selon les recommandations du calendrier vaccinal.
- ☐ Il n'y a pas lieu de proposer systématiquement une éviction aux soignants contacts non immunisés, même en l'absence de vaccination post-exposition. Ils doivent toutefois être informés de la possibilité de survenue ultérieure d'une rougeole et de la nécessité de ne pas se rendre sur leur lieu de travail et de consulter en cas d'apparition de symptômes évocateurs de rougeole (cf [fiche 1](#))

3.3 Eviction de l'établissement des professionnels atteint de rougeole

L'ARS doit s'assurer de l'effectivité de l'arrêt de travail de ce ou ces professionnels pendant la période de contagiosité (jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption) et de l'éviction du personnel à risque (réceptifs) des soins au malade atteint de rougeole.

3.4 Confirmation du diagnostic

Les mesures suivantes doivent pouvoir être prises rapidement en lien avec le laboratoire de biologie hospitalier :

- ☐ pratiquer des sérologies en urgence pour confirmer le diagnostic chez les cas suspects ;
- ☐ adresser rapidement en virologie les recherches par PCR (voir fiche 2) ;
- ☐ ou faire utiliser les kits salivaires à visée diagnostique disponibles dans les SAU (s'assurer de la disponibilité des kits) ;
- ☐ acheminer au CNR les kits salivaires ou les prélèvements positifs par PCR en vue d'un génotypage ;
- ☐ informer rapidement le prescripteur de la confirmation biologique d'un cas et de la nécessité de le signaler puis le notifier (fiche de déclaration obligatoire) à l'ARS.

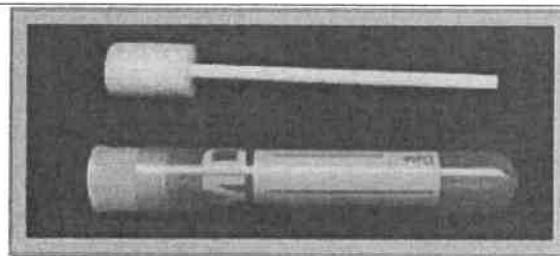
L'envoi et l'examen virologique des kits salivaires au CNR sont gratuits. Si des échantillons autres que le kit salivaire sont transmis au CNR pour une recherche du virus de la rougeole par PCR à visée diagnostique, les coûts du transport pourront revenir au laboratoire ayant réalisé les prélèvements.

Les envois d'échantillons (sang, gorge, LCR, urines...) trouvés positifs pour le virus de la rougeole sont à envoyer au CNR, en vue d'un génotypage, par le laboratoire ayant réalisé le diagnostic, après échange avec le CNR.

Annexe 2 : Technique de prélèvement-kit salivaire

Composition d'un kit de prélèvement :

- un écouvillon en mousse dans un tube en plastique fermé (ci-contre) qui se conserve à T° ambiante ;
- une étiquette et une boîte de transport ;
- une fiche de renseignements pour le CNR ;
- une enveloppe préaffranchie à l'adresse du CNR .



Technique : Ce prélèvement est non-invasif. Il suffit de frotter la face interne des joues/gencives du malade pendant 1 minute environ avec la petite éponge fournie jusqu'à ce que celle-ci soit imbibée de liquide buccal. Une fois le prélèvement réalisé, l'écouvillon est remis dans le tube plastique qui est identifié par une étiquette sur laquelle doivent être inscrits le nom, le prénom et la date de naissance du patient. Puis ce tube est placé dans la boîte de transport qui est placée dans l'enveloppe. L'envoi peut se faire à température ambiante, par voie postale normale.

Mise à disposition des kits de prélèvements salivaires par l'ARS : Ces kits sont destinés en priorité aux médecins praticiens, quelques kits peuvent être positionnés au niveau des services d'accueil des urgences **essentiellement pédiatriques** (les patients admis aux urgences faisant dans leur grande majorité, déjà l'objet d'un bilan sanguin). Les médecins libéraux peuvent, à l'occasion du signalement de cas, demander des kits de prélèvement salivaire à l'ARS (par téléphone, télécopie ou par l'intermédiaire de la fiche de DO). Les ARS enverront aux médecins par voie postale les kits demandés. Ces kits seront adressés avec une fiche de renseignements, l'emballage et l'enveloppe affranchie pour l'envoi.

Les analyses des prélèvements sont gratuites pour le patient. La fiche de renseignements doit être complétée et accompagner le prélèvement. Les coordonnées du médecin prescripteur (adresse, N° de téléphone, N° de fax, courriel) doivent être fournies afin que le résultat lui soit communiqué rapidement (dans les 3 jours) par le CNR (cnr-rou-para@chu-caen.fr).

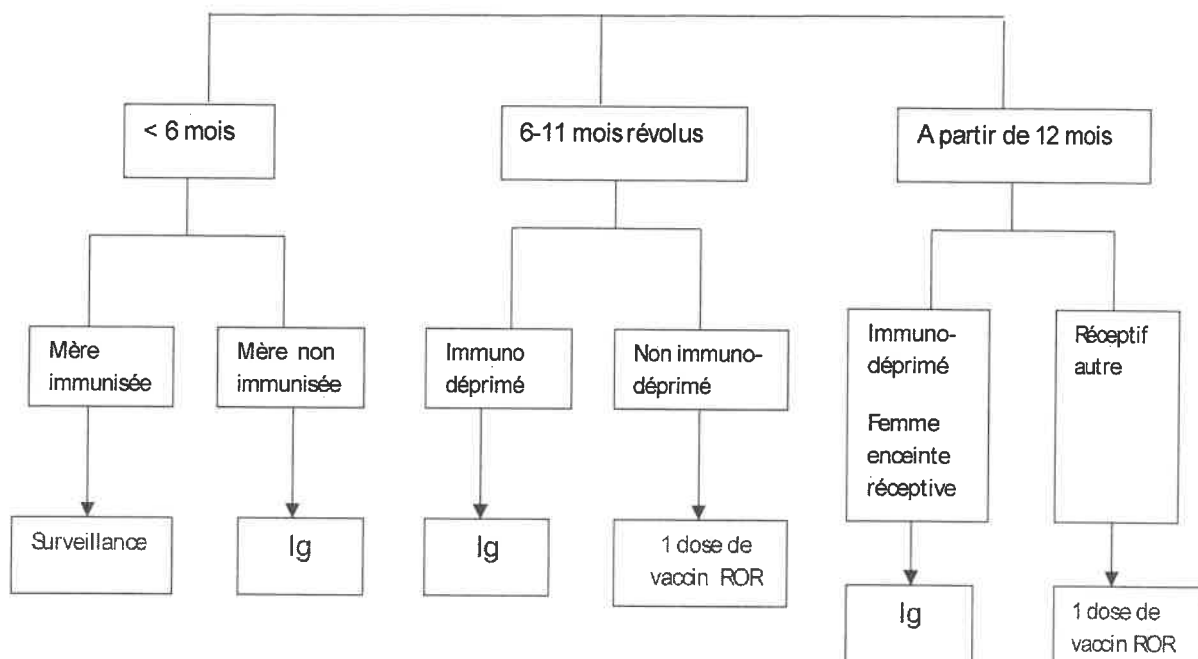
Gestion des kits salivaires : Santé publique France assure la gestion d'un stock national afin de pouvoir permettre l'investigation d'éventuelles flambées et de répondre à la demande des ARS/DT pour le renouvellement de leurs stocks. Il appartient aux ARS d'organiser la gestion du stock régional entre les différentes délégations départementales de leur région.

Pour se réapprovisionner, les ARS devront faire une demande de kits auprès de Santé publique France : (dmi-kits-rougeole@santepubliquefrance.fr).

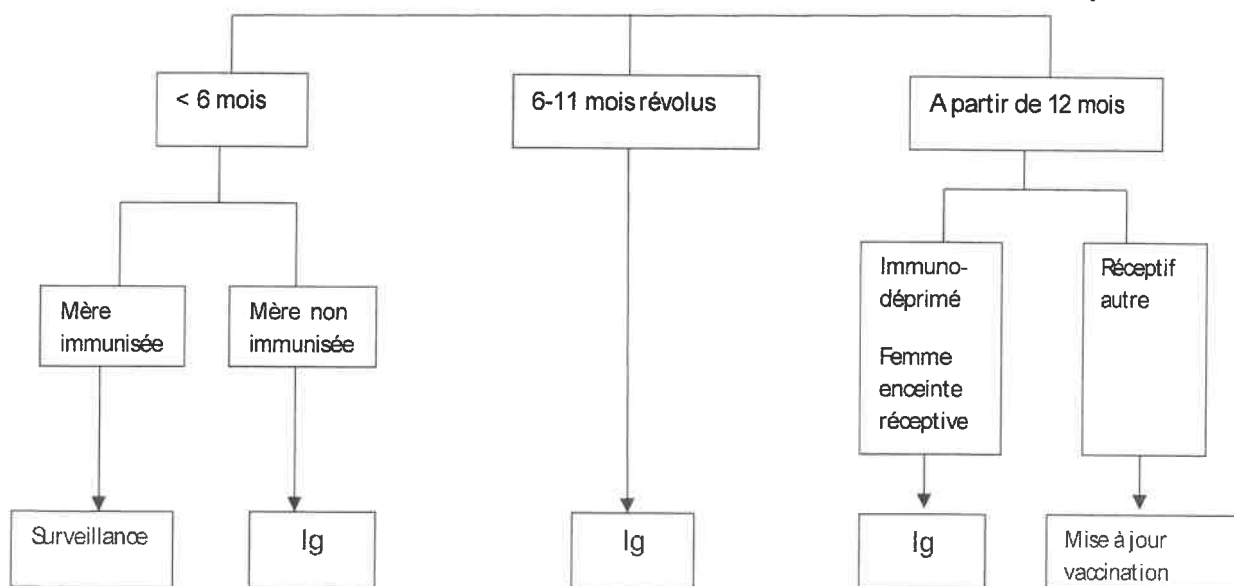
Nota : Les mêmes recommandations concernant le diagnostic biologique s'appliquent pour les Départements d'Outremer (confirmation biologique et recueil des souches circulantes). Pour les modalités d'acheminement des prélèvements, prendre contact avec le CNR (cnr-roug-para@chu-caen.fr).

Annexe 3 : Schéma de prophylaxie post exposition¹⁸

Prophylaxie post exposition – contact remontant à moins de 72 h



Prophylaxie post exposition – contact remontant à plus de 72 h et à moins de 6 jours



- Immunisé : vaccination à 2 doses ou antécédents documentés de rougeole
- Réceptif : non vacciné ou vacciné une dose ou aucun antécédent de rougeole

¹⁸ D'après HCSP rapport du 12 février 2016 ; guide pour l'immunisation en post-exposition ; vaccination et immunoglobulines.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=548>

Annexe 4 : tableau des mesures préventives pour les personnes exposées à un cas de rougeole

Vaccination des sujets contacts d'un cas de rougeole potentiellement réceptifs¹⁹ à la rougeole :

☐ **Nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus²⁰** : une dose de vaccin trivalent²¹ dans les 72 heures suivant le contage présumé (le sujet recevra par la suite deux²² doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal). En l'absence de vaccination dans ce délai, les immunoglobulines sont recommandées (voir 4.3, fiche 4)

☐ **Personnes âgées de plus de 12 mois**

- Les personnes vaccinées à 2 doses de vaccin trivalent et ayant reçu la 1^o dose avant l'âge de 12 mois doivent recevoir une 3^o dose de vaccin trivalent ;
- Les nourrissons âgés de 12 mois et plus, n'ayant reçu qu'une dose de vaccin trivalent doivent recevoir leur deuxième dose si la première dose a été administrée depuis plus de un mois sans attendre l'âge de 16-18 mois ;
- Personnes âgées de plus de 12 mois et nées depuis 1980 : mise à jour du calendrier vaccinal pour atteindre deux doses de vaccin trivalent ;
- **Pour les personnes nées avant 1980 qui affirment ne pas avoir été vaccinées et ne pas avoir présenté la maladie, la vaccination doit être proposée.**

☐ **Professionnels de santé et professionnels chargés de la petite enfance**, sans antécédent de rougeole et/ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin trivalent, quelle que soit leur date de naissance : une dose de vaccin trivalent.

Mise à jour par la suite du statut vaccinal afin d'atteindre deux doses de vaccin trivalent pour les personnels nés depuis 1980.

Les professionnels nés avant 1980 n'ayant reçu qu'une dose de vaccin contenant la valence rougeole et n'ayant aucun antécédent de rougeole doivent recevoir une seconde dose en cas de contage.

L'administration d'une dose de vaccin, telle que préconisée ci-dessus, réalisée dans les 72 h qui suivent le contact avec un cas peut éviter de plus la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé, sauf pour les nourrissons de 6 à 11 mois révolus qui relèvent d'une prévention par immunoglobulines

Lorsque la situation requiert deux doses, l'intervalle entre les deux injections sera d'au moins un mois.

¹⁹ Sujets sans antécédents de rougeole ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin contre la rougeole

²⁰ La réalisation de la vaccination avec un vaccin trivalent des nourrissons âgés de 6 et 8 mois révolus nécessite le recours à une recommandation temporaire d'utilisation (RTU)

²¹ Avis HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2844107/fr/vaccination-contre-la-rougeole-avant-l-age-de-12-mois-suite-a-l-arret-de-commercialisation-du-vaccin-monovalent-rouvax

²² Avis HCSP du 28 juin 2013 relatif à la conduite à tenir vis-à-vis des enfants ayant reçu une 1^{ère} dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole avant l'âge de 12 mois

Annexe 5 : schéma de prescription des vaccins trivalents chez le nourrisson de 6 à 8 mois révolus dans le cadre de la procédure de RTU

Indications des vaccins ROR dans le cadre de la RTU :

-  Vaccination en post exposition des nourrissons de 6 à 8 mois révolus en contact d'un cas de rougeole (dans les 72 heures) ;
-  Vaccination des nourrissons de 6 à 8 mois révolus devant voyager dans une zone de forte endémicité.

Visite d'initiation de la vaccination

Après vérification de l'absence de contre-indication, le médecin prescripteur :

-  Prescrit un vaccin ROR (mention « *Prescription sous RTU* » à reporter sur l'ordonnance)
-  Motive sa prescription dans le dossier médical du nourrisson
-  Remet une note d'information aux parents/représentant légal
-  Informe, si possible, le médecin traitant du nourrisson



Visite d'administration du vaccin

Le médecin qui administre le vaccin ROR vérifie avant la vaccination :

-  l'absence de contre-indication
-  La remise de la note d'information aux parents/représentant légal
-  Complète la fiche d'initiation de la RTU
-  Envoie la fiche d'initiation de la RTU au laboratoire exploitant le vaccin ROR administré (par courrier/fax)

Le protocole de suivi de la RTU est consultable et téléchargeable sur le site de l'ANSM.

https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ceb4eb414d70f0c2323525d098eb5234.pdf

