

## Ré-émergence de la rougeole à La Réunion, août - octobre 2011

S. Larrieu (1), F. Domonte (2), A. Michault (3), E. Balleydier (1), E. Brottet (1), D. Polycarpe (2)

1. Cire océan Indien, Institut de veille sanitaire

2. Direction de la veille et sécurité sanitaire, ARS océan Indien

3. Laboratoire de bactériologie-parasitologie-virologie-hygiène, Groupe hospitalier Sud Réunion (GHSR), Centre hospitalier régional (CHR), Saint-Pierre, Ile de La Réunion, France

Au cours de la semaine du 5 au 14 août 2011, le signalement de 3 cas de rougeole à la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) de l'ARS océan Indien a révélé l'installation d'une chaîne de transmission du virus de la rougeole dans le sud de la Réunion. Dès lors, un dispositif de surveillance renforcée a été mis en place afin de détecter le plus précocement possible la survenue de nouveaux cas et d'être en mesure de suivre au mieux l'évolution de la situation épidémiologique de la rougeole à La Réunion. Par ailleurs, des mesures de contrôle ont été mises en place autour de chaque cas afin de limiter la propagation du virus.

Au total, l'épisode épidémique aura duré 11 semaines. Entre le 1<sup>er</sup> août et le 16 octobre 2011, 32 cas autochtones de rougeole sont survenus sur l'île et ont été signalés. Les analyses ont révélé que ces deux souches étaient identiques à celle ayant émergé en France fin 2008 et devenue majoritaire en 2011. Plus de la moitié de ces patients étaient âgés de moins de 25 ans, dont la majorité était des enfants de moins de 5 ans. Parmi les 30 cas confirmés, 10 avaient été vaccinés contre la rougeole ; la plupart de ces patients (n=7) n'avaient reçu qu'une seule dose malgré les recommandations.

L'ampleur très modérée du phénomène, avec seulement 30 cas confirmés notifiés, peut paraître étonnante compte tenu de la forte contagiosité de la maladie et de l'explosion mondiale de la maladie observée ces dernières années, notamment en France métropolitaine. Plusieurs éléments ont pu concourir à l'extinction de l'épisode, notamment une couverture vaccinale initiale relativement élevée, la mise en place rapide de mesures de contrôle autour de chaque cas, une très large communication auprès des professionnels de santé et du grand public, et une mobilisation active des acteurs et partenaires de la veille sanitaire (médecins libéraux, hospitaliers, laboratoires, etc.).