



# Vaccination en pédiatrie

## Aspects pratiques et situations particulières

Pr. François DUBOS  
Urgences pédiatriques & maladies infectieuses  
CHU Lille & Univ. Lille

Journée Vaccination CRATB Hauts de France



# Liens d'intérêt

- Board-Experts VRS auprès de Sanofi-Aventis
- Board-Expert vaccins auprès de MSD
- Détail: <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/consultation/accueil>

Quel est l'âge du 1<sup>er</sup> vaccin obligatoire ?

2 mois

Dès 2 mois et 0 jours

Avant 2 mois et 30 jours

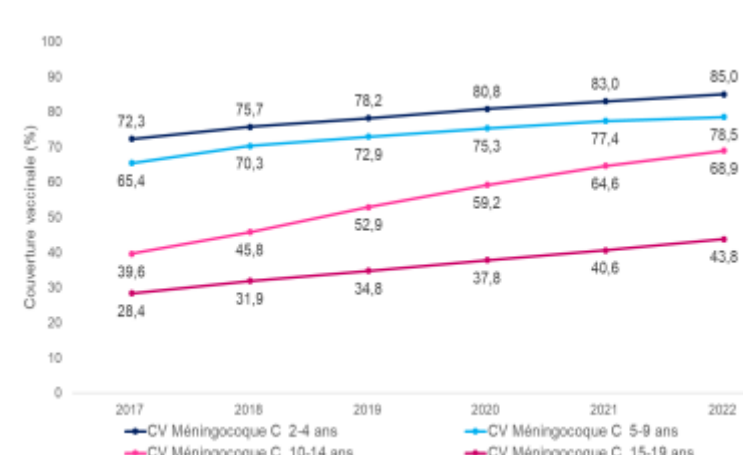
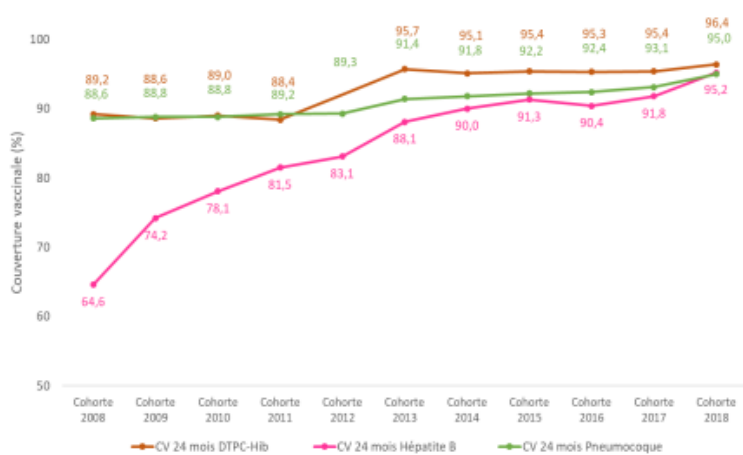
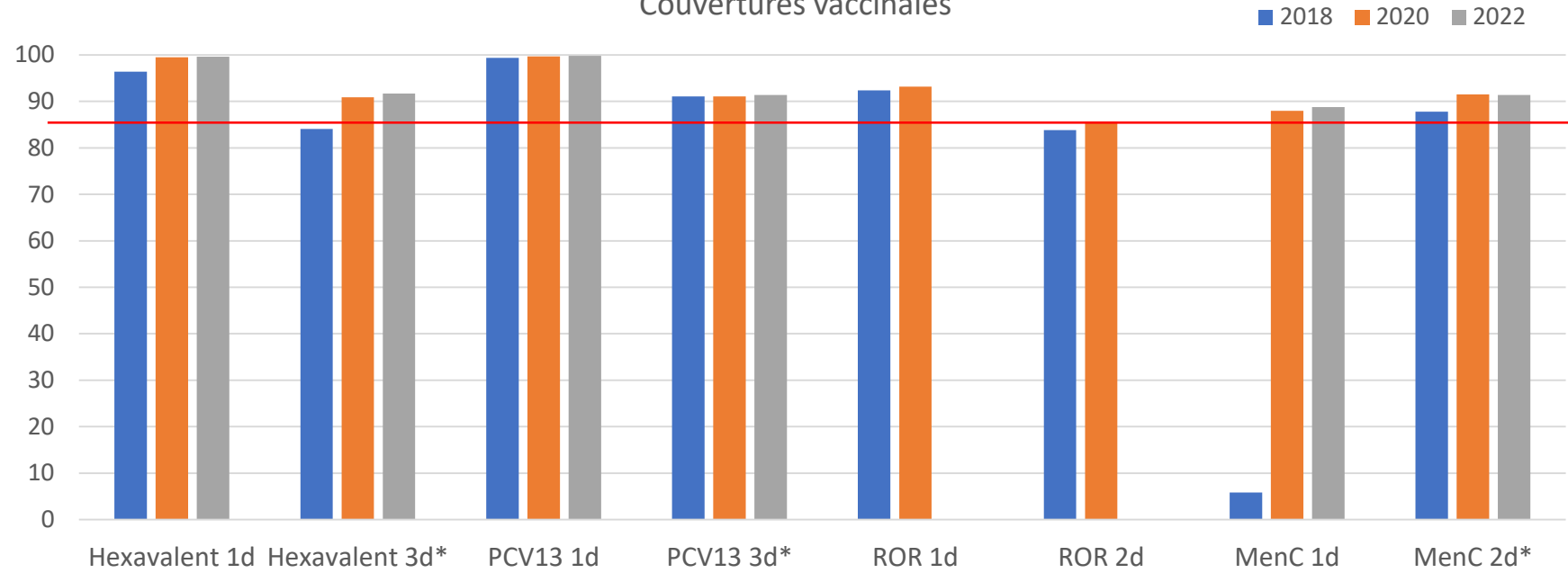
2 mois (8 semaines) de vie



# Couverture vaccinale des vaccins obligatoires du nourrisson

Dose 1 : évaluée à 8 mois  
 Au moins 3 doses : évalué à 21 mois

Couvertures vaccinales

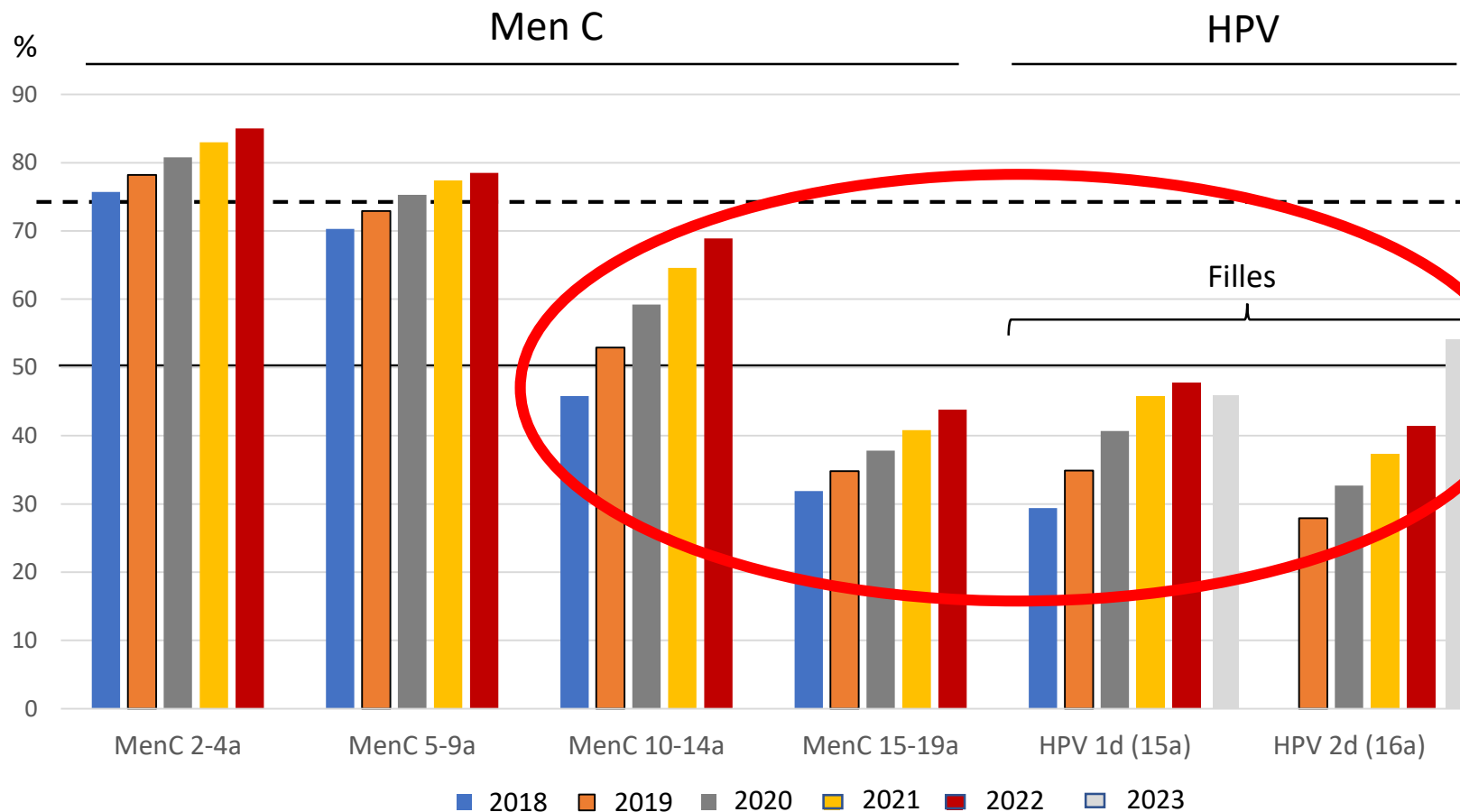


# Couverture vaccinales Men C et HPV des plus grands

## Amélioration très progressive de la CV :

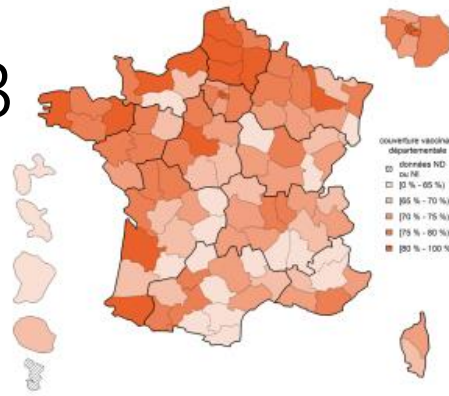
- Contre le méningocoque C
- Contre HPV

*Cible MenC : 75% de CV à 15 ans  
(objectif HCSP 2018\*)*



Garçons :	2022	2023
1 dose (15a)	12,8%	25,9%
2 doses (16a)	8,5%	15,8%

# CV méningocoque B, 2023

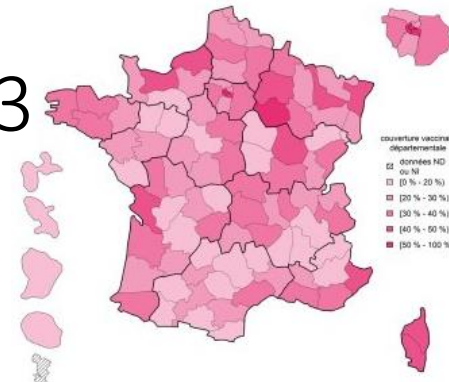


1 dose (8 mois), cohorte 2023

Régions	Au moins 1 dose (à 8 mois)			3 doses (à 21 mois)
	Cohorte 2022 (%)	Cohorte 2023 (%)	Différence 2023-2022 (Points)	Cohorte 2022 (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	46,6	71,8	25,2	34,7
Bourgogne-Franche-Comté	40,7	70,0	29,3	28,8
Bretagne	54,7	81,7	27,0	41,2
Centre-Val de Loire	49,8	75,0	25,2	37,3
Corse	47,8	70,8	23,0	30,6
Grand Est	47,0	72,6	25,6	33,2
Hauts-de-France	49,1	79,9	30,8	35,3
Île-de-France	54,7	78,6	23,9	39,2
Normandie	46,8	77,4	30,6	33,3
Nouvelle-Aquitaine	51,4	75,1	23,7	35,6
Occitanie	45,6	70,3	24,7	32,8
Pays de la Loire	45,8	75,5	29,7	35,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	48,7	71,3	22,5	33,6
Guadeloupe	26,4	54,7	28,3	12,5
Guyane*	13,9	28,9	15,0	4,7
Martinique	23,9	59,8	35,9	14,8
Réunion	39,2	66,0	26,8	26,5
<b>France entière</b>	<b>48,8</b>	<b>74,7</b>	<b>25,9</b>	<b>35,1</b>



# CV Rotavirus, 2023



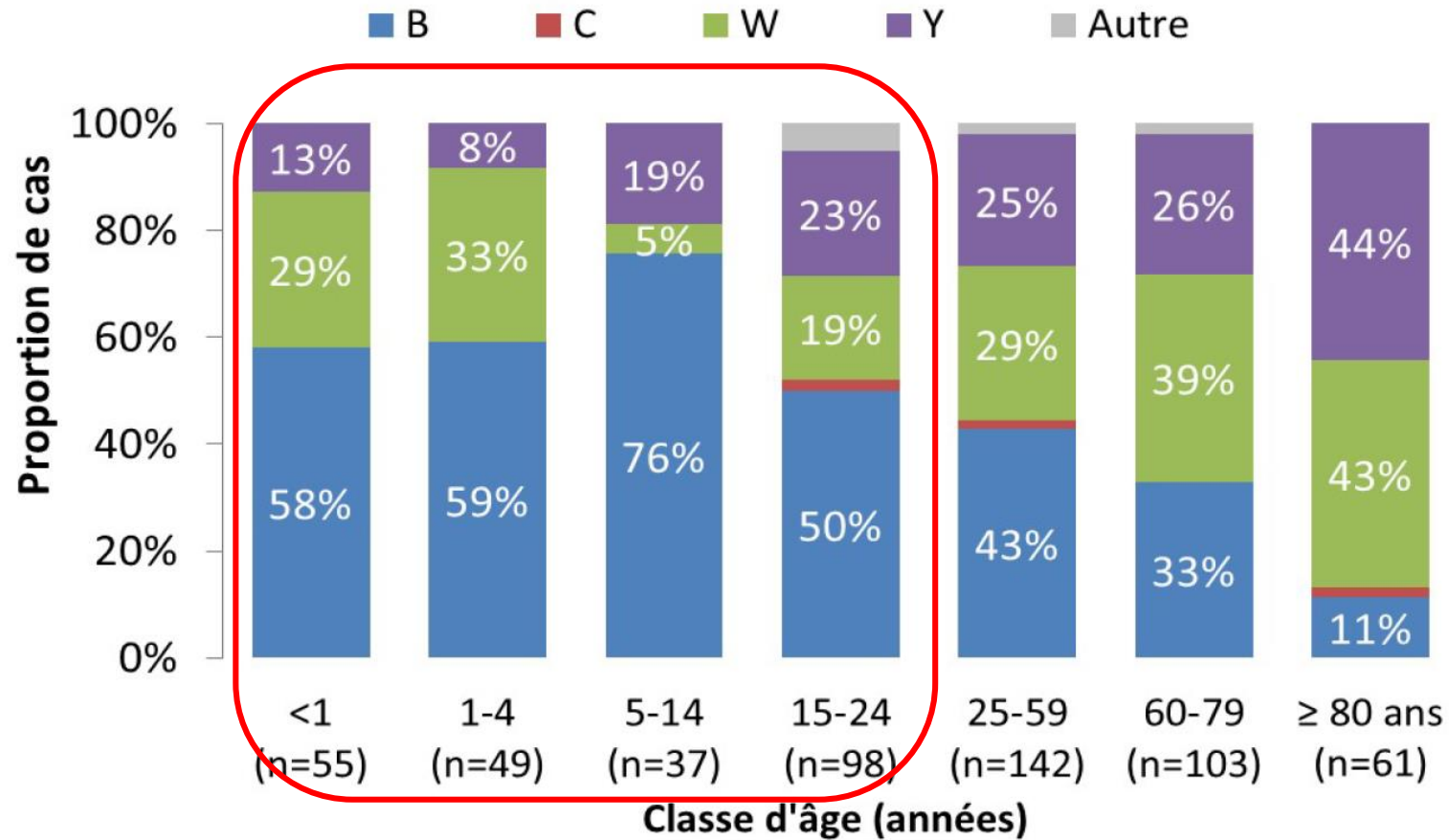
1 dose (8 mois), cohorte 2023

Régions	Au moins 1 dose (à 8 mois) Cohorte 2023 (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	26,4
Bourgogne-Franche-Comté	28,5
Bretagne	30,9
Centre-Val de Loire	28,2
Corse	43,6
Grand Est	34,5
Hauts-de-France	28,3
Île-de-France	40,2
Normandie	33,9
Nouvelle-Aquitaine	30,6
Occitanie	25,0
Pays de la Loire	21,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	33,1
Guadeloupe	4,1
Guyane*	3,4
Martinique	8,0
Réunion	15,0
<b>France entière</b>	<b>30,9</b>



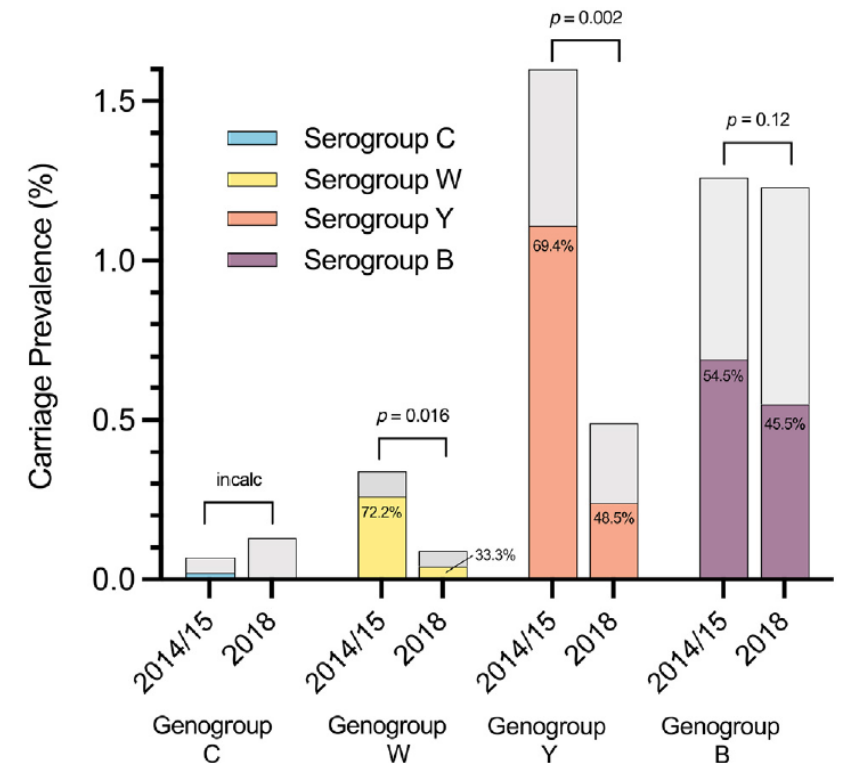
# Evolution de l'épidémiologie des IIM (année 2023)

Figure 8. Proportion de cas par sérotype et par classe d'âge (parmi les cas de sérotype connu), France entière, 2023



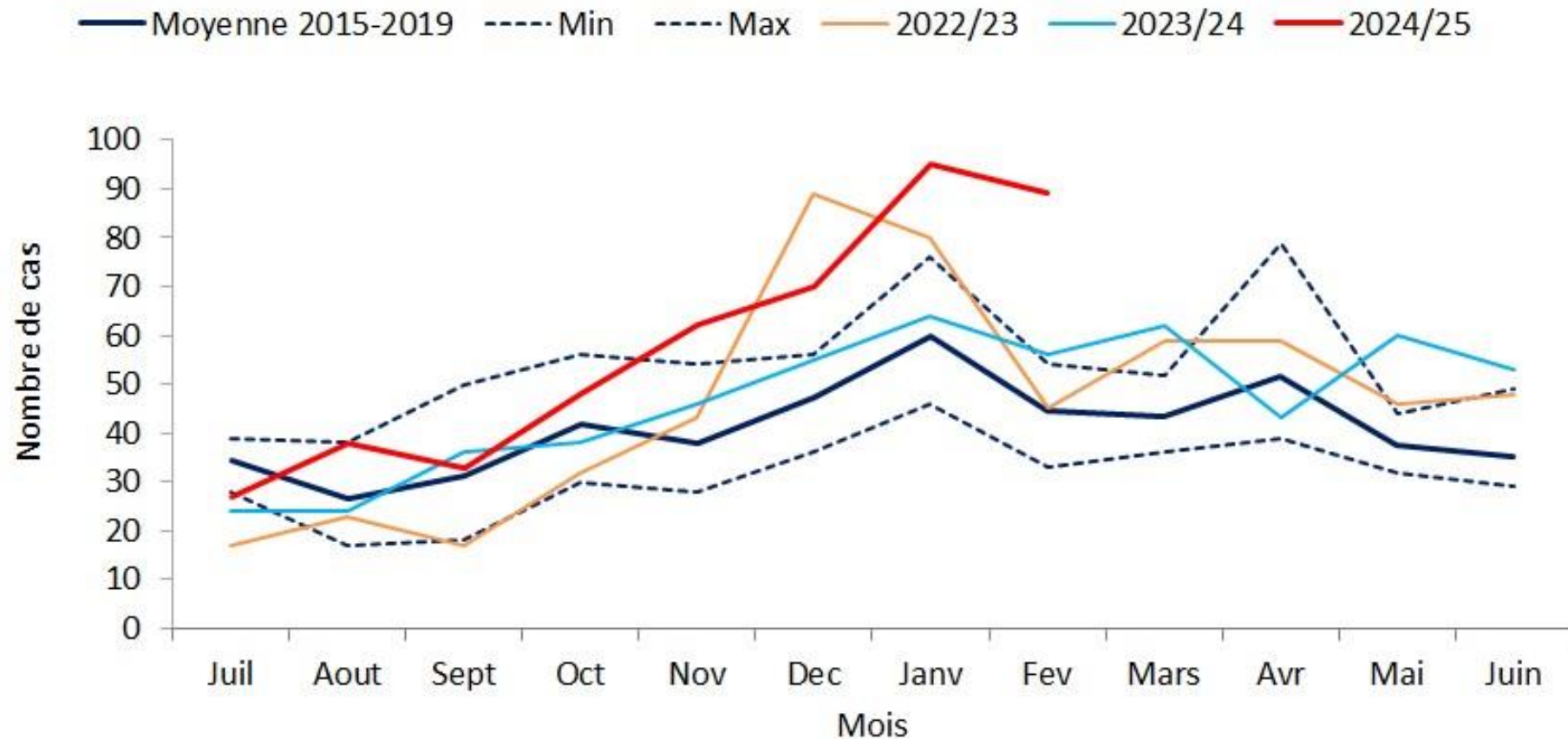


# Effets des vaccins tétravalents conjugués sur le portage naso-pharyngé des méningocoques : protection individuelle et collective



**Fig. 2.** Carriage of meningococcal genogroups and serogroups before and after the introduction of the MenACWY adolescent vaccination programme in August 2015. Coloured shading: serogroup positive isolates. Grey shading: serogroup negative isolates. Percentages in each column denote the proportion of genogroups that were serogroup positive with p values shown for the difference in proportions of serogroup positive isolates at each time point. in calc, in calculable.

# Situation des infections invasives à méningocoque en France au 31 janvier 2025



- **En janvier 2025, 13 décès sont survenus, essentiellement chez des adultes dont des jeunes adultes, ce qui témoigne de la sévérité de ces infections**
- **Les IIM liées au sérogroupe B restent les plus fréquentes, suivies par les IIM W et les IIM Y.**

# Recrudescence des infections invasives à méningocoques : de nouvelles recommandations sur le rattrapage vaccinal



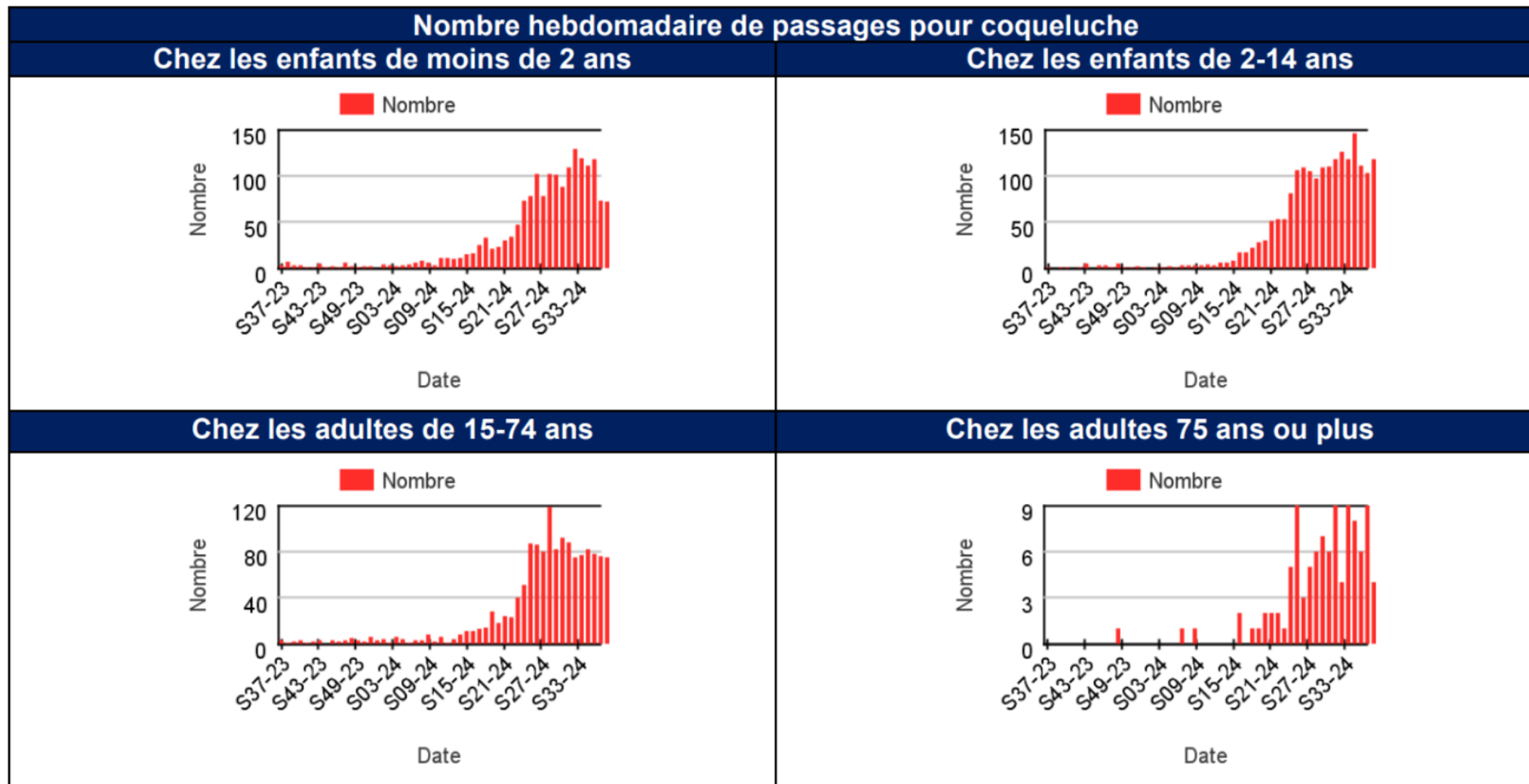
COMMUNIQUÉ DE PRESSE - Mis en ligne le 18 mars 2025

## Transitoirement

- Men ACWY => 3 ans
- Men B => 5 ans

Sérogroupe	Nourrissons	Adolescents et jeunes adultes (11-24 ans)	Autres populations
ACWY	<p>✓ Vaccination tétravalente obligatoire selon un schéma vaccinal à 2 doses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dose unique de primovaccination à 6 mois</li> <li>- Dose de rappel à 12 mois</li> </ul> <p><b>Extension jusqu'à 2 ans (schéma vaccinal à une seule dose après 12 mois)</b></p> <p><b>Mesure transitoire : rattrapage vaccinal jusqu'à 3 ans chez les enfants non vaccinés (une dose)</b></p> <p>→ <b>Vaccin</b> : Nimenrix, MenQuadfi à partir de 12 mois, Menveo à partir de 2 ans</p>	<p>✓ Vaccination entre 11 et 14 ans : vaccination tétravalente recommandée selon un schéma à une dose, indépendamment du statut vaccinal</p> <p>✓ Rattrapage vaccinal recommandé chez les 15-24 ans (<b>campagne de rattrapage vaccinal sur deux ans</b>)</p> <p>→ <b>Vaccins</b> : Nimenrix, MenQuadfi et Menveo</p>	<p>Maintien des recommandations en vigueur concernant la vaccination tétravalente pour les populations particulières, les professionnels et autour d'un ou plusieurs cas d'infections invasives à méningocoques</p>
B	<p>✓ Vaccination obligatoire chez les nourrissons selon le schéma :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1<sup>re</sup> dose à 3 mois</li> <li>- 2<sup>ème</sup> dose à 5 mois</li> <li>- Dose de rappel à 12 mois</li> <li>- Vaccination possible jusqu'à 2 ans</li> </ul> <p><b>Mesure transitoire : rattrapage vaccinal jusqu'à 5 ans chez les enfants non vaccinés. A partir de 2 ans, schéma à deux doses en respectant un intervalle minimal d'un mois entre les doses.</b></p> <p>→ <b>Vaccin</b> : Bexsero</p>	<p>✗ Ne pas élargir, à ce stade, à tous les adolescents la vaccination dirigée contre le sérogroupe B</p> <p><b>Rendre effectif le remboursement de la vaccination dirigée contre le sérogroupe B à partir de 15 ans, chez les 15 à 24 ans souhaitant se faire vacciner</b></p>	<p>Maintien de la stratégie en vigueur chez les personnes à risques et en situation d'hyperendémie</p> <p>→ <b>Vaccins</b> : Trumenba et Bexsero</p>

# Coqueluche : une morbi-mortalité peu modifiée



De janvier au 10 novembre 2024 : **42 décès**

- 23 enfants dont **20 NRS < 1 an** (13 cas < 2 mois)
- 19 adultes de 51 à 95 ans (13 cas 80+)

156 551 cas de  
coqueluche recensés

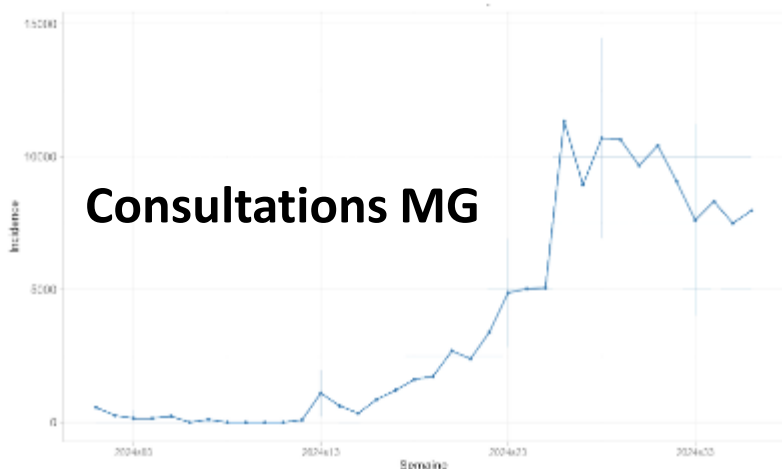
Date de publication : 18 septembre 2024

ÉDITION NATIONALE

## Épidémie nationale de coqueluche

Figure 1. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecin pour « coqueluche », tous âge, en France, du 1er janvier 2022 (semaine S01) à septembre 2024 (semaine 36)

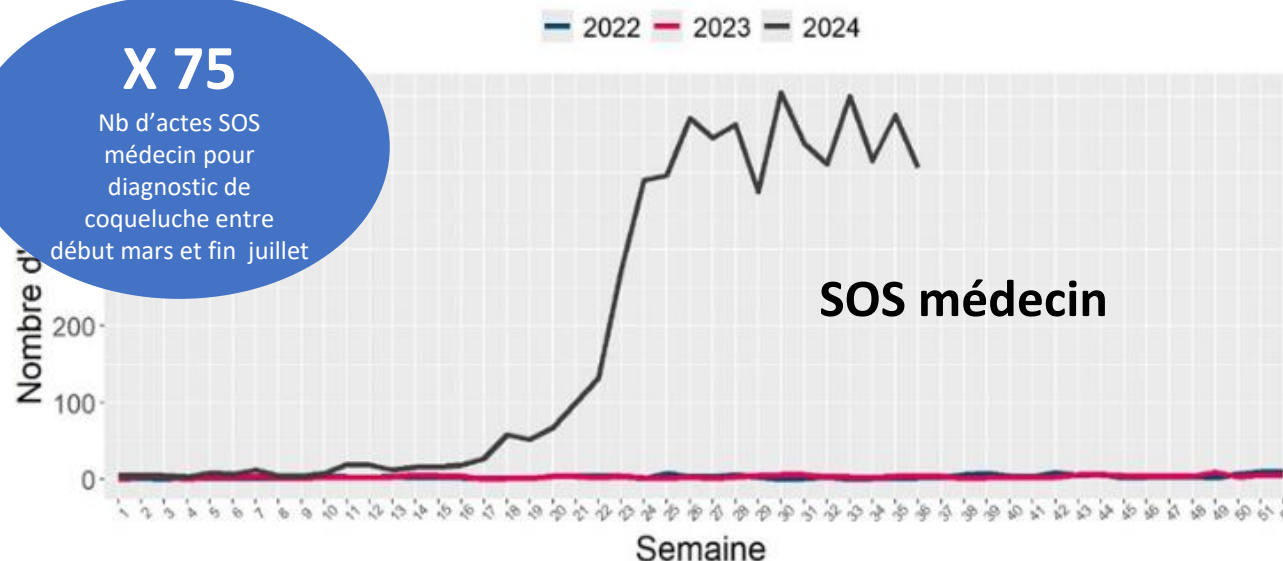
Figure 2. Incidences hebdomadaires des cas de coqueluche vus en consultation de médecine générale en France métropolitaine en 2024 (semaines 01 à 36), et intervalles de confiance à 95 % (données non consolidées)



Source : Réseau Sentinelles

Importante augmentation de l'incidence des coqueluches confirmées, depuis avril, poursuivie jusque fin juin avec une stabilisation en juillet/aout.

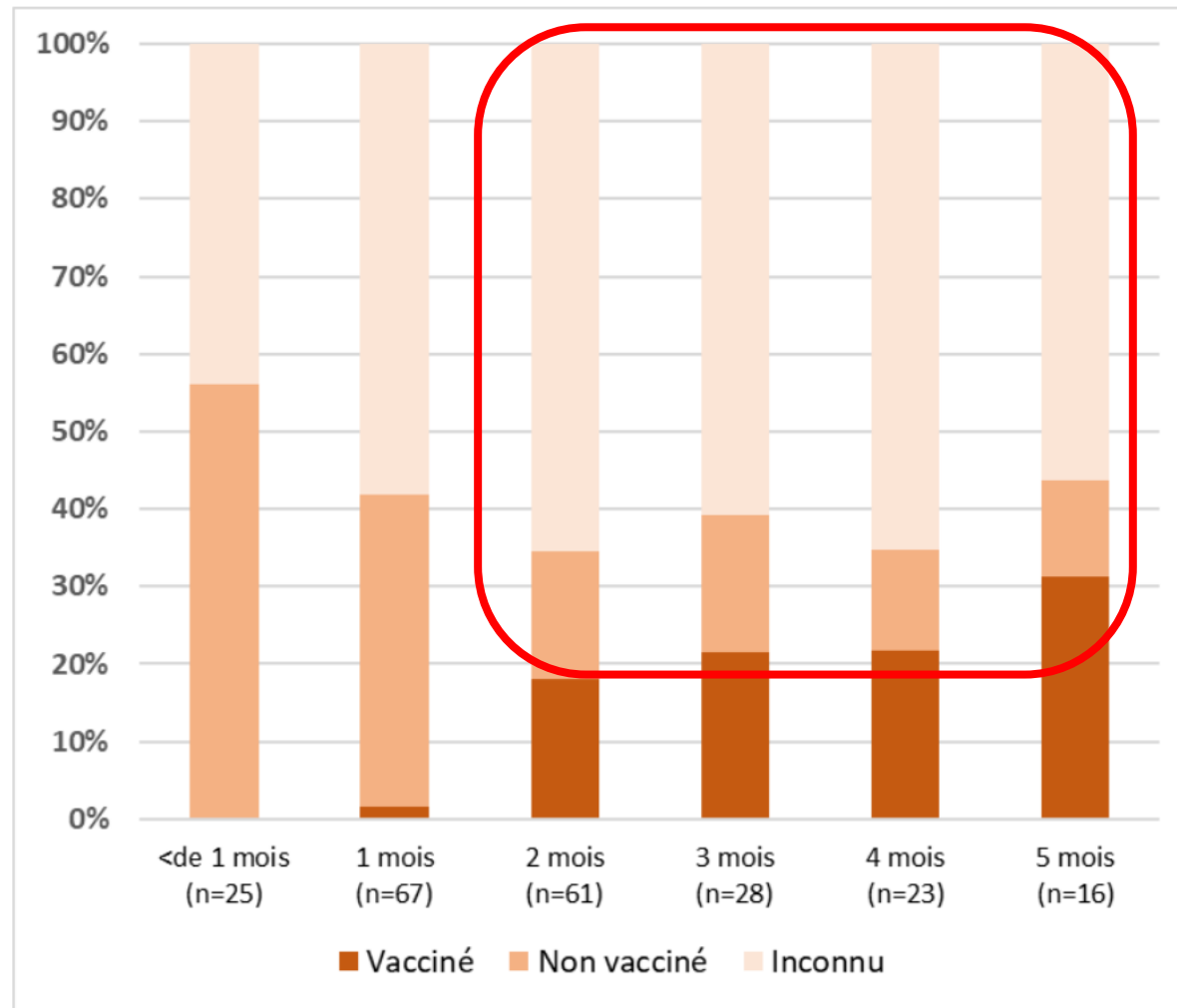
**X 75**  
Nb d'actes SOS  
médecin pour  
diagnostic de  
coqueluche entre  
début mars et fin juillet



Source : SOS Médecins, Santé publique France, données mises à jour au 11/09/2024

Le nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins pour un diagnostic de coqueluche a fluctué sur les mois d'été, tout en restant à des niveaux très élevés.

# Epidémie de coqueluche en France – 2024 : retard vaccinal



## Pablo 3 mois et demi

Naissance à 32 SA, contexte de pré-éclampsie

Séjour de 2 mois en néonatalogie

Vaccinations débutées à 2 mois + 7 jours (H6 + PCV15)

RDV vaccination à 3mois et 15j (PCV15 + Bexsero)

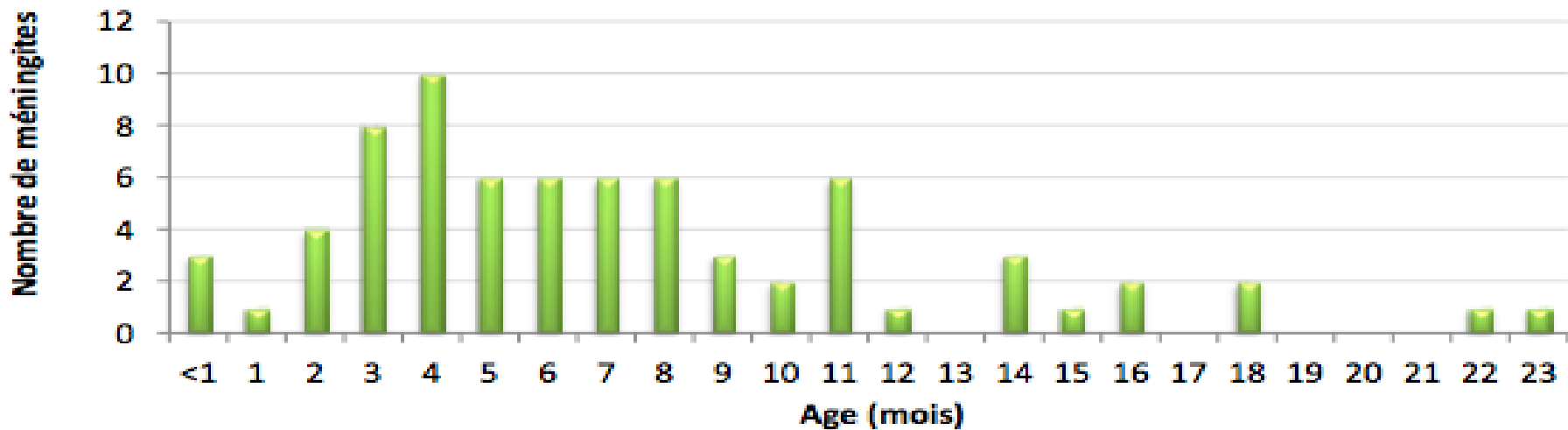
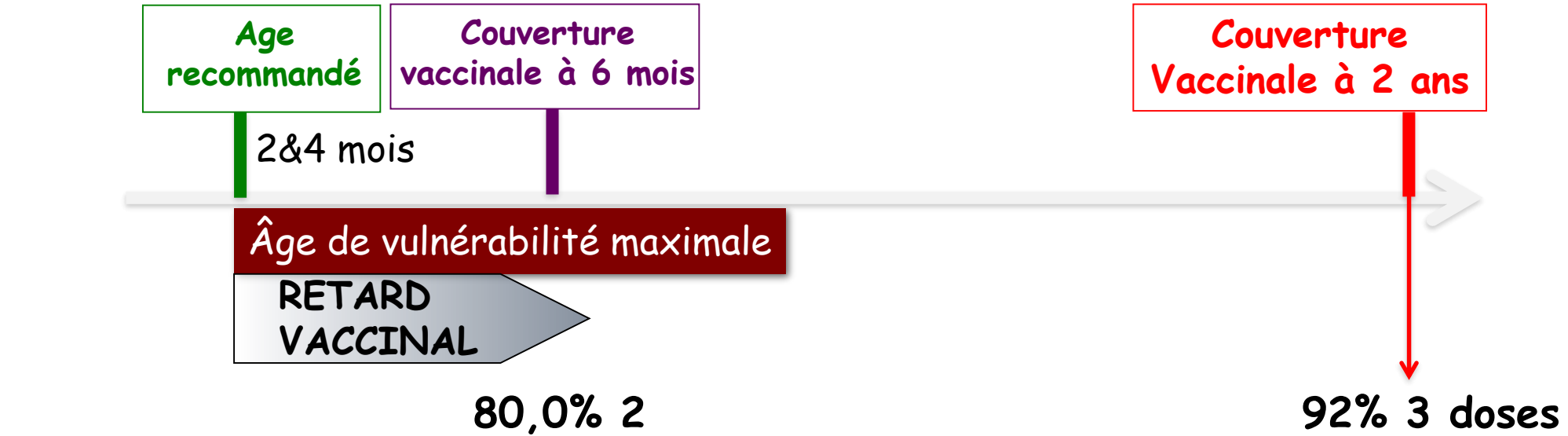
Le lendemain : fièvre, très grognon, irritable

Consultation le soir au CH de proximité

**Méningite à méningocoque du groupe B**

Retard vaccinal préjudiciable ? 15j ?

# Vaccin anti-pneumocoque : retard vaccinal



Nombre de méningites bactériennes à pneumocoque en 2011 en fonction de l'âge



# Retard vaccinal potentiellement préjudiciable

38 Experts

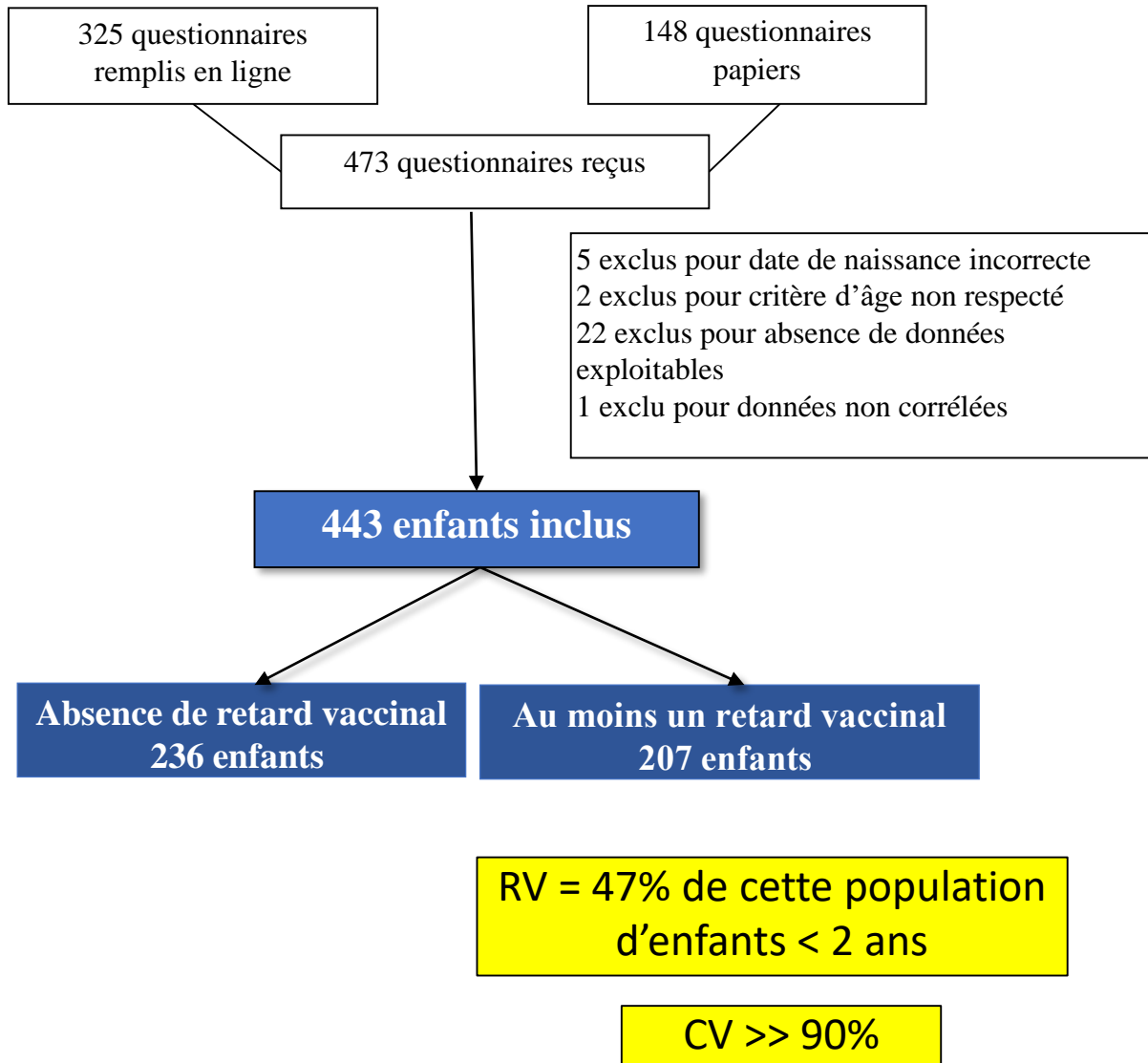
Propositions de délais

3 tours de sélection

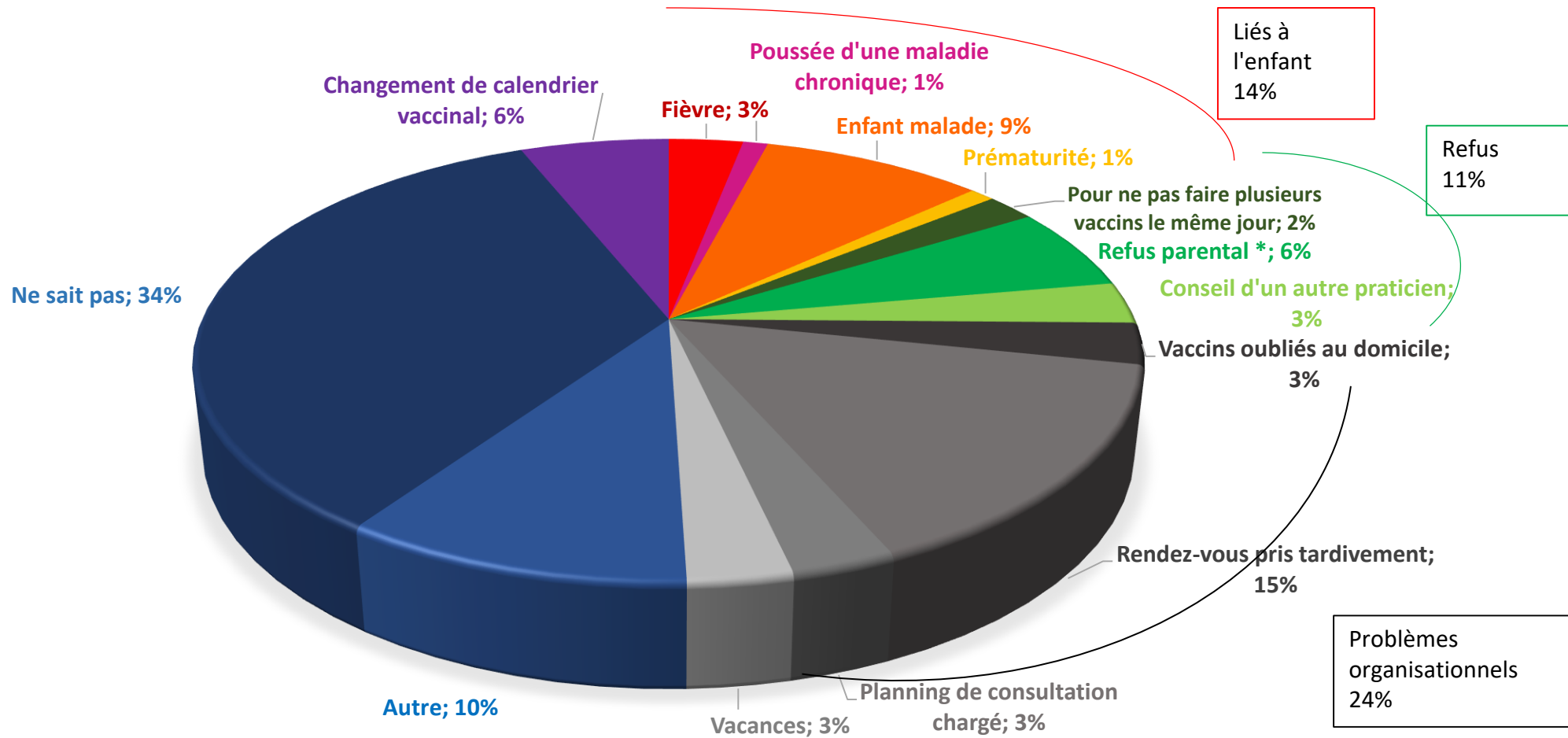


Vaccin		Retard vaccinal	%	IC 95%
<b>DTPCa-Hib</b>	1 <sup>ère</sup> dose	<b>15 jours</b>	71,4	51,1-86,0
	2 <sup>ème</sup> dose	<b>15 jours</b>	78,6	58,5-91,0
	1 <sup>er</sup> rappel	<b>2 mois</b>	42,9	25,0-62,6
<b>PCV 13</b>	1 <sup>ère</sup> dose	<b>15 jours</b>	60,7	40,7-77,9
	2 <sup>ème</sup> dose	<b>15 jours</b>	85,7	66,4-95,3
	rappel	<b>2 mois</b>	28,6	14,0-48,9
<b>ROR</b>	1 <sup>ère</sup> dose	<b>1 mois</b>	89,3	70,6-87,2
	2 <sup>ème</sup> dose	<b>6 mois</b>	64,3	44,1-80,7
<b>MenC</b>	12 mois	<b>1 mois</b>	82,8	63,5-93,5
<b>VHB</b>		<b>11 ans</b>	78,6	58,5-91,0

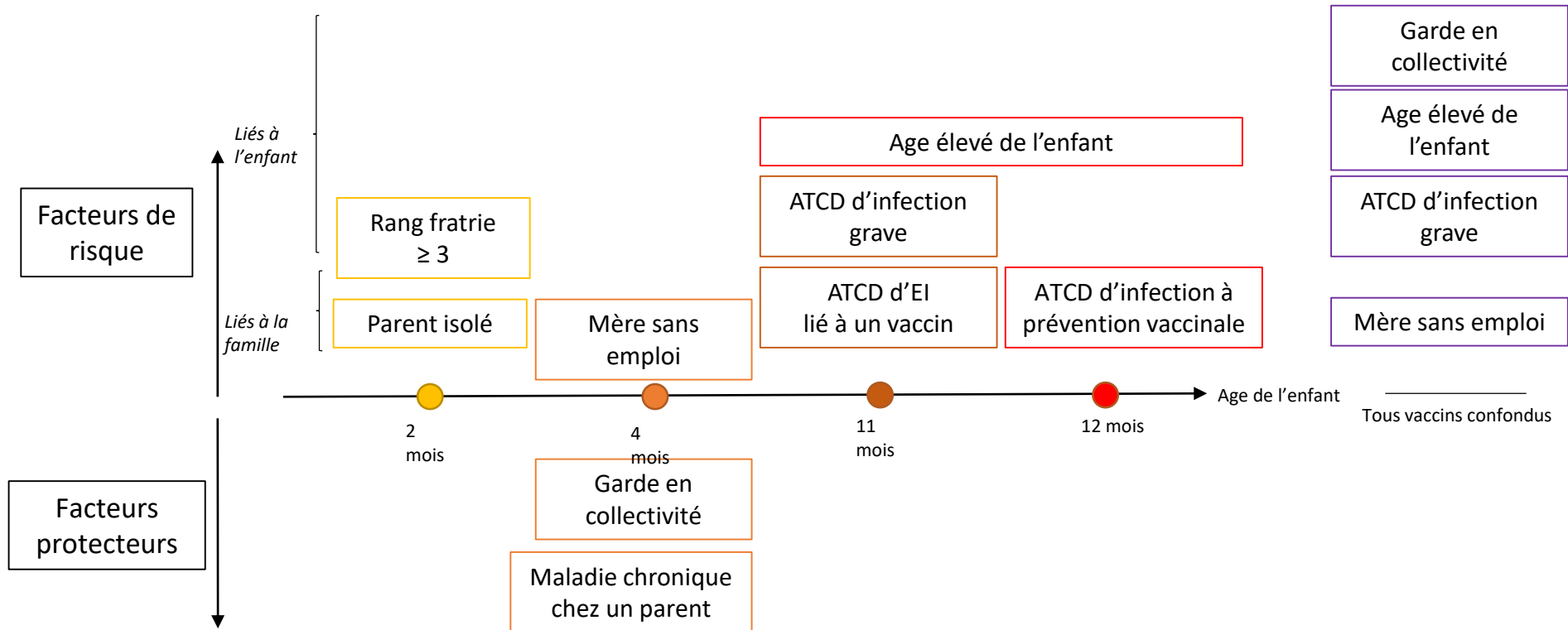
# Enfants < 2 ans suivis par un pédiatre



# Causes du retard vaccinal



# Facteurs de risque de retard vaccinal



# Retard vaccinal et maladies chroniques

**Enfants avec affection chronique :**  
**risque accru de maladies à prévention vaccinale :**

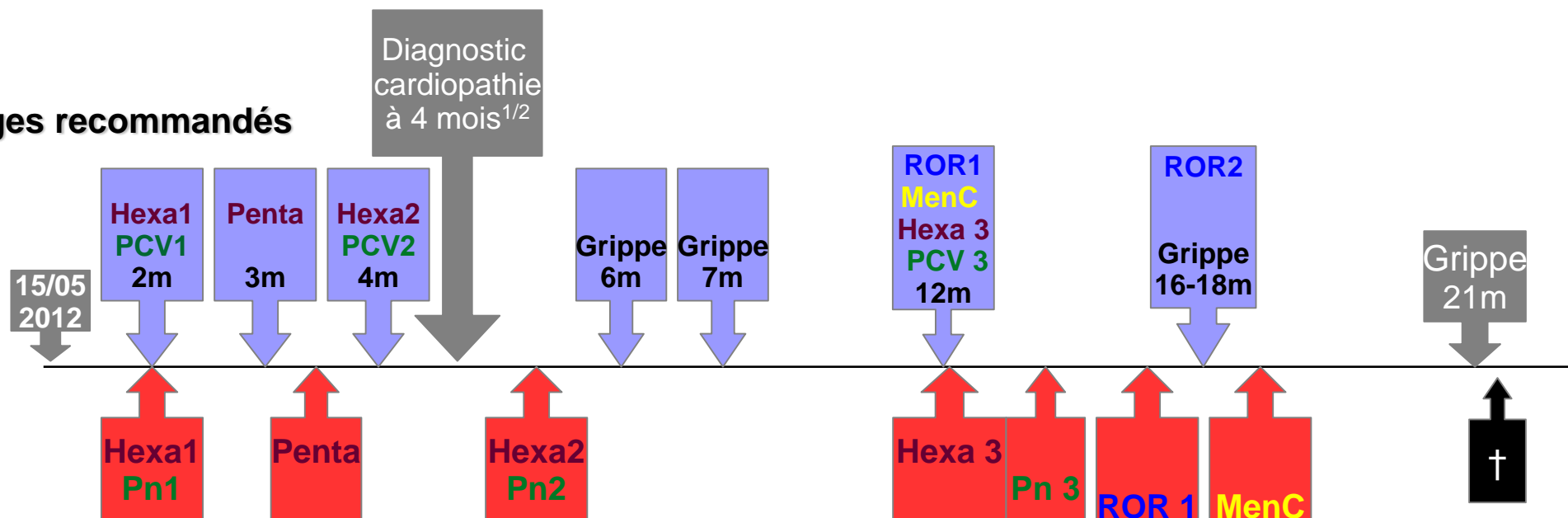
→ Risque de décès par infection :

- Pneumocoque<sup>1</sup> OR=2,5 (IC 95% : 1,2-5,1)
- *H. influenzae* b<sup>2</sup> OR=18,1 (IC 95% : 2,8-118)
- Grippe<sup>3</sup> RR=1,5 (IC 95% : 1,0-2,5)

**Le retard vaccinal peut être potentiellement préjudiciable :**

- Risque d'une infection à prévention vaccinale
- Défaut de couverture vaccinal<sup>4</sup>

## Vaccinations et âges recommandés

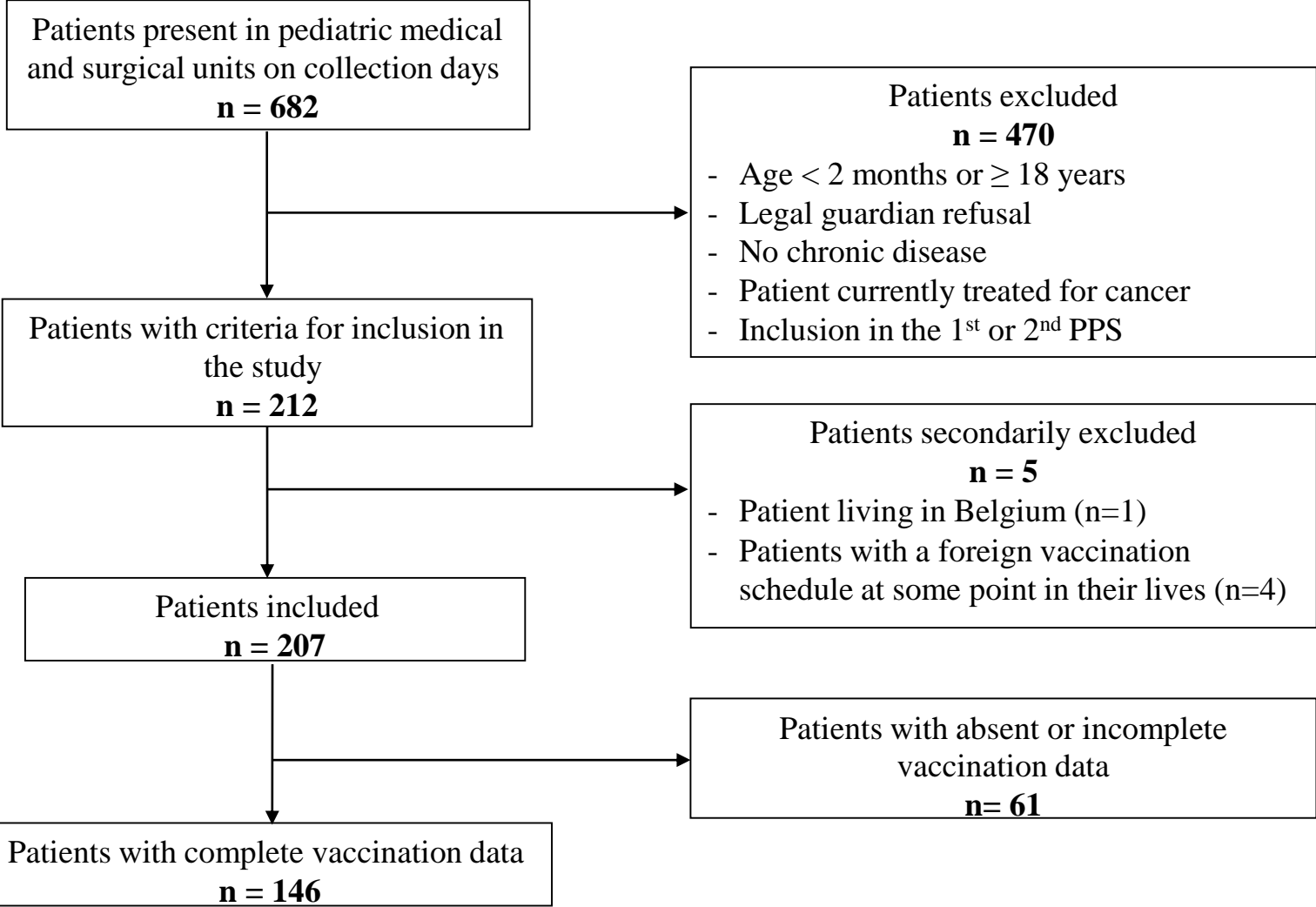


## Vaccinations réalisées et âges d'administration

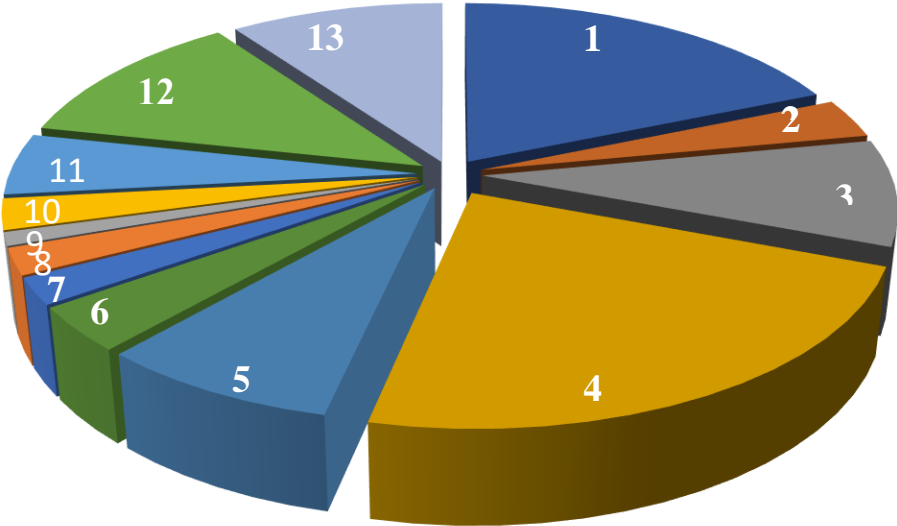
1) Jan van Hoek A, et al. The effect of underlying clinical conditions on the risk of developing invasive pneumococcal disease in England. *J Infect* 2012;65:17-24; 2) Livorsi DJ. Invasive *Haemophilus influenzae* in the United States, 1999e 2008: *Epidemiology and outcomes. J Infect* 2012;65:496e504; 3) Randolph A, et al. Critically ill children during the 2009-2010 Influenzae pandemic in the United States. *Pediatrics* 2011;128:e145; 4) Luman E T, et al. Timeliness of childhood vaccinations in the United States, days undervaccinated and number of vaccines delayed. *JAMA* 2005; 293: 1204-11

# Etude monocentrique lilloise

Enquête 3 jours donnés



- 1 Respiratory diseases (19%)
- 2 Cystic fibrosis (3%)
- 3 Heart diseases (9%)
- 4 Neurological and muscular diseases (23%)
- 5 Renal diseases (8%)
- 6 Diabetes (4%)
- 7 Immunodeficiency diseases, VIH infection (2%)
- 8 Chronic hepatic diseases (2%)
- 9 Obesity (1%)
- 10 Benign hematologic diseases, asplenia (2%)
- 11 Inflammatory bowel and rheumatic diseases (5%)
- 12 Malformations (12%)
- 13 Metabolic and endocrine diseases (10%)



# CV et Retard Vaccinal

Vaccines		n/patients targeted	VC rate (%)	95%CI	Vaccination delay rate (%)	95%CI
DT-IPV	Full primary vaccination	116/121	96	91-98	72	64-80
	First booster dose	82/94	87	79-93	26	17-36
	Second booster dose (6 y.o.)	44/49	90	78-96	34	22-49
	Third booster dose (11 y.o.)	25/27	92	77-98	0	/
aPertussis	Full primary vaccination	114/121	94	89-97	75	66-82
	First booster dose	79/92*	86	77-92	28	19-39
	Second booster dose (6 y.o.)	2/2	100	34-100	0	/
	Third booster dose (11 y.o.)	16/27	59	41-75	6	1-28
Hib	Full primary vaccination	113/121	93	87-97	75	66-82
	First booster dose	78/91**	86	77-91	28	19-39
PCV	Full primary vaccination	58/68	85	75-92	68	55-79
	Booster dose	28/42	67	52-79	46	30-64
MMR	First dose	89/97	91	85-96	53	43-63
	Second dose	73/82	89	80-94	56	45-67
Hepatitis B	Full vaccination (3 doses)	50/67	75#	63-84	NP	/
MenC	1 dose before age of 2 y.o.	48/99	48	39-58	43	24-63

# CV des vaccins à recommandations spécifiques

Vaccinations	n/Patients targeted	VC rate	95%CI
Influenza	14/95	15%	9-23
BCG	6/27	22%	11-41
Hepatitis A	3/24	12%	4-31
PCV 7 or 13	17/43	39%	26-54
PPV	17/34	50%	34-66
Meningococcal ACYW	0/5	0%	

# FdR de non vaccination

Variables	ORa	IC95%	p
Mother born outside France	3,8	0,42 - 34,0	*
Mother's study level < baccalaureate	10,5	1,27 - 86,9	0,03
Nb of physicians ≥ 4	3,1	0,79 - 12,0	0,10

# Etude multicentrique nationale

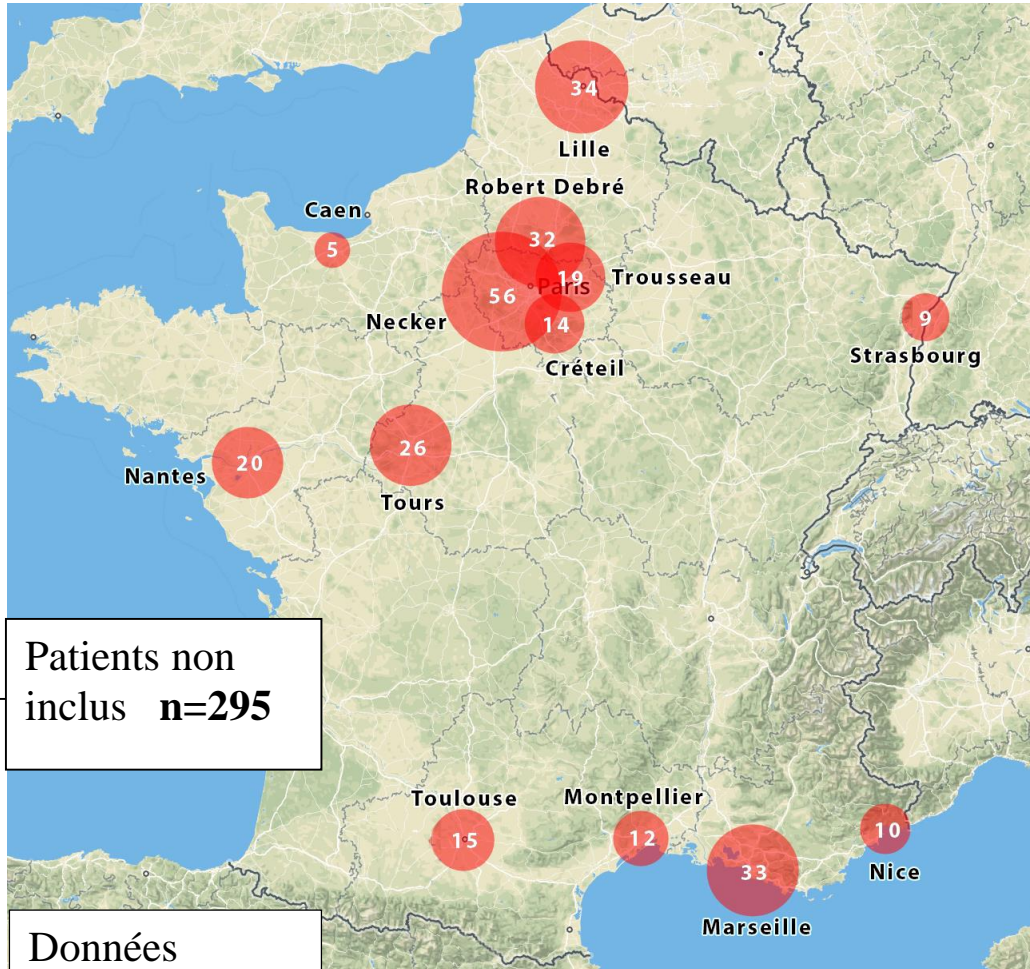
13 CHU participant

Enfants présents dans les services concernés  
**n=1900**

Enfants suivis pour maladie chronique  
**n=580**

Données vaccinales disponibles  
**n=285 (49%)**

**Patients inclus**  
**N= 273**



Patients non inclus **n=295**

Données incomplètes **n=12**

- 1 jour donné
  - Tous services d'hospitalisation
  - Enfants de 2 mois à 17 ans inclus
  - Suivi pour une maladie chronique
- et
- Carnet de santé ou dossier disponible pour recueil vaccinal
- 
- Non inclus :
    - pathologie maligne en cours de traitement
    - autre calendrier vaccinal



# Méningites à *Haemophilus influenzae* b

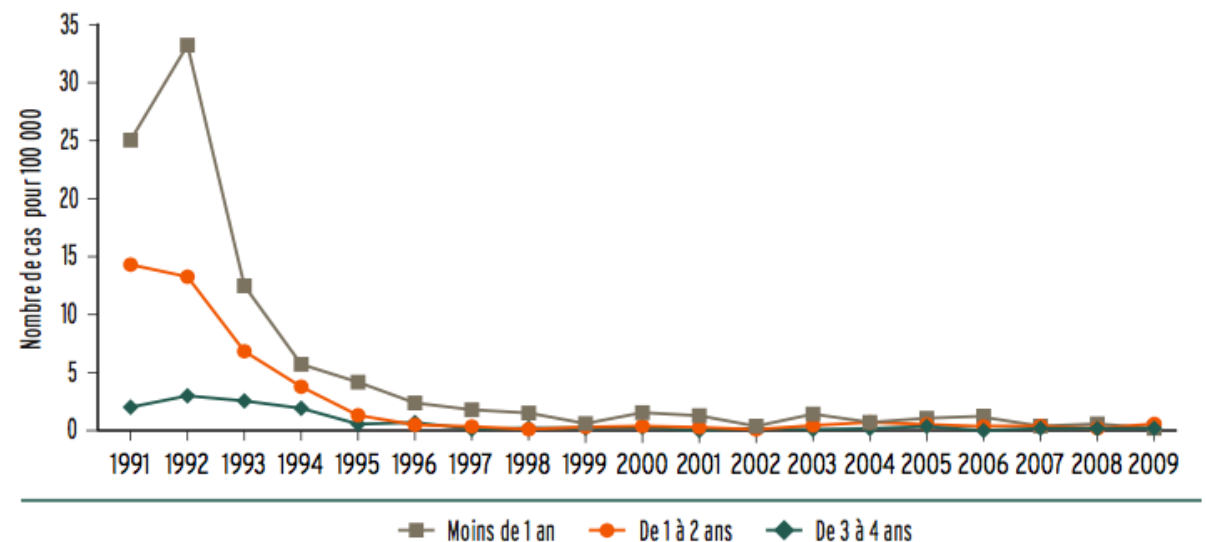
1<sup>e</sup> dose  
à 2 mois

2<sup>e</sup> dose  
à 4 mois

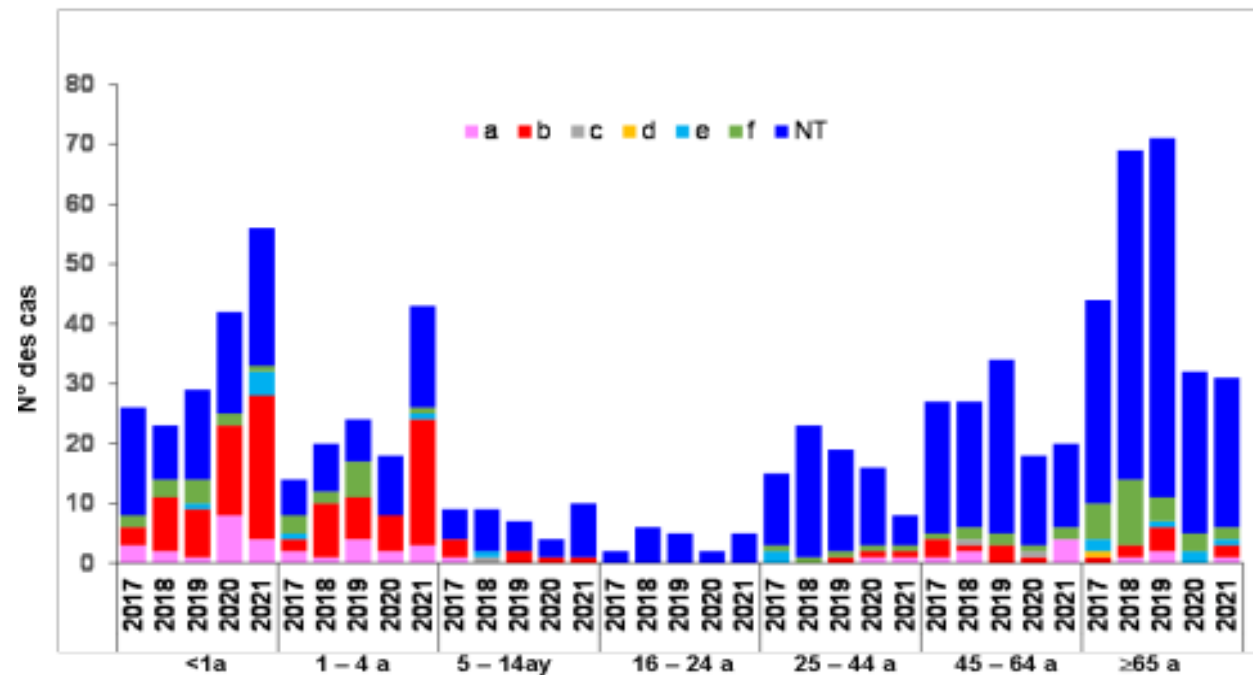
1 rappel  
à 11 mois

Souches d'*H.influenzae* responsables  
d'infections invasives en France  
entre 2017 et 2021

**Méningites à *Haemophilus influenzae* : incidence chez les enfants de moins de 5 ans, 1991-2009, Epibac, France métropolitaine**

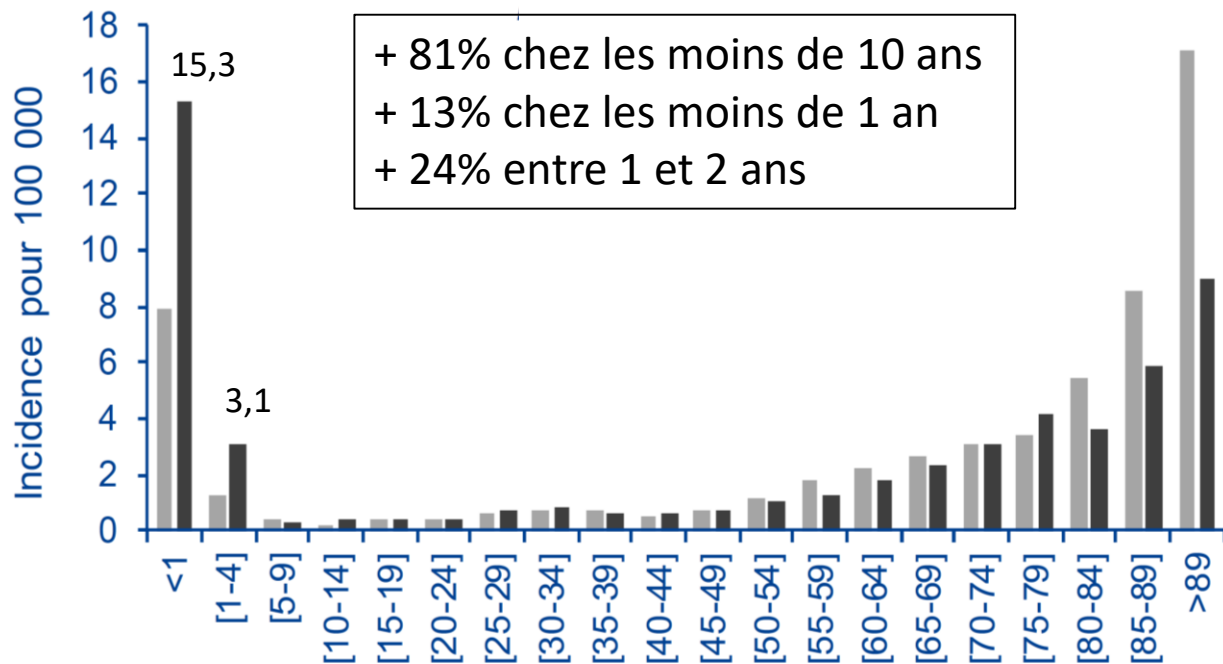


Source : réseau Epibac, données redressées.



# Infections invasives à *Haemophilus influenzae b* en France

Nombre d'infections invasives à Hib selon l'âge et le statut vaccinal



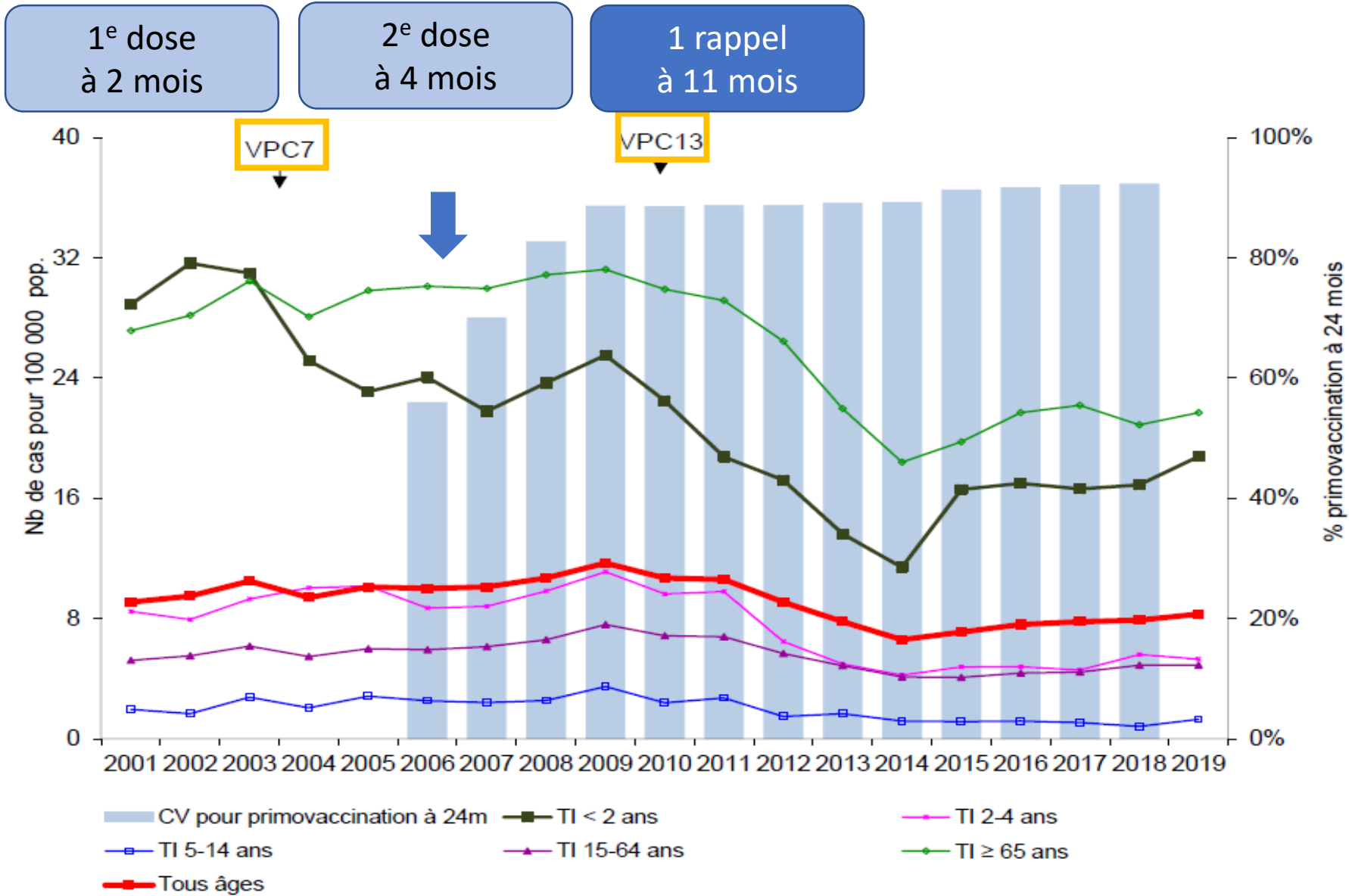
Données - CNR 2022

Données Epibac 2022 (noir)/ 2019 (gris)



Entre le 6<sup>ème</sup> et le 11<sup>ème</sup> mois :  
**nombre élevé de cas chez les enfants correctement vaccinés en 2+1**

# Pneumocoque : incidence et CV



Impact de la vaccination sur l'incidence IIP 2002-2019

↓ 43%  
Enfants < 2 ans  
= **EFFET DIRECT**

↓ 4% à 36%  
Enfants > 2 ans et adultes  
= **EFFET INDIRECT**  
par immunité de groupe

Emergence de sérotypes non vaccinaux dans les IIPneumocoque

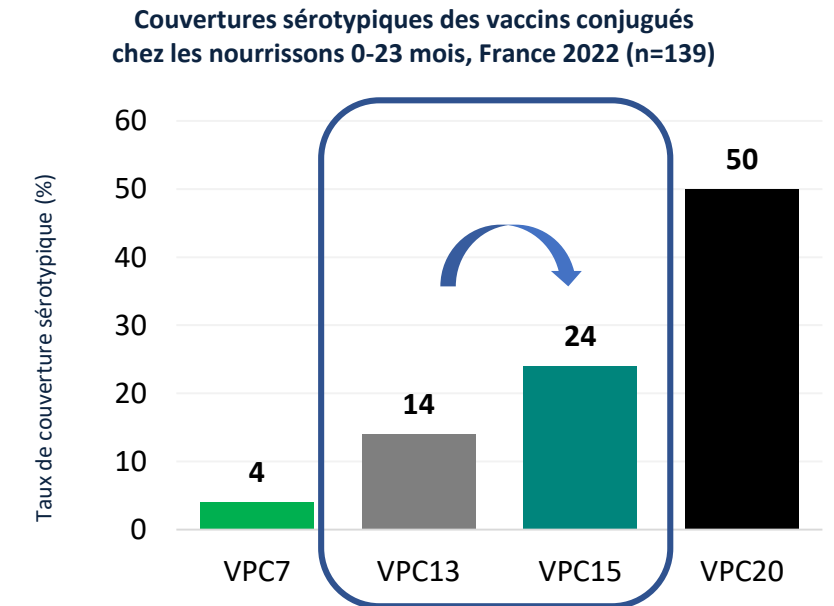
Sources : Epibac, Echantillon généraliste des bénéficiaires, estimations Santé publique France  
\*La couverture vaccinale à 24 mois n'était pas disponible lors de la rédaction de ce rapport

# PCV13, PCV15, PCV20, PPV23 : lequel pour l'enfant

	Serotype Composition																								
Prevenar 13	PCV13	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	3	5	6A	7F	19A											
Vaxneuvance	PCV15	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	3	5	6A	7F	19A	22F	33F									
Pneumovax	PPSV23	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	3	5		7F	19A	22F	33F	2	8	9N	10A	11A	12F	15B	17F	20 <sup>#</sup>
Prevenar 20	PCV20	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	3	5	6A	7F	19A	22F	33F		8		10A	11A	12F	15B		

- Reco 2024
  - PCV13 ou PCV15
  - PCV15 : mieux sur le sérotype 3 ; 22F et 33F en plus

- PCV20 : AMM EMA et FDA
  - > 65 ans ou > 18 ans avec Facteurs de risque
  - Enfants > 6 semaines à 15 mois
    - 3 doses en primo-vaccination + 1 rappel (3+1 vs. 2+1)
    - Respecter 8 semaines entre PCV13 et PCV20
    - Pas de données chez l'enfant à risque
    - Pas de reco HAS pour le moment
  - Profil de tolérance similaire au PCV13



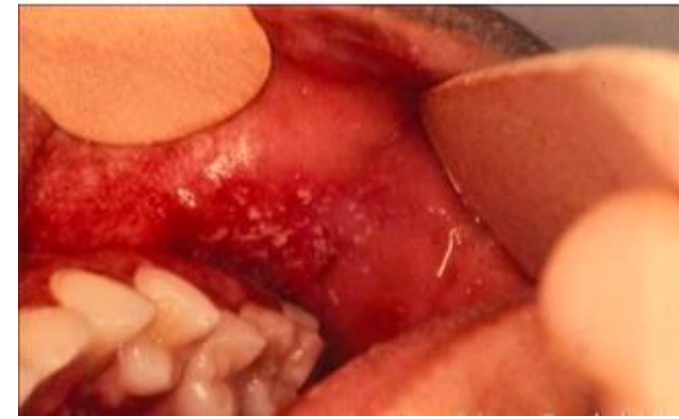
# Nouvelles recommandations Vaccination contre le pneumocoque

- Nouveau vaccin conjugué 15-valent (**VPC15**) : **Vaxneuvance®**
  - Recommandé selon le même schéma vaccinal que Prevenar 13® (M2, M4, M11)
  - Interchangeabilité Prevenar 13® par Vaxneuvance® possible à n'importe quel moment du schéma vaccinal

## Recommandations générales

La primovaccination contre le pneumocoque (deux injections suivies d'un rappel) est obligatoire pour tous les enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La vaccination par le vaccin pneumococcique conjugué 15-valent (VPC15) Vaxneuvance® ou par le vaccin pneumococcique conjugué 13-valent<sup>35</sup> (VPC13) Prevenar 13® est effectuée selon un schéma vaccinal de primovaccination à deux injections, à deux mois d'intervalle, à l'âge de 2 mois (8 semaines) et à 4 mois suivies d'une dose de rappel à l'âge de 11 mois.



- La Direction Générale de la santé (DGS) appelle à la **vigilance renforcée de l'ensemble des professionnels de santé et de la petite enfance concernant la détection précoce de la rougeole et la mise en œuvre des mesures de prévention appropriées en raison d'une augmentation récente du nombre de cas en France**, sur le continent européen et dans le monde depuis 2023.



# Angela, 6 ans

Entrée à 19h20

## Amenée le 19/02 pour fièvre

ATCD : ras ; Allergie : NC; TAD : NC

**Histoire de la maladie :** Fièvre depuis hier soir. Asthénique. Toux. 2 épisodes de vomissements alimentaires ce jour. pas de diarrhée.  
1 épisode d'epistaxis spontanément résolutif. Conjonctivite bilatérale

### Examen clinique :

Bien tonique

Pas de purpura. Pas de raideur de nuque. pas de syndrome méningé.

MV bilatéral et symétrique. FR = 19/min. Pas de bruit surajouté. pas de signe de détresse respiratoire

BDC réguliers. pas de souffle.

Abdomen souple, dépressible. semble sensible de façon diffuse. pas de défense. pas de contracture.

Tympan clair à droite. Bouchon de cerumen à gauche

Encombrement nasal

Pharynx érythémateux

Conjonctivite bilatérale

Début de chéilite.

### Strept A test positif

**Au total, pharyngite avec streptA test positif.**

### Retour à domicile

- Amoxicilline 50 mg/kg pendant 6 jours

- Paracétamol

Sortie à 21h40

Reconsulter si modification du comportement, si difficultés respiratoires, si difficultés alimentaires, si fièvre > 5 jours, si vomissements incoercibles.

# Angela, 6 ans

- **Admise le 20/02 pour fièvre**

**ATCD** : pas de carnet de santé

- pas d'atcd personnels ni familiaux ; Pas d'allergie connue ; Pas de TAD
- gens du voyage vivent dans une caravane

**HDM** :

fièvre depuis 3 jours, max jusque 40°C, avec altération de l'état général  
vomissements le 19/02 x 2 ; mange peu  
consultation aux urgences le 19/02 : **angine à strepto (strepta test positif)**  
traitement par amoxicilline débuté le 20/02 au matin  
persistance de la fièvre avec apparition d'une éruption cutanée  
notion de rougeole chez les frères (non mentionné initialement)

**EXAMEN CLINIQUE :**

asthénique ++

FC 140/min, TA 95/54mmHg, pas de marbrures, extrémités chaudes, TRC<3sec

FR 24/min, SaO2 97% en AA, pas de signe de lutte, bonne ampliation thoracique

40.4°C, pas de purpura

BDC réguliers sans souffle cardiaque, pouls fémoraux perçus

MV bilatéral et symétrique sans BSA

abdo souple dépressible indolore, pas d'HSMG

éruption cutanée maculeuse sur le corps, s'effaçant à la vitropression, au niveau des mains, membres tronc, dos  
hypertrophie amygdalienne avec pharynx érythémateux, langue framboisée, chéilite, conjonctivite bilatérale et hyperhémique

adénopathie cervicale bilatérale centimétrique

pas de syndrome méningé

Entrée à 21h45

Transférée à 15h45



Angela, 6 ans

## Suspicion de Kawasaki

bilan sanguin

UHCD

- surveillance
- perfusion PG5%
- +/- tegeline selon bio ?

bilan sanguin :

Hb 12.2g/dL, leucopénie à 4010/mm<sup>3</sup>, plaquettes à 150 000/mm<sup>3</sup>

PCT 40 ng/ml, CRP 4mg/l

albumine normale à 40g/l, pas d'augmentation des transaminases,  
ionogramme sanguin normal, créatinine normale

**Donc** : poursuite antibiothérapie pour angine  
recontrôle du bilan inflammatoire le 19/10 au matin

6h : épistaxis léger, tarie avec compression bidigitale

9h : sérologies Parvovirus B19 et EBV ajoutées au bilan fait cette nuit

Entrée à 21h45

Transférée à 15h45

# Angela, 6 ans

Entrée à 21h45

- **21/02, 9h10**

Asthénie ++, Alimentation conservée

Hémodynamique stable. FC 120-140bpm. TA 84/43mmHg, extrémités chaudes, pas de marbrures, TRC<3s  
T 38.4-40.1°C sans signes de mauvaise tolérance

Eruption maculeuse descendante de l'ensemble du tégument

Enanthème, pharynx, joues

Conjonctivite bilatérale hyperhémique

Chéilite

ADP cervicale bilatérale centimétrique

Bdc réguliers, pas de souffle

Eupnéique 28cpm, Sat 98%AA, pas de signe de lutte, MV +/- symétrique sans bruits surajoutés

Abdomen SID

Nuque souple





# Synthèse

- **Cas de rougeole aux UP février 2025**

*Venue un premier soir ; 2h30 aux UP en salle d'attente*

- Conjonctivite, fièvre, angine
- Pas de rash
- TDR strepto A +

- *Venue le lendemain soir : rash*

- Isolée immédiatement
- Diagnostic de rougeole confirmé

- **Enquête cas contact : n=50 (un vendredi...)**

- Avis ARS : voir avec EOH
- Avis EOH : aide ARS??



## 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](mailto: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

### **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.**

## 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.

# Rougeole : Résurgence en Europe depuis 2023



Circulation active de la rougeole en Hauts-de-France, l'agence régionale de santé (ARS) rappelle l'importance de la vaccination

Communiqué de presse  
21/02/2025

En 2023, dans les Hauts-de-France 87% des enfants âgés de 33 mois étaient à jour de la vaccination ROR 2 doses (86% France entière),

En deçà de l'objectif de 95% qui permettrait d'éradiquer la maladie.

## **Identifiez vos patients qui sont dans « le trou vaccinal »**

- Enfants < 12 mois
- Enfants non immunisés entre 2020 et 2022 (1,8 Millions en zone Europe)
- Adultes jeunes (20-40 ans) : 0 ou 1 dose
- Adultes jeunes 2 doses dont la 1<sup>ère</sup> avant 12 mois !! => 3<sup>e</sup> dose