



EUROPE



**PLAN STRATÉGIQUE
DE LUTTE CONTRE
LA ROUGEOLE ET
LA RUBÉOLE CONGÉNITALE
DANS LA RÉGION
EUROPÉENNE DE L'OMS**

**PLAN STRATÉGIQUE
DE LUTTE CONTRE
LA ROUGEOLE ET
LA RUBÉOLE CONGÉNITALE
DANS LA RÉGION
EUROPÉENNE
DE L'OMS**



RÉSUMÉ

*Photo de couverture :
Des enfants fiers et
contents, et surtout
protégés contre la
rougeole et la rubéole.
République de
Moldavie, 2002.*

La rougeole et la rubéole restent, dans la Région européenne de l'OMS, des causes importantes de maladies et de décès qui pourraient être évitées par la vaccination. Certes, les États membres sont de plus en plus nombreux à fournir des vaccins assurant une prévention très efficace de ces maladies, dans le cadre des programmes élargis de vaccination de routine ; mais il reste à améliorer le taux de couverture vaccinale dans les pays utilisant déjà ces vaccins et à instaurer la vaccination antirubéoleuse dans les pays qui n'ont pas encore de programme. Le plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole dans la Région européenne de l'OMS définit des stratégies clés visant à la réalisation de deux objectifs en 2010 : la fin de la transmission endémique de la rougeole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région (pour parvenir à un taux inférieur à un cas de syndrome de rubéole congénitale pour 100 000 naissances d'enfant vivant). Le degré de réalisation de ces objectifs sera analysé en 2005, à l'occasion de l'évaluation mondiale de la lutte antirougeoleuse.

Mots clés

Rougeole

Rubéole

Rubéole congénitale

Syndrome de rubéole congénitale

Oreillons

Vaccination

Surveillance

Les demandes concernant une publication du Bureau régional sont à adresser à :

- *par courrier électronique* publicationrequests@euro.who.int (commandes d'exemplaires)
permissions@euro.who.int (demandes d'autorisation de reproduction)
pubrights@euro.who.int (demandes d'autorisation de traduction)
 - *par courrier postal* Unité des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
-

© Organisation mondiale de la santé 2003

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète ou correcte, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique déclarée.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
2. Situation de la Région européenne	3
3. Le plan stratégique pour la Région européenne	8
4. Stratégie intégrée pour la lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale	10
5. Stratégies de vaccination	12
6. Stratégies de surveillance	19
7. Réseau de laboratoires	23
8. Informations sur la vaccination	24
9. Mesures prioritaires	25
10. Indicateurs de surveillance	30
11. Étapes stratégiques	32
<i>Annexe 1</i> Importance de la population et des politiques nationales de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole dans les pays de la Région européenne de l'OMS, selon les déclarations recueillies en 2001	34
<i>Annexe 2</i> Indicateurs déclarés par pays, relatifs à la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et à l'incidence de ces maladies dans la Région européenne de l'OMS	36
<i>Annexe 3</i> Définitions de cas recommandées par l'OMS	38
<i>Annexe 4</i> Lutte contre les oreillons dans la Région européenne de l'OMS	40
<i>Annexe 5</i> Glossaire	43
Bibliographie	45



INTRODUCTION

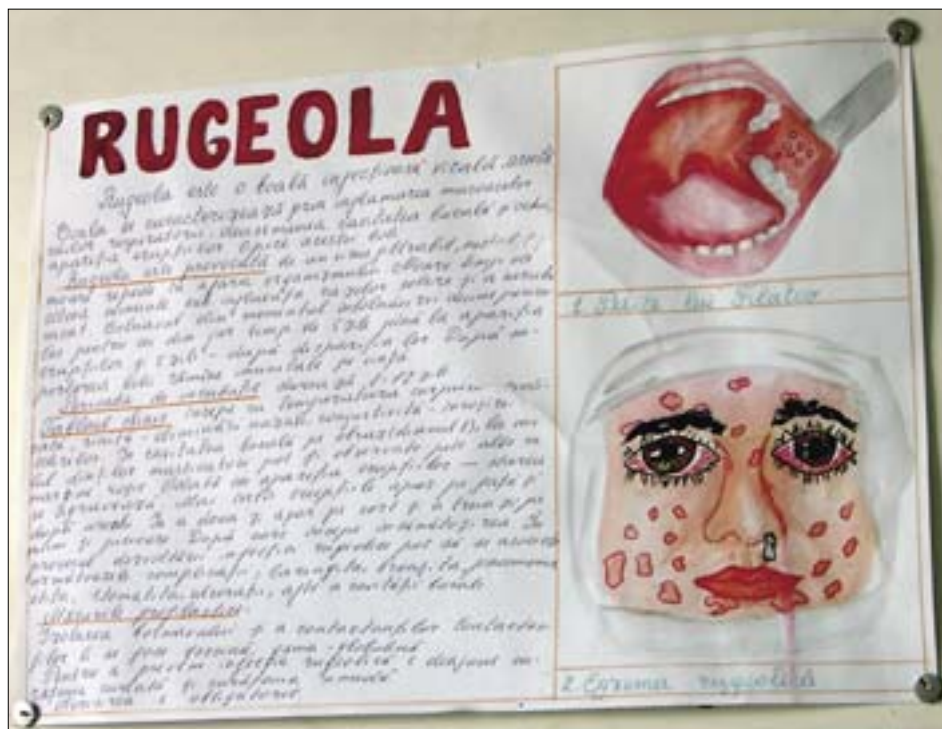
Maladie très contagieuse, la rougeole est toujours une cause de mortalité et de morbidité dans les pays en développement, mais aussi dans les pays industrialisés. Elle reste, à l'échelle mondiale, la première cause de mortalité infantile évitable par la vaccination, avec plus de 31 millions de cas et 777 000 décès par an (1). Le plan stratégique mondial de l'OMS de lutte contre la rougeole, publié en 2001 (2), définit un vaste programme d'action et un cadre visant à réduire de façon durable la mortalité imputable à la rougeole et à réaliser des avancées significatives en vue de stopper la transmission de la maladie dans les régions et les pays où l'élimination de la rougeole a été définie comme objectif. La stratégie adoptée est centrée sur le renforcement des services de vaccination existants et prévoit, à l'horizon 2005, une évaluation commune qui permettra de mesurer les progrès accomplis et de déterminer si l'éradication mondiale de la rougeole est un projet réalisable.

La transmission de la rougeole a été stoppée dans un certain nombre de pays grâce à la mise en œuvre de programmes de vaccination systématique et supplémentaire assurant un taux de couverture vaccinale très élevé (supérieur à 95 %) (3). Bien qu'évitable, la rougeole n'en demeure pas moins un important problème sanitaire dans les pays où des poussées épidémiques et des épidémies continuent de se produire en raison d'une couverture vaccinale insuffisante. Le renforcement des actions visant à interrompre la transmission endémique de la rougeole peut contribuer à l'équité en matière de soins de santé ; il convient de fournir le vaccin contre la rougeole aux populations mal desservies et vulnérables, de tirer parti des services de vaccination existants et de participer à l'élaboration de systèmes sanitaires efficaces (4).

Chez l'enfant, la rubéole est une maladie généralement bénigne qui se manifeste par une éruption maculo-papuleuse accompagnée de fièvre. Son importance au regard de la santé publique est liée aux effets tératogènes de la rubéole congénitale, qui entraîne un risque de fausse couche, de mort fœtale ou de naissance d'enfant atteint du syndrome de rubéole congénitale (SRC).

Dans la majorité des pays de la Région européenne de l'OMS, on administre le vaccin associé rougeole-oreillons-rubéole (ROR). Les vaccins antirougeoleux et antirubéoleux peuvent induire une immunité à long terme avec un taux d'efficacité compris entre 90 et 95 %. Toutefois, pour stopper la transmission endémique de la rougeole, il est nécessaire de maintenir des niveaux très bas de susceptibilité parmi la population (5). La prévention de la rubéole congénitale exige également que l'on maintienne des niveaux également très bas parmi les femmes en âge de procréer.

La plupart des pays d'Europe occidentale utilisent depuis longtemps le vaccin ROR dans leurs programmes de vaccination infantile, bien que dans bon nombre de ces pays, la couverture vaccinale ne soit pas très étendue. Comme les programmes avec une faible couverture vaccinale peuvent réduire la circulation du virus de la rubéole



chez les enfants, une proportion plus importante d'enfants non vaccinés atteindront l'adolescence et l'âge adulte sans être contaminés, d'où une multiplication du nombre de femmes en âge de procréer sensibles au virus. En cas de poussée épidémique de rubéole, ces femmes seront plus exposées au risque de contamination, d'où une augmentation du nombre d'enfants atteints de rubéole congénitale et un alourdissement de la charge représentée par le SRC, par rapport aux pays dans lesquels le vaccin contre la rubéole n'a jamais été utilisé (6). Les pays enregistrant de faibles niveaux de couverture par le vaccin antirubéoleux ont la possibilité de réduire sensiblement le risque de rubéole congénitale et le fardeau qui l'accompagne en associant des activités de prévention à un renforcement de la lutte antirougeoleuse.

Le présent plan stratégique intégré est essentiellement axé sur la rougeole et la rubéole congénitale, mais il se veut également l'occasion d'améliorer la lutte contre les oreillons dans les pays ayant recours au vaccin ROR. L'annexe 4 contient des informations sur ce point.

2 SITUATION DE LA RÉGION EUROPÉENNE

2.1 APERÇU DES INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DANS LA RÉGION EUROPÉENNE

Depuis de nombreuses années, la quasi-totalité des pays de la Région européenne appliquent des programmes de lutte antirougeoleuse. Cependant, dans certains pays d'Europe occidentale, la méconnaissance sociale de l'importance de cette maladie et l'absence d'une bonne communication sur les risques gênent encore aujourd'hui l'instauration d'une lutte efficace. Dans les nouveaux États indépendants de l'ex-URSS (NEI), le processus de transition qui a touché l'infrastructure des systèmes de soins de santé et la difficulté d'affecter des ressources aux programmes de vaccination ont freiné les efforts visant à atteindre et à maintenir un degré élevé d'immunité parmi la population, aux fins de stopper la transmission endémique de la rougeole. Cette diversité des résultats entre les différentes parties de la Région se traduit par une augmentation du nombre de jeunes et de personnes plus âgées vulnérables dans de nombreux pays où le taux de couverture par la vaccination à deux doses n'est pas très élevé, ce qui constitue un risque de poussées épidémiques pour l'avenir. L'interruption de la transmission endémique de la rougeole et la prévention de la rubéole congénitale n'aboutiront que si les pays de la Région renforcent leurs programmes de surveillance et de vaccination systématique et qu'ils identifient et prennent en considération les populations vulnérables.

2.2 PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE, LA RUBÉOLE ET LA RUBÉOLE CONGÉNITALE

La présente section, qui décrit les progrès réalisés dans la lutte contre ces maladies, s'appuie sur les données communiquées par les États membres au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe entre 1991 et 2001. Comme l'historique des programmes de vaccination, la lutte actuellement menée contre ces maladies ainsi que les méthodes de déclaration présentent des spécificités suivant les différentes parties de la Région européenne ; cette section distingue trois sous-régions : l'Europe occidentale (23 pays, dont Israël), les pays d'Europe centrale et orientale (ou PECO, c'est-à-dire 16 pays, dont la Turquie) et les NEI (12 pays) (voir l'annexe 1).

2.3 POLITIQUE DE VACCINATION

Selon les données déclarées, tous les pays de la Région européenne utilisaient habituellement un vaccin antirougeoleux vivant atténué, pour la plupart à partir des années 1980, voire avant cette période (annexe 1). Seul un pays avait une politique de vaccination à une dose. Mis à part quatre pays, tous administraient la première dose aux enfants âgés de plus d'un an, puis la seconde entre 18 mois et 13 ans. Plus de 85 % des pays de la Région utilisaient des vaccins combinant plusieurs antigènes ou

administraient deux vaccins lors de la première et/ou de la seconde dose de vaccination antirougeoleuse. En Europe occidentale, tous les pays disposaient de programmes de vaccination ROR en deux doses. Parmi les seize PECO, douze suivaient des programmes en une ou deux doses, trois n'avaient pas de programme de vaccination infantile antirubéoleuse, mais deux avaient un programme destiné aux adolescentes. Seuls deux des douze NEI avaient des programmes de vaccination ROR en une ou deux doses, et dix n'avaient pas de programme contre la rubéole.

2.4 COUVERTURE VACCINALE

2.4.1 Rougeole



*Rougeole clinique
(Source: Santé
Canada)*

En 2001, 36 des 51 États membres de la Région ont communiqué des données sur la couverture assurée par les vaccins antirougeoleux. Dix-neuf de ces pays ont signalé une couverture supérieure à 95 % pour la première dose, et seize ont signalé le même chiffre pour la première et la seconde dose.

L'annexe 2 présente une moyenne par pays sur une période de cinq ans. Sur les 50 pays pour lesquels des données sont disponibles, les niveaux de couverture vaccinale antirougeoleuse étaient compris entre 60 et 100 %. La moyenne pondérée en fonction de la population était de 78 % pour 22 pays d'Europe occidentale, de 89 % pour les 16 PECO et de 96 % pour les 12 NEI. Cinq PECO avaient procédé à des études sur la couverture vaccinale en s'appuyant sur diverses méthodes, et les résultats de ces études correspondaient bien à l'estimation de la couverture vaccinale obtenue à l'aide des données administratives. Dix NEI avaient également entrepris des études de ce type en 1999 et 2000, qui, pour certains de ces pays, avaient produit des résultats très éloignés des estimations obtenues à l'aide des données administratives.

Au cours des dernières années, cinq pays européens ont mis en place en supplément des campagnes nationales de vaccination. Le Royaume-Uni a vacciné les enfants de 5 à 16 ans contre la rougeole et la rubéole en 1994 (7) ; la Roumanie a vacciné les enfants de 7 à 18 ans contre la rougeole et les filles de 15 à 18 ans contre la rougeole et la rubéole en 1999 (8) ; l'Albanie a vacciné les enfants de 1 à 15 ans contre la rougeole et la rubéole en 2000 (9) ; le Kirghizistan a vacciné les enfants et les jeunes de 7 à 25 ans contre la rougeole et la rubéole en 2001 (10) ; et la République de Moldova a vacciné les enfants et les jeunes de 8 à 19 ans, ainsi que les étudiants et militaires âgés de 20 à 23 ans, contre la rougeole et la rubéole en 2002.



*Éruption cutanée due
à la rubéole (Source:
Santé Canada)*

2.4.2 Rubéole

Pour la plupart des pays utilisant le vaccin contre la rubéole, la couverture vaccinale est identique à celle signalée pour la rougeole puisque c'est le vaccin ROR qui est utilisé. Le Bureau régional n'a pas systématiquement recueilli les données concernant la couverture vaccinale antirubéoleuse dans les deux pays utilisant des vaccins monovalents contre la rubéole.

2.5 SURVEILLANCE

2.5.1 Rougeole

Le nombre annuel de cas de rougeole signalés dans la Région européenne a chuté de 78 % entre 1991 et 2001. L'annexe 2 présente l'incidence moyenne sur les cinq dernières années pour lesquelles on dispose de données nationales. Le nombre total de cas de rougeole a considérablement diminué dans les trois sous-régions (figure 1), même si un certain nombre de pays ont signalé des poussées épidémiques. Il existe de nombreuses méthodes de surveillance nationale de la rougeole : certains pays en sont dépourvus, d'autres ont recours à des méthodes de surveillance par réseau sentinelle et d'autres encore disposent de systèmes nationaux de déclaration des cas. Dans leur majorité, les pays ne signalent pas les cas confirmés en laboratoire.

Sous-région de l'OMS	1991		2001	
	Nbre de cas	% de pays ayant communiqué leurs données	Nbre de cas	% de pays ayant communiqué leurs données
Europe occidentale	229 447	83	16 575	96
Europe centrale et orientale	31 585	100	30 782	94
Nouveaux États indépendants	43 122	100	20 402	100
Total	304 184	92	67 759	96

Tableau 1 : Nombre de cas de rougeole signalés dans la Région européenne de l'OMS, par sous-région, en 1991 et en 2001

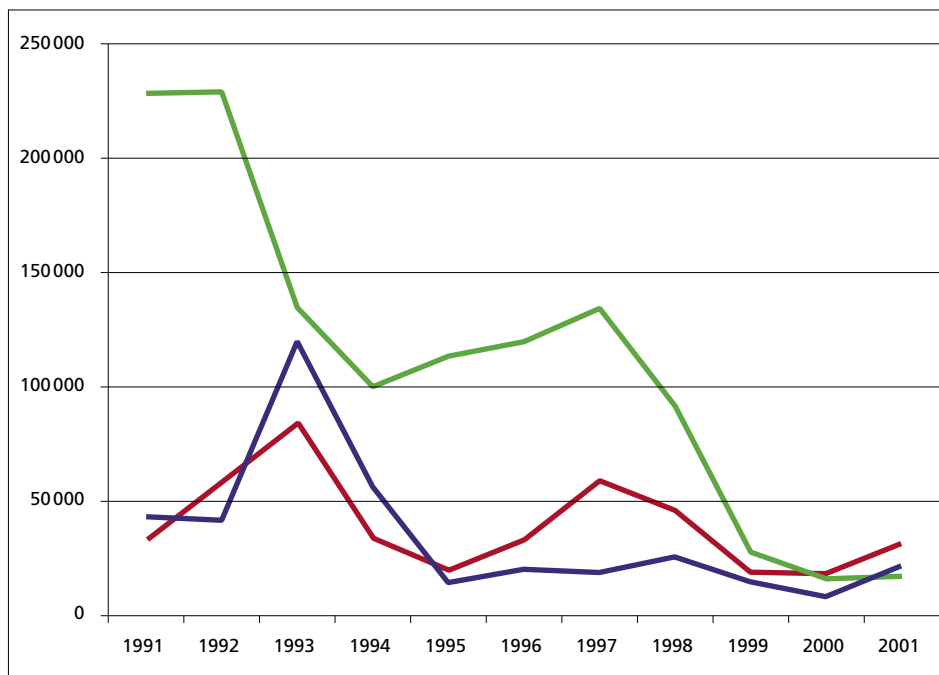


Figure 1 : Nombre annuel de cas de rougeole dans la Région européenne, de 1991 à 2001

— PECO
— NEI
— Europe occidentale

2.5.2 Rubéole et rubéole congénitale

Le nombre annuel de cas de rubéole signalés dans la Région européenne a augmenté de 75 % au cours des dix dernières années (tableau 2). Si ce nombre a diminué dans les pays d'Europe occidentale et les PECO, la maladie continue de circuler librement dans la plupart des NEI, qui ont connu une importante épidémie de 1999 à 2001 (figure 2). L'annexe 2 présente l'incidence moyenne de la rubéole par pays, sur cinq ans. Des cas groupés de syndrome de rubéole congénitale (SRC) ont été récemment observés en Europe méridionale et orientale (6, 11). De nombreux pays ne disposent d'aucun système de surveillance du SRC, ou ces systèmes sont peu sensibles : les déclarations de 36 pays n'ont atteint qu'un total de 53 cas de SRC en 2000.

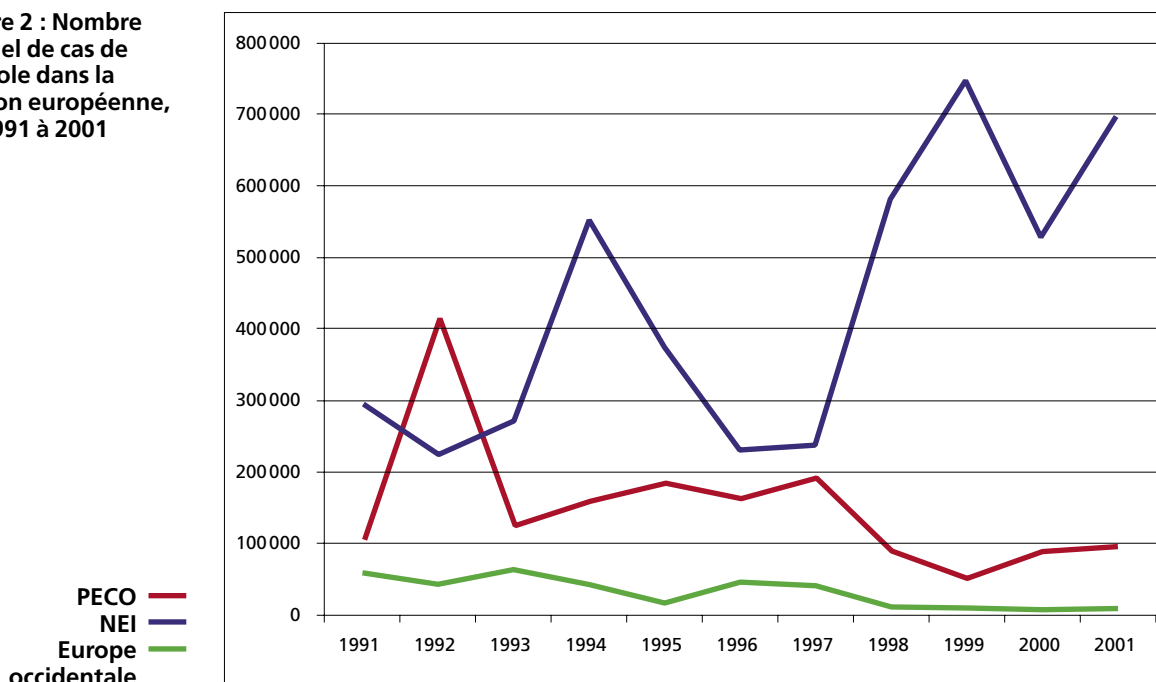
2.6 SÉROSURVEILLANCE

Des études sérologiques, qui utilisent des sérums résiduels, ont été menées au cours de la période 1994–1998 dans sept pays d'Europe occidentale participant au Réseau séro-épidémiologique européen. Les schémas de susceptibilité à la rougeole et à la

Tableau 2 : Nombre de cas de rubéole signalés dans la Région européenne de l'OMS, par sous-région, en 1991 et en 2001

Sous-région de l'OMS	1991		2001	
	Nbre de cas	% de pays ayant communiqué leurs données	Nbre de cas	% de pays ayant communiqué leurs données
Europe occidentale	61 680	70	5 954	78
Europe centrale et orientale	106 112	94	94 642	88
Nouveaux États indépendants	292 314	100	704 589	100
Total	460 106	84	805 185	86

Figure 2 : Nombre annuel de cas de rubéole dans la Région européenne, de 1991 à 2001



rubéole observés parmi la population sont apparus en phase avec l'incidence de ces maladies déterminée grâce au processus de surveillance (12).

2.7 COÛT ÉCONOMIQUE

Le coût de la rougeole et de la lutte antirougeoleuse a récemment fait l'objet d'une évaluation dans 10 pays d'Europe occidentale et au Canada (13). Le coût global de ces maladies pour la société a été estimé à 150 millions d'USD, soit 0,40 dollar par personne. Cependant, c'est en Italie que ce coût par habitant est apparu le plus élevé ; en effet, la couverture vaccinale y est la plus faible et l'incidence de ces maladies, la plus élevée. L'analyse réalisée permet de conclure que des mesures efficaces de lutte contre la rougeole permettent de réaliser des économies.

Des analyses coût-avantage portant sur la prévention du syndrome de rubéole congénitale par le vaccin unique ou par le vaccin ROR ont également été menées au Danemark, en Finlande et en Norvège (14–16). Toutes les études réalisées ont révélé des taux coût-avantage supérieurs à 1.

3 LE PLAN STRATÉGIQUE POUR LA RÉGION EUROPÉENNE

La politique-cadre SANTÉ 21 (17), préparée par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe et approuvée par le Comité régional de l’OMS pour l’Europe en 1998, définissait un certain nombre d’objectifs pour la lutte contre les maladies transmissibles dans la Région européenne, notamment l’élimination de la rougeole pour 2007 et le contrôle du syndrome de rubéole congénitale et des oreillons pour 2010. Afin de garantir l’interruption de la transmission endémique de la rougeole, des objectifs préliminaires ont également été définis en matière de susceptibilité par âge (18). Au cours des années 1999 et 2000, des groupes de travail consacrés à la recherche de cohortes sensibles et encourageant l’élaboration de plans nationaux ont été mis en place au niveau sous-régional ; plus de la moitié des États membres ont participé à ces activités.

Les progrès accomplis par la suite dans la mise en œuvre de plans nationaux et de mesures consécutives ont été limités, en dépit de l’intérêt croissant manifesté par les États membres. Comme l’objectif d’élimination de la rougeole fixé pour 2007 paraît de plus en plus difficile à atteindre, et compte tenu de l’utilisation intensive de vaccins associés rougeole-rubéole dans la Région, cet objectif a été reculé à la même date que celle définie par la politique-cadre SANTÉ 21 pour le SRC. Une évaluation sera effectuée courant 2005, parallèlement à la consultation mondiale sur la lutte contre la rougeole prévue pour cette même année, et sera suivie de la soumission d’un plan révisé au Comité régional de l’OMS pour l’Europe, aux fins d’approbation.

Les objectifs généraux du plan stratégique pour 2010 sont les suivants :

- interruption de la transmission endémique de la rougeole¹ ; et
- prévention de la rubéole congénitale (moins d’un cas de SRC pour 100 000 naissances d’enfant vivant).

Six stratégies clés sont recommandées pour atteindre ces objectifs :

- atteindre et maintenir une couverture vaccinale très élevée au moyen de deux doses de vaccin contre la rougeole, grâce à des services de vaccination systématique de qualité,
- offrir une seconde chance d’immunisation contre la rougeole grâce à des mesures de vaccination supplémentaire destinées aux populations à risque, conformément aux objectifs nationaux de lutte antirougeoleuse,
- tirer parti de ces mesures de vaccination supplémentaire contre la rougeole pour cibler les populations exposées à la rubéole, le cas échéant,
- assurer la protection contre la rubéole des femmes en âge de procréer en garantissant une couverture vaccinale élevée,

¹ Situation dans laquelle il ne peut plus y avoir de transmission durable du virus et où la propagation secondaire à la suite de cas importés cesse d’elle-même, sans intervention. Pour plus d’informations, se reporter au document *Surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection in the European Region* (19).

- renforcer les systèmes de surveillance au moyen d'études de cas poussées, avec confirmation en laboratoire,
- mettre à la disposition des professionnels et du public des informations utiles et complètes sur les avantages et les effets secondaires de la vaccination contre la rougeole et la rubéole.



4 STRATÉGIE INTÉGRÉE POUR LA LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE ET LA RUBÉOLE CONGÉNITALE

Le recours à une stratégie de vaccination intégrée visant à accélérer la lutte contre la rougeole et la rubéole pourrait entraîner une réduction considérable de ces deux maladies tout en optimisant l'efficacité des programmes. En 2002, 78 % des pays de la Région européenne utilisaient le vaccin associé. Par ailleurs, les pays ayant pratiquement atteint le stade d'interruption de la transmission endémique de la rougeole vont découvrir qu'une grande partie des cas de suspicion de rougeole sont en fait des cas de rubéole. La diminution de l'incidence de la rubéole va permettre aux pays de renforcer leurs systèmes de surveillance systématique de la rougeole sans pour autant les surcharger lors de la détection de cas d'éruption cutanée et de fièvre associés à d'autres infections virales.

La stratégie intégrée définit des priorités pour la lutte contre la rougeole, prévoit trois phases pour ce processus et comporte des options permettant aux États membres d'inclure ou non la vaccination contre la rubéole dans leurs programmes de lutte antirougeoleuse.

Les pays mettant au point une stratégie nationale dans le but d'atteindre les objectifs du Plan stratégique doivent évaluer les niveaux de contrôle de la rougeole et de la rubéole qu'ils ont connus par le passé et qu'ils connaissent actuellement, afin de planifier de façon systématique les mesures à entreprendre. La classification du niveau actuel de contrôle de ces deux maladies peut s'effectuer sur la base de l'estimation de la susceptibilité de la population. On peut également dégager un profil de susceptibilité à partir de l'évaluation des données historiques par âge relatives à l'incidence des maladies et à la couverture vaccinale, en complétant si nécessaire par les données provenant d'études sérologiques normalisées. Les États membres peuvent être classés en trois groupes, selon la phase à laquelle ils sont parvenus (voir tableau 3).

Phase I : contrôle limité de la rougeole

Pays pour lesquels la couverture par la première dose de vaccin antirougeoleux a été en permanence inférieure ou égale à 90 % et qui ont, à terme, enregistré une accumulation de cohortes sensibles dans la population. Ces pays connaissent toujours des épidémies de rougeole séparées par des intervalles inférieurs ou égaux à 5 ans et qui touchent souvent les groupes les plus jeunes, avec des conséquences plus graves.

Phase II : contrôle de la rougeole

Pays bénéficiant d'une couverture par le vaccin antirougeoleux qui a été contrôlée et maintenue à un niveau élevé (de 90 à 95 %) avec au minimum une dose de vaccin. Ces pays enregistrent encore des épidémies de rougeole (qui touchent essentiellement les groupes les plus âgés), mais selon une période interépidémique supérieure à 5 ans.

Phase III : quasi-élimination de la rougeole

Pays bénéficiant d'une couverture par le vaccin antirougeoleux maintenue à un niveau très élevé (supérieur à 95 % à l'échelle nationale, à 90 % dans tous les districts) avec deux possibilités de vaccination incluant les cohortes sensibles les plus âgées. Les données indiquent que la transmission endémique de la rougeole a été stoppée.

Phase IIIa : la prévention de la rubéole congénitale ne fait pas partie intégrante du plan national de lutte antirougeoleuse.

Phase IIIb : la prévention de la rubéole congénitale fait partie intégrante du plan national de lutte antirougeoleuse.

Pays bénéficiant depuis longtemps de niveaux élevés de couverture par le vaccin antirougeoleux ou dans lesquels les cohortes sensibles de femmes en âge de procréer ont été protégées. Les faits indiquent une réelle prévention de la rubéole congénitale, avec une incidence de SRC inférieure à 1 cas pour 100 000 naissances d'enfant vivant (voir le chapitre sur l'immunisation).

Phase	Niveau de contrôle	Couverture vaccinale	Situation épidémiologique
IIIb	Quasi-élimination de la rougeole et prévention de la rubéole congénitale	Couverture très élevée (> 95 %) et durable par deux doses de vaccin antirougeoleux et couverture élevée (> 90 %) et durable par une dose de vaccin antirubéoleux au minimum chez les femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> • Interruption de la transmission endémique de la rougeole • Faible niveau de susceptibilité à la rougeole dans la population • Incidence du SRC < 1 pour 100 000 naissances d'enfant vivant • Faibles niveaux de susceptibilité à la rubéole parmi les femmes en âge de procréer
IIIa	Quasi-élimination de la rougeole	Couverture très élevée (> 95 %) et durable par deux doses de vaccin antirougeoleux	<ul style="list-style-type: none"> • Interruption de la transmission endémique de la rougeole • Faible niveau de susceptibilité à la rougeole dans la population
II	Contrôle de la rougeole	Couverture élevée (> 90 %) et durable par une dose de vaccin antirougeoleux au minimum	<ul style="list-style-type: none"> • Faible morbidité avec poussées épidémiques périodiques de rougeole • Intervalle entre épidémies de rougeole > 5 ans
I	Contrôle limité de la rougeole	Couverture faible à moyenne (≤90 %) par le vaccin antirougeoleux	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidité importante avec fréquentes poussées épidémiques de rougeole • Intervalle entre épidémies de rougeole ≤ 5 ans

Tableau 3 : Phases de la lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale

5 STRATÉGIES DE VACCINATION

Pour atteindre la phase III de la lutte contre la rougeole, il convient de diminuer le nombre de sujets non immuns dans la population pour parvenir au point où la transmission durable du virus après importation ne peut pas se produire (19). L'administration de deux doses de vaccin antirougeoleux est nécessaire, chacune avec des niveaux très élevés de couverture (supérieurs à 95 %), de sorte que la grande majorité des personnes ne réagissant pas à la première dose de vaccin développent une réponse immunitaire après la seconde dose. S'ils veulent atteindre leurs objectifs en termes de lutte antirougeoleuse, les pays devront garantir des services de vaccination infantile de bonne qualité, mais également déceler et prendre en charge les cohortes d'âges à risque généralement non ciblées par les services de vaccination systématique antirougeoleuse.

5.1 RENFORCEMENT DES SERVICES DE VACCINATION POUR LA MISE EN PLACE D'UN CALENDRIER VACCINAL EN DEUX DOSES

Les conditions déterminant les programmes de vaccination antirougeoleuse sont complexes et les économies d'échelle font que ces programmes présentent un rapport coût-efficacité très élevé lorsqu'ils s'accompagnent de l'administration systématique d'autres vaccins. La première dose de vaccin antirougeoleux devrait être administrée dès l'âge de 12 mois dans les cohortes de naissances successives, et ce afin de maintenir une couverture vaccinale très élevée (supérieure à 95 %) dans chaque district administratif. Dans les pays où les enfants en bas âge présentent un risque élevé de contracter la rougeole, la première dose de vaccin est administrée à 9 mois. Cependant, ces pays devraient envisager de faire passer l'âge d'administration de cette première dose à partir de l'âge de 12 mois une fois que le risque de rougeole a diminué. L'âge auquel est administrée la seconde dose dépend de facteurs spécifiques aux pays, mais il correspond généralement à l'âge préscolaire.

Les méthodes adoptées par chaque pays pour augmenter la couverture vaccinale et renforcer le programme de vaccination systématique doivent faire l'objet d'un certain nombre d'améliorations. Il convient à cet effet :

- de veiller à la disponibilité de vaccins sûrs et efficaces et à leur administration selon des techniques de vaccination sans risque,
- d'élaborer et d'entreprendre des mesures spéciales afin de vacciner les sous-groupes difficiles à atteindre,
- de mettre au point des systèmes de suivi de vaccination afin de réduire les taux élevés d'abandon,
- de réduire les occasions de vaccination manquées et les contre-indications inappropriées,

- de former des personnels de santé afin d'améliorer la gestion des services de vaccination, et
- de concevoir et de mettre en application des documents d'information et de communication et du matériel pédagogique destinés au public et aux professionnels de la santé.

5.2 MESURES DE VACCINATION SUPPLÉMENTAIRE

Tous les pays comprenant des cohortes sensibles ayant un âge supérieur à celui de la seconde dose de routine ou dans lesquels la couverture par la première ou la seconde dose est insuffisante doivent mettre au point des stratégies de vaccination supplémentaire visant à obtenir un taux de couverture vaccinale très élevé (supérieur à 95 %) parmi les groupes ciblés.

Les campagnes de vaccination antirougeoleuse supplémentaires, si elles sont correctement menées, peuvent constituer une méthode efficace pour réduire rapidement le nombre de sujets à risque dans la population ou pour maintenir cette tendance (20). Techniquement, les opérations requises sont simples, mais les problèmes opérationnels et logistiques sont considérables. Ces campagnes devraient être très soigneusement planifiées, en accordant une attention particulière à la logistique et à la sécurité de la vaccination, et devraient être associées à des mesures visant à renforcer les processus de surveillance et la capacité des laboratoires. Grâce aux campagnes, il est possible de développer et d'améliorer les services de routine, mais une campagne mal préparée peut être préjudiciable à la prestation de ces services. Pour déterminer si un pays est prêt pour une campagne, il convient de tenir compte d'un certain nombre de facteurs, à savoir :

- la volonté politique d'éliminer la rougeole, attestée par un financement de longue durée,
- l'existence d'un plan national pluriannuel complet visant à l'élimination de la rougeole,
- les capacités techniques,
- un financement adéquat,
- des programmes de vaccination systématique renforcés et durables, et
- une surveillance amplifiée et des moyens accrus en laboratoires.

Il existe trois types de campagnes de vaccination supplémentaires : les campagnes de rattrapage, les campagnes de suivi et les campagnes ciblées.

5.2.1 Campagnes de rattrapage

Les campagnes de rattrapage sont des événements uniques à l'échelle nationale ciblant de nombreuses cohortes dans lesquelles les sujets à risque se sont multipliés. Au cours d'une campagne de rattrapage, chacun des membres de la classe d'âge ciblée reçoit une dose supplémentaire, quels que soient ses antécédents de maladie ou de vaccination. La nécessité et la capacité d'entreprendre une campagne de rat-

Tous les pays comprenant des cohortes sensibles ayant un âge supérieur à celui de la seconde dose de routine ou dans lesquels la couverture par la première ou la seconde dose est insuffisante doivent mettre au point des stratégies de vaccination supplémentaire visant à obtenir un taux de couverture vaccinale très élevé (supérieur à 95 %) parmi les groupes ciblés.

travage, de même que les groupes d'âge à cibler, sont des éléments très importants dans la mise au point d'un plan national d'élimination de la rougeole.

Les groupes d'âge ciblés sont déterminés en fonction des données relatives à l'histoire de la couverture vaccinale et à l'épidémiologie de la maladie dans le pays; on peut également avoir recours à des études sérologiques pour définir les classes d'âge ayant un nombre de susceptibles supérieur au seuil ce qui définit la population cible pour la campagne (18). Les campagnes de rattrapage doivent concilier les objectifs stratégiques de réduction du nombre de personnes à risque et permettre la réalisation des objectifs nationaux, tout en garantissant une utilisation efficace des ressources, compte tenu de la possibilité d'atteindre les populations ciblées et des opportunités d'amélioration de la capacité du programme de vaccination.

5.2.2 Campagnes de suivi

Les campagnes de suivi sont des campagnes de vaccination de masse effectuées périodiquement (tous les 3 à 5 ans) et destinées à atteindre les enfants qui n'ont pas été ciblés par la précédente campagne de masse. Lorsqu'un pays ne parvient pas à maintenir un niveau très élevé de couverture avec la première ou la seconde dose de vaccin antirougeoleux à la suite d'une campagne de rattrapage, le nombre de sujets à risque se multiplie. Dans ce cas, les campagnes de suivi systématiques offrent une seconde chance pour endiguer la maladie, après une évaluation fondée sur l'épidémiologie de la rougeole et des études de séroprévalence.

5.2.3 Campagnes ciblées

Les campagnes ciblées sont destinées aux enfants qui sont passés au travers de la vaccination systématique et des campagnes de vaccination de masse précédentes dans des zones géographiques spécifiques. Traiter ces enfants peut exiger des mesures assez contraignantes, notamment la vaccination de porte à porte. Les campagnes ciblées peuvent être utilisées comme moyen d'action ponctuel pour maintenir l'interruption de la transmission. Elles sont mises en place en fonction des besoins révélés par les données relatives à la couverture vaccinale et à la surveillance de la maladie.

5.3 MESURES RECOMMANDÉES POUR CHAQUE PHASE DE VACCINATION ANTIROUGEOLEUSE

5.3.1 Phases I et II

Pour éliminer la rougeole, les pays doivent faire preuve d'un véritable engagement politique, ce qui implique un travail de sensibilisation, le renforcement du soutien des partenaires et la mise au point d'un plan national d'action.

Ces pays doivent également renforcer leurs programmes de vaccination systématique en veillant à ce que les deux doses de vaccin soient administrées en temps utile, avec une couverture vaccinale très élevée. Lorsqu'un pays enregistre une couverture peu élevée, il convient de procéder à des analyses dans ce pays en particulier, afin d'identifier les raisons de ce déficit et d'élaborer des stratégies spécifiques permet-

tant d'augmenter la couverture vaccinale et de réduire les occasions manquées de vaccination. La mobilisation sociale, de même qu'une réelle communication sur les risques, sont des activités très importantes.

Le fait de parvenir à une couverture vaccinale très élevée parmi les enfants faisant l'objet de programmes de vaccination systématique n'entraîne pas de baisse de la susceptibilité chez les enfants n'ayant pas reçu la seconde dose de vaccin. Lorsque l'engagement politique est réel et que les programmes de vaccination systématique ont été renforcés, les cohortes sensibles de la population sont prises en charge dans le cadre de campagnes de rattrapage correctement planifiées : les pays concernés peuvent alors entrer dans la phase III.

5.3.2 Phases IIIa et IIIb

Lorsqu'un pays atteint la phase III, il doit s'efforcer en permanence de maintenir une couverture vaccinale très élevée grâce au programme de vaccination systématique à deux doses. Il doit également renforcer la surveillance afin de détecter et de contrôler la transmission endémique du virus, et présenter toute donnée témoignant d'une couverture vaccinale insuffisante. Une véritable communication sur les risques, notamment sur les manifestations post-vaccinales indésirables, doit être entretenue en permanence, de même que d'autres stratégies visant à préserver la confiance du public dans l'innocuité des vaccins.

5.4 PRÉVENTION DE LA RUBÉOLE CONGÉNITALE

La stratégie de prévention de la rubéole congénitale comporte essentiellement deux volets : le maintien de niveaux élevés d'immunité chez les femmes en âge de procréer, et la réduction du risque d'exposition de ces femmes à la maladie, grâce à une réduction de la circulation du virus de la rubéole dans la population générale.

Il existe deux stratégies de vaccination permettant de prévenir la rubéole congénitale (11) :

- une stratégie sélective ciblant les adolescentes et/ou les femmes en âge de procréer ;
- ou
- une stratégie globale prévoyant la vaccination systématique des garçons et des filles et la vaccination des femmes à risque en âge de procréer.

Chacune de ces deux stratégies peut être associée à des campagnes supplémentaires permettant d'établir une couverture élevée en administrant le vaccin antirubéoleux à de nombreuses cohortes d'âge sensibles à la maladie. Pour plus d'efficacité, ces campagnes peuvent à leur tour être associées à des campagnes de vaccination anti-rougeoleuse supplémentaires.

Lorsque l'on s'engage dans un programme de vaccination systématique des enfants contre la rubéole, deux conditions préalables s'imposent : une planification rigoureuse à long terme, et un engagement politique et budgétaire. Le choix de la stratégie

à adopter doit être déterminé par l'appréciation de la charge de morbidité due à la rubéole congénitale et par la disponibilité de ressources durables (11). La mise en place d'une stratégie globale au cours de la phase I est déconseillée compte tenu de la nécessité d'atteindre des niveaux très élevés de couverture vaccinale pour éviter, à terme, une augmentation de l'incidence du SRC ; en revanche, il peut être envisagé de mettre en œuvre une stratégie sélective.

Ce processus décisionnel peut être déterminé par d'autres facteurs, à savoir :

- la susceptibilité enregistrée des femmes en âge de procréer,
- l'efficacité du programme de vaccination systématique, attestée par le niveau élevé de couverture antirougeoleuse,
- l'infrastructure et les ressources prévues pour les programmes de vaccination des enfants et des adolescents, et
- les moyens mis en œuvre pour la surveillance du SRC et de la rubéole, notamment la capacité de contrôler la susceptibilité à la rubéole des femmes enceintes et la détermination à prendre les mesures qui s'imposent en cas d'augmentation de cette sensibilité.

5.4.1 Stratégie sélective

Grâce à une stratégie sélective, les femmes sont assurées de bénéficier d'une protection directe, et ce même si le virus de la rubéole continue de circuler dans l'ensemble de la population. Il est nécessaire d'atteindre une couverture élevée (supérieure à 90 %) avec une dose de vaccin parmi les adolescentes et/ou les femmes en âge de procréer afin de garantir un faible taux de sensibilité, qui devra être surveillé. Outre la vaccination systématique des jeunes filles, il existe d'autres méthodes telles que le dépistage anténatal avec vaccination des sujets déclarés à risque, et la vaccination ciblant les femmes en âge de procréer, organisée dans des cadres tels que le lieu de travail.

Tableau 4 :
Récapitulatif
des mesures
de vaccination
recommandées
pour chaque phase
de prévention de
la rougeole et de la
rubéole congénitale
dans la Région
européenne de
l'OMS

Phase	Vaccination antirougeoleuse	Vaccination antirubéoleuse
IIIb	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir une couverture par la vaccination systématique en deux doses > 95 % à l'échelle nationale 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir une couverture vaccinale en une dose > 90 % chez les femmes en âge de procréer
IIIa	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une seconde possibilité de vaccination, si nécessaire, grâce à des mesures supplémentaires de vaccination (campagnes de suivi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Parvenir à une couverture vaccinale en une dose > 90 % chez les femmes en âge de procréer
II	<ul style="list-style-type: none"> • Parvenir à une couverture > 95 % à l'échelle nationale par la vaccination systématique en une dose au minimum • Offrir une seconde opportunité de vaccination grâce à des mesures de vaccination systématique ou supplémentaire (campagnes de rattrapage) 	
I		

5.4.2 Stratégie globale

Lorsqu'elle donne lieu à une couverture très élevée et contrôlée (supérieure à 95 %), la vaccination des garçons et des filles par une dose de vaccin peut interrompre la transmission de la rubéole. Cette stratégie cible également les femmes à risque en âge de procréer, dans l'objectif d'atteindre une couverture élevée (supérieure à 90 %). D'une façon générale, la susceptibilité des femmes en âge de procréer devrait être surveillée.

5.5 MESURES RECOMMANDÉES POUR CHAQUE PHASE DE PRÉVENTION DE LA RUBÉOLE CONGÉNITALE

5.5.1 Phase I

Les pays n'incluant pas le vaccin antirubéoleux dans leurs programmes de vaccination systématique des enfants devraient s'efforcer de renforcer ces programmes et d'augmenter la couverture par le vaccin antirougeoleux.

5.5.2 Phases II et IIIa

On ne saurait que trop encourager les pays à mettre en place une stratégie globale ou sélective. L'utilisation du vaccin RR pour les campagnes de vaccination antirougeoleuse de rattrapage offre la possibilité d'instaurer et d'activer la prévention de la rubéole congénitale. L'évaluation des niveaux de susceptibilité à la rubéole parmi les femmes en âge de procréer peut être un élément déterminant dans la décision d'inclure ou non une campagne de vaccination antirubéoleuse supplémentaire destinée aux femmes dépassant la limite d'âge supérieure fixée pour la vaccination antirougeoleuse-antirubéoleuse.

Les pays dans lesquels le vaccin RR ou le vaccin ROR est utilisé depuis de nombreuses années dans les programmes de vaccination infantile, mais sans maintien d'une forte couverture vaccinale, devraient évaluer la susceptibilité à la rubéole des femmes en âge de procréer et appliquer les mesures nécessaires à la réduction de ce risque.

5.5.3 Phase IIIb

Le maintien d'une couverture vaccinale élevée exige des efforts soutenus. Les pays doivent continuer à surveiller la susceptibilité des femmes en âge de procréer. Si l'on repère des classes d'âge à risque ou des groupes de femmes en âge de procréer qui sont difficiles à atteindre, il est fortement conseillé de mettre en place des mesures supplémentaires de vaccination.

Les femmes en âge de procréer vivant dans les pays se trouvant en phase I, et dans lesquels le vaccin antirubéoleux a été inclus dans les programmes de vaccination infantile, peuvent présenter un risque particulièrement élevé d'avoir un enfant atteint du SRC. Les responsables de la santé publique doivent élaborer des programmes de vaccination visant à protéger ces femmes.

Des techniques d'injection sans risque : un aspect crucial de la vaccination



6 STRATÉGIES DE SURVEILLANCE

La présente section décrit des mesures de surveillance générales. Pour une analyse plus approfondie et une description des bonnes pratiques en la matière, se reporter au document *Surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection in the European Region (19)*.

La surveillance doit être renforcée à tous les niveaux et mise en œuvre en tant que composante essentielle du système sanitaire. En outre, il est fortement recommandé

Objet de la surveillance	NIVEAU DE CONTRÔLE		
	Phase I	Phase II	Phase III
Rougeole	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration mensuelle de données agrégées au niveau national: <ul style="list-style-type: none"> ✓ classe d'âge ✓ statut vaccinal ✓ situation géographique 	<ul style="list-style-type: none"> Mesures de la phase I, plus : Surveillance nationale au niveau des cas Mise en place des moyens requis pour la confirmation en laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance nationale au niveau des cas Examen de chaque cas suspect de rougeole, avec test diagnostique en laboratoire
Poussées épidémiques et agrégats de cas	<ul style="list-style-type: none"> Examen des poussées épidémiques de cas suspects de rougeole, selon les ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Examen de toute poussée épidémique détectée de cas suspects de rougeole 	<ul style="list-style-type: none"> Examen de tout agrégat de cas d'éruption fébrile détecté
	<ul style="list-style-type: none"> Recueil d'échantillons provenant de 5 à 10 cas sur chaque poussée épidémique en vue du diagnostic de la rougeole ou de la rubéole, ou de l'obtention du virus de la rougeole ou de la rubéole en vue du génotypage 		
Prévision des poussées épidémiques		<ul style="list-style-type: none"> Prévision des poussées épidémiques et interventi 	
SRC	<ul style="list-style-type: none"> Étude de l'impact du SRC 	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration du nombre annuel total de cas de SRC Surveillance du SRC au niveau des cas chez les nourrissons de 0 à 11 mois avec confirmation en laboratoire Surveillance de la susceptibilité à la rubéole chez les femmes en âge de procréer 	
Rubéole	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration du nombre mensuel de cas suspects de rubéole par classe d'âge et par statut vaccinal (facultatif pour les pays sans programme de vaccination antirubéoleuse) 	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration du nombre mensuel de cas suspects de rubéole par classe d'âge et par statut vaccinal Surveillance nationale au niveau des cas, si une stratégie globale de vaccination antirubéoleuse a été mise en place 	

Tableau 5 : Mesures minimales de surveillance de la rougeole et de la rubéole prévues pour chaque phase de contrôle

d'utiliser les définitions de cas établies par l'OMS (Annexe 4) (21). Au fur et à mesure que le niveau de contrôle de la maladie augmente et que les pays se rapprochent de l'interruption de la transmission endémique de la rougeole, il est nécessaire de mettre en place une surveillance avec confirmation biologique en laboratoire de tous les cas suspects. Cette amélioration devrait être entreprise en même temps que le renforcement de la capacité des laboratoires et avant l'organisation de campagnes de vaccination supplémentaires. Le tableau 5 énumère les mesures de surveillance minimales prévues pour chaque phase.

6.1 SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE

En phase I, les cas de rougeole clinique devraient être mensuellement déclarés et agrégés au niveau national en fonction de la classe d'âge, de la situation géographique et du statut vaccinal. Le cas échéant, les pays pourraient envisager d'associer la surveillance des cas graves aux mesures de surveillance de la paralysie flasque aiguë en milieu hospitalier. Dès que la lutte antirougeoleuse s'améliore et que le nombre de cas diminue, la déclaration des cas au niveau national avec confirmation en laboratoire devrait être instaurée.

En phase III, la surveillance renforcée des cas de rougeole est un élément essentiel pour améliorer la détection des cas possibles ; elle doit alors inclure la déclaration nationale au niveau des cas et l'analyse des cas confirmés en laboratoire. Les données sur ces cas doivent au minimum comprendre l'âge, la situation géographique, la source d'infection et le statut vaccinal. La surveillance et l'examen des cas groupés d'éruption fébrile seront des composantes importantes de cette stratégie. Cependant, une recherche opérationnelle est nécessaire pour mieux évaluer la sensibilité, l'utilité et la charge sur le système de santé publique de l'utilisation d'une définition de cas clinique de la rougeole (telle que « éruption fébrile accompagnée de conjonctivite »), par rapport à une définition simple (telle que « éruption fébrile » uniquement). Afin d'évaluer la sensibilité de la définition de cas utilisée, il conviendra de prendre en compte le nombre d'autres maladies détectées et confirmées en laboratoire qui impliquent une éruption fébrile (par exemple, les infections à parvovirus et à entérovirus).

Tous les cas suspects de rougeole en phase III devraient être analysés en laboratoire par détection des anticorps IgM (immunoglobuline M) spécifiques de la rougeole et/ou d'autres tests de confirmation reconnus par l'OMS. Lors de l'isolement ou de la détection d'un virus par des méthodes génétiques (par exemple, l'amplification génique, ou PCR), il conviendra de soumettre un échantillon à un génotypage. Les indicateurs énumérés ci-dessous permettront d'évaluer si la transmission du virus de la rougeole s'est produite dans un pays en phase III :

- répartition du génotype des souches rougeoleuses en circulation,
- répartition, étendue et durée des poussées épidémiques,
- niveaux cible de susceptibilité par âge.

6.2 PRÉVISION ET ÉTUDE DES POUSSÉES ÉPIDÉMIQUES

En phase I, il est important, si les ressources le permettent, de procéder sans tarder à l'étude des poussées épidémiques pour en déterminer la cause, en procédant à la confirmation en laboratoire de 5 à 10 cas et, si possible, au génotypage de tout virus isolé. Lors d'une poussée épidémique, deux priorités s'imposent : réduire la morbidité due à la rougeole grâce à une prise en charge améliorée des cas, et prévenir l'apparition de nouveaux cas en renforçant les mesures de vaccination systématique (22).

Dans un pays passant en phase II, il convient d'étudier toutes les poussées épidémiques détectées et de prendre les mesures appropriées. Afin de prévoir ces poussées épidémiques, on pourra surveiller la multiplication potentielle de personnes à risque d'après les informations relatives à la couverture vaccinale de routine, aux cas déclarés et aux données sérologiques. Cette surveillance permet d'intervenir rapidement (par exemple une vaccination supplémentaire), au moment et à l'endroit nécessaire, afin d'éviter d'éventuelles poussées épidémiques.

En phase III, toutes les poussées épidémiques d'éruptions fébriles devraient faire l'objet d'études comprenant des tests sérologiques et l'isolement du virus ou sa détection par des méthodes génétiques (telles que l'amplification génique). La prévision des poussées épidémiques reste une activité très importante.

6.3 SURVEILLANCE DU SRC ET DE LA RUBÉOLE

En phase I, il serait bon d'envisager la mise en œuvre d'une surveillance du SRC de façon à obtenir des informations sur l'impact sur la santé de cette maladie. Cette démarche peut motiver l'engagement politique en faveur de la création d'un programme à long terme de vaccination antirubéoleuse (23).

La surveillance du SRC est fortement recommandée pour les pays accédant à la phase II ou à la phase IIIa. Si un programme de prévention de la rubéole congénitale a été mis en place, la susceptibilité à la rubéole des femmes en âge de procréer devrait être surveillée afin que les mesures appropriées puissent être prises en temps utile.

Pour les pays en phase IIIb ayant adopté une stratégie sélective de vaccination antirubéoleuse, il est recommandé de déclarer des données agrégées sur les cas suspects de rubéole tout en assurant une surveillance du SRC au niveau des cas. Si une stratégie globale de vaccination contre la rubéole a été mise en place, la déclaration des cas de rubéole et de SRC à l'échelle nationale s'avère judicieuse. Les cas d'éruption fébrile pouvant être assimilés à la rougeole ou à la rubéole doivent faire l'objet d'un examen sérologique pour ces deux maladies. La susceptibilité à la rubéole des femmes en âge de procréer doit être surveillée.

6.4 CONTRÔLE DE LA PERFORMANCE DES PROGRAMMES

Un système fiable permettant de surveiller la couverture vaccinale obtenue par la première et la seconde dose de vaccin antirougeoleux devrait être instauré au niveau national et sous-national. Cette surveillance peut s'effectuer sur la base de rapports

de routine provenant des postes de vaccination, ce qui permet de détecter les poches enregistrant de faibles niveaux de couverture. Les pays doivent régulièrement évaluer la précision des données dont ils disposent en matière de couverture vaccinale, car on a constaté que cette précision était parfois variable. Les pays ayant recours à des méthodes administratives, à des méthodes basées sur des données indirectes (par exemple, le nombre de doses distribuées aux cliniques) ou à l'utilisation de valeurs de dénominateur imprécises pour estimer la couverture vaccinale devraient affiner les résultats obtenus en procédant à des sondages périodiques sur cette couverture vaccinale.

Outre la surveillance de la couverture vaccinale de routine, il est possible de mener des études sérologiques standardisées et représentatives pour évaluer la susceptibilité des groupes de population à la rougeole et/ou à la rubéole, et donc de déceler les groupes d'âge à risque. Il peut s'avérer utile d'organiser ces études avant la planification de campagnes de vaccination supplémentaires dans les pays ne disposant pas de données de bonne qualité sur l'historique de la couverture vaccinale et sur l'incidence des maladies. En effet, le ciblage plus précis des groupes de population ainsi obtenu peut entraîner une réduction des coûts des campagnes supplémentaires. A des fins de comparaison, ces études doivent s'appuyer sur des méthodes d'échantillonnage et des techniques de laboratoire standardisées.

7 RÉSEAU DE LABORATOIRES

La confirmation en laboratoire des cas suspects de rougeole est une opération très importante pour les pays en phase II ou en phase III. L'OMS va apporter son soutien à la mise en place d'un réseau de laboratoires d'étude de la rougeole et de la rubéole pour la Région européenne (ERMRLN, ou *European Region Measles and Rubella Laboratory Network*), qui permettra de répondre aux besoins spécifiques des programmes nationaux dans la région. Ce réseau sera constitué de laboratoires sous-nationaux et nationaux bénéficiant du soutien des laboratoires régionaux de référence, eux-mêmes reliés au réseau mondial de lutte contre la rougeole. La mise en place d'un réseau réellement fonctionnel nécessite l'aménagement et le renforcement de la capacité des laboratoires nationaux.

Il incombera aux laboratoires nationaux et sous-nationaux de confirmer les cas suspects de rougeole et de rubéole à l'aide de tests IgM validés et d'envoyer les échantillons de virus rougeoleux à un laboratoire régional de référence à des fins de génotypage. Des activités d'évaluation des laboratoires et de formation seront organisées afin d'établir et de renforcer la capacité des laboratoires nationaux et sous-nationaux. Des normes en matière d'assurance de la qualité seront définies et leur respect sera contrôlé grâce à des procédures d'accréditation régulières. La mise en place du réseau sera étroitement liée au renforcement des capacités de surveillance et aux campagnes supplémentaires proposées (24).

8 INFORMATIONS FIABLES SUR LA VACCINATION

Les connaissances et le point de vue des professionnels de la santé et du public en matière de rougeole et de rubéole, de même que les avantages et les risques liés à la prévention de ces maladies, sont des facteurs extrêmement importants qui devront être pris en compte par les responsables de la santé publique soucieux d'atteindre et de maintenir des taux très élevés de couverture vaccinale nécessaires à la réalisation des objectifs du plan stratégique. L'affirmation selon laquelle le vaccin antirougeoleux administré par le biais du vaccin ROR aurait un lien avec l'apparition de maladies inflammatoires de l'intestin et de troubles du développement tels que l'autisme (25,26) est à l'origine de requêtes visant à instaurer l'administration séparée des trois antigènes vaccinaux. Bien que des études épidémiologiques (27–29) et des analyses (30,31) aient été publiées dans la littérature médicale, il semblerait que les inquiétudes du public et des professionnels de la santé n'aient pas été suffisamment prises en compte. Les pays dont la population était jusqu'à présent correctement immunisée signalent désormais des taux de couverture moins élevés et des poussées épidémiques se sont produites en Angleterre (32).

Aujourd'hui, l'information du public en matière de santé passe de plus en plus par les médias et par Internet. L'OMS, les programmes nationaux de vaccination et les organisations non-gouvernementales doivent augmenter la quantité et la qualité des informations destinées au public. Pour citer un ouvrage réalisé, entre autres, par le docteur Stratton (31) : « Il convient d'être attentif à la façon dont les informations sont perçues et utilisées par ceux qui souhaitent savoir et qui sont en droit de savoir, c'est-à-dire les parents des enfants sur le point d'être vaccinés ou ceux persuadés que leur enfant a subi des effets indésirables du vaccin. » Les services sanitaires et les organismes professionnels et non professionnels doivent travailler ensemble à la présentation d'une analyse équilibrée des avantages et des risques de la vaccination qui soit facilement comprise par tous.

9 MESURES PRIORITAIRES

Un certain nombre de mesures doivent être prises au niveau national, sous-régional et régional. La plus urgente est le renforcement des programmes de vaccination systématique, qui nécessite l'engagement politique, la mobilisation des ressources et le soutien des professionnels de la santé et du public.

9.1 RENFORCEMENT DES PROGRAMMES DE VACCINATION SYSTÉMATIQUE

9.1.1 Élaboration de plans nationaux

Les pays doivent élaborer des plans nationaux de lutte contre la rougeole et la rubéole en fonction des objectifs qui leur sont spécifiques, et évaluer leur situation épidémiologique locale et l'historique de leur taux de couverture vaccinale. Ces plans devraient être établis pour cinq ans au minimum et couvrir les points suivants :

- l'analyse de la situation, portant notamment sur l'épidémiologie des maladies et la couverture vaccinale,
- le motif du choix de la stratégie de vaccination,
- les capacités de surveillance des maladies, avec évaluation des laboratoires et des programmes,
- les activités nécessaires à la mise en œuvre des stratégies recommandées,
- l'approvisionnement en vaccins et la gestion logistique de la chaîne du froid,
- les objectifs et les plans de formation, ainsi que la supervision du personnel,
- les indicateurs de la surveillance des résultats et de la performance,
- les mesures destinées à garantir la sécurité des injections, en particulier la surveillance et la prise en charge des effets secondaires de la vaccination, et enfin
- un calendrier et un budget mentionnant les sources de financement.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe travaillera avec les États membres à l'élaboration de ces plans et fournira l'assistance technique nécessaire.

9.1.2 Renforcement et surveillance de la sécurité des injections et de l'élimination des déchets

La sécurité des injections est une condition essentielle à la réussite des campagnes de vaccination systématique et supplémentaire. Les campagnes de vaccination de masse, en particulier, requièrent une planification rigoureuse à l'échelle nationale et sous-nationale et au niveau des districts, afin de garantir la sécurité des injections,



Des volontaires de la Croix-Rouge participant à des campagnes de mobilisation sociale



l'approvisionnement suffisant en matériel assurant une injection sans risque et l'élimination correcte des déchets.

Pour toutes les campagnes de vaccination de masse, il est primordial de prévoir des quantités suffisantes de seringues autobloquantes et de conteneurs de sécurité, ainsi que des vaccins de qualité (20). Des outils ont été mis au point pour aider les pays à évaluer le niveau de sécurité des activités de vaccination et à élaborer et mettre en œuvre des plans pour assurer la sécurité pour les campagnes de vaccination systématique et supplémentaire (33). Il incombe à ces pays et à leurs partenaires de s'assurer que les agents de santé et la population connaissent bien les pratiques garantissant la sécurité des injections.

Certains États membres détiennent de longues listes de contre-indications à la vaccination incorrectes et infondées ; de nombreux enfants ne sont donc pas immunisés comme ils le devraient. Les plans nationaux d'action devraient prévoir des stratégies visant à surmonter ces barrières. On peut envisager par exemple le changement des politiques nationales et l'organisation de groupes de travail destinés aux agents de santé locaux.



Renforcement et surveillance de la sécurité des injections et de l'élimination des déchets

9.1.3 Prise en charge des effets secondaires de la vaccination

Les pays doivent mettre en place des systèmes renforcés de surveillance des effets secondaires de la vaccination, à des fins de détection, de surveillance et d'action. Les dispositions nationales en matière de santé publique doivent comprendre la mise en place d'un système de surveillance fiable prévoyant l'analyse des données et la communication des risques sur une base régulière. L'OMS va s'employer, dans toute la Région européenne, à améliorer la qualité de la surveillance des effets secondaires de la vaccination, dans les programmes de vaccination systématique et au cours des campagnes de vaccination supplémentaires.

9.1.4 Informations sur la vaccination à l'usage du public et des professionnels de la santé

La Région européenne de l'OMS va apporter son concours aux États membres et aux organismes professionnels et non professionnels afin de mettre à la disposition de tous davantage de matériels d'information alliant sérieux et qualité sur la rougeole et la rubéole, ainsi que sur les avantages et les risques liés aux stratégies de lutte contre ces maladies. À cet effet, les pays et les organisations non gouvernementales doivent prendre l'initiative d'organiser des formations et de mettre au point des matériels pédagogiques traitant de ces sujets potentiels, en ciblant les parents, les agents de santé et les médias.

9.2 RECHERCHE DU SOUTIEN DE LA SOCIÉTÉ, DES POLITIQUES ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

L'engagement politique au niveau national et régional est indispensable pour accélérer la prévention de la rougeole et de la rubéole congénitale et parvenir, à terme, à

l'élimination de la rougeole dans la Région européenne de l'OMS. Cet engagement pourra s'obtenir plus facilement grâce à des données épidémiologiques et économiques démontrant l'impact de la rougeole et de la rubéole congénitale et les avantages économiques potentiels de la lutte contre ces maladies et de leur élimination. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe coopérera avec les États membres afin de déterminer les informations spécifiques dont les responsables de l'élaboration des politiques ont besoin dans le cadre de ce plan stratégique.

9.2.1 Sensibilisation

Il convient d'élaborer des stratégies de sensibilisation afin d'encourager le soutien des politiques, des professionnels et de la population. La mobilisation et la promotion au sein de la population seront d'importantes composantes de cette démarche de sensibilisation. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe collaborera avec les États membres et avec les organisations non gouvernementales professionnelles et non professionnelles afin de mettre en place un réseau de sensibilisation solidement et largement implanté.

9.2.2 Mobilisation des ressources

La mise en œuvre du Plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS exigera d'importantes ressources. Certes, ce plan vise principalement à atteindre les objectifs définis pour ces deux maladies, mais il a aussi pour but la création de programmes de vaccination de qualité et viables dans toute la Région. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe évaluera l'impact des campagnes supplémentaires sur les services de vaccination systématique. En outre, il travaillera en étroite collaboration avec les États membres, les organismes donateurs et les organisations non gouvernementales afin de recenser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan.

**ЭГЕР СЕН ЭМДӨӨ ЖАСАТСАҢ,
КЫЗЫЛЧА МЕНЕН КЫЗАМЫКТЫН КОРКУНУЧУ ЖОК
КЫЗАМЫК**

Кызымык деген кандай оору?

- КЫЗАМЫК - БИР ТИРАДЕН КЫЗЫЛ ТИКАЛДУУ КИРИЧК ТИРҮҮДӨМҮ БИР ТИЗ ТАКАЛАН ИЙИКЧИЛӨМҮ ЖУТУШТУ ООРУ.
АЛ БӨСТҮРҮКДӨР ЖАНА ЧОКДОР ҮЧҮН ДА БӨС КОРКУНУЧТУ.

Ал кандайча жүзөт?

- КЫЗАМЫК ДЕН АЛУУ ОРТАДАРЫ АРЫШТУ ЖУТКА.

Оорунун алгачкы белгилери

- ҮЧ КҮН БӨС ТЕМПЕРАТУРАСЫ 39° - 40°КА ЖЕТК.
- КӨЗДҮН КЫЗАРЫП СӨЗӨНӨК.
- КУРҮҮДАН СҮҮ КҮҮБӨС, ЖИПӨДӨН ТАЙДА БӨЗӨШҮ.
- 2 КҮНДҮН ИЧКИД КЫЗАЛ ТИКАЛДУУ КИРИЧКӨРДӨН БИТ ДИЧӨС ТАКАЛАШ.

Кызымык эмнеси менен коркунучтуу?

- БИРКӨС СҮК ТИКАН.
- НӨРӨ СЫЗМАКЫН ИЙИКЧӨС, ЭМДЕАЛДЫ ДАРТТАРЫНА ЧАЛДЫГАДА.
- КУТАКТЫН СӨЗӨНӨК ДИЧӨМАТЕ.
- КӨЗДҮН СӨЗӨНӨК ЖАНА СӨКҮРӨ.

КЫЗЫЛЧА

Кызылча деген кандай оору?

- КЫЗЫЛЧА ЭРИСНӨК - БИРИ АРЫШТУ КӨЗДӨРӨН ЖУТУШТУ ООРУ. АРЫШЧА БӨКӨНД БАР АБЫДЫР ЖАНА АБЫДЫН БОЛӨКӨК БАЛДАРЫ ҮЧҮН БӨС КОРКУНУЧТУ.

Ал кандайча жүзөт?

- ДЕН АЛУУ ОРТАДАРЫ АРЫШТУ ЖУТКА.

Оорунун алгачкы белгилери

- АЛЫ КТИП, ШАЛДЫРОО, БАШ ООРУ.
- ТЕМПЕРАТУРАСЫ 38°КА ЧЕЙН ЖЕТК.
- БИТ ДИЧӨСНӨ ТАКАЛАН ЖИД КЫЗАЛ ТИКАЛДУУ, КИРИЧКӨР.
- КУТРАК ЖӨТӨ, ТАМАКЫ КЫРЫШАТ, БӨШ КҮРӨО.

Кызылча эмнеси менен коркунучтуу?

- БӨКӨНД БАР АБЫДЫРА, БӨКӨНД ТИШТӨ.
- АЛ ИИН АБЫДАН БОЛӨКӨК БАЛДАРЫНА ДЕН ТИШТӨДӨН ТИКАСА КӨЗӨКӨС СӨКӨРӨТӨ, ДУШМАТӨ ЖАНА ЖИТМАТӨ БӨКӨК ООРТАРЫНА АЛЫП КӨЗӨКӨС ЖИТМӨ.



КАКЫН ТУРГАН ЭМДӨӨ ПУНКТАРГА КЕЛИНИЗДЕР!

АКЫСЫЗ!



12-23 noiembrie 2002
CAMPAȚIA NAȚIONALĂ DE VACCINARE ÎMPOTRIVA RUJEOLEI ȘI RUBEOLEI

12-23 noiembrie 2002r.
НАЦИОНАЛЬНАЯ КАМПАНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРЫ И КРАСНУХИ

RUJEOLA și RUBOLA
ружөөлө жана рубола

VACCINAREA ESTE GRATIS
Вакцинация бесплатна

PRIVIVKA BESPLATNA
Прививка бесплатна

Logos: UNICEF, WHO, CDC, ICA, Ministry of Health, etc.

10 INDICATEURS DE SURVEILLANCE

10.1 INDICATEURS DE PERFORMANCE

Phase I

- Couverture nationale validée, obtenue avec la première dose du vaccin antirougeoleux administrée aux enfants de moins de deux ans
- Couverture obtenue avec la seconde dose du vaccin antirougeoleux (si elle est proposée)
- Exhaustivité et régularité des rapports mensuels de surveillance
- Pourcentage de poussées épidémiques avec confirmation des cas en laboratoire
- Pourcentage de cas déclarés avec données de base (âge et statut vaccinal) au premier niveau administratif

Phase II

OBJECTIFS

Indicateurs de la phase I, plus les suivants :

- Pourcentage de districts effectuant des déclarations mensuelles (exhaustivité) ≥ 80 %
- Pourcentage de cas déclarés avec données de base (âge, statut vaccinal, résultats et situation géographique) ≥ 80 %
- Pourcentage de poussées épidémiques avec confirmation des cas en laboratoire ≥ 80 %
- Pourcentage de districts effectuant une déclaration dans un délai d'un mois après la période de déclaration (régularité) ≥ 80 %
- Couverture nationale validée, obtenue avec la première et la seconde dose de vaccin antirougeoleux ≥ 90 %
- Système de déclaration des effets secondaires

Phases IIIa et IIIb

OBJECTIFS

Indicateurs de la phase II, plus les suivants :

- Pourcentage de sites effectuant des déclarations hebdomadaires ≥ 80 %
- Pourcentage de cas² déclarés au maximum 48 heures après l'apparition de l'éruption ≥ 80 %
- Pourcentage de cas étudiés au maximum 48 heures après la déclaration ≥ 80 %

² Tous les cas correspondant à la définition de cas clinique.

OBJECTIFS

- Pourcentage de cas avec échantillons sanguins adéquats³ et résultats de laboratoire $\geq 80 \%$
- Pourcentage de cas avec résultats de laboratoire dans les 7 jours à compter de la détection du cas $\geq 80 \%$
- Pourcentage de cas confirmés avec envoi d'échantillons en vue de l'isolement du virus $\geq 80 \%$
- Taux de cas suspects de rougeole étudiés dans la population générale À déterminer⁴
- Pourcentage de cas confirmés avec sources d'infection identifiées $\geq 80 \%$
- Pourcentage de cas groupés d'éruption fébrile étudiés 100 %
- Couverture nationale validée, obtenue avec la première et la seconde dose de vaccin antirougeoleux $> 95 \%$
- Couverture obtenue avec la première et la seconde dose de vaccin dans tous les districts $> 90 \%$

³ Un échantillon prélevé dans un délai de 3 à 28 jours à compter de l'apparition de l'éruption.

⁴ Supérieur à 1 pour 100 000 habitants, mais le nombre précis n'a pas encore été établi.

2.2 INDICATEURS DE RÉSULTATS ET OBJECTIFS**Phases I et II**

- Incidence de la maladie déclarée par mois et par an

Phases IIIa et IIIb

- Profil de susceptibilité requis pour l'interruption de la transmission endémique de la rougeole (19)
- Importance des poussées de rougeole et nombre de générations (19)
- Répartition du génotype du virus de la rougeole

Phase IIIb**OBJECTIFS**

- Incidence annuelle déclarée des cas de rubéole confirmés en laboratoire < 1 pour 100 000 habitants
- Niveau de susceptibilité à la rubéole chez les femmes en âge de procréer $< 5 \%$
- Incidence annuelle déclarée des cas de SRC confirmés en laboratoire < 1 pour 100 000 naissances d'enfant vivant

11 ÉTAPES STRATÉGIQUES

D'ici à fin 2002 :

- Fin de la consultation sur le plan stratégique
- Publication et distribution du premier numéro du bulletin trimestriel *EURO measles quarterly*
- Recensement des laboratoires nationaux de référence qui constitueront le réseau de laboratoires d'étude de la rougeole et de la rubéole pour la Région européenne (ERMRLN, ou *European Region Measles and Rubella Laboratory Network*)
- Réalisation d'une campagne de vaccination de masse supplémentaire dans un pays au minimum

D'ici à fin 2003 :

- Publication de recommandations en matière de surveillance de la rougeole et de la rubéole congénitale dans la Région européenne
- Finalisation des recommandations en matière de vaccination à l'échelle régionale
- Recensement des laboratoires régionaux de référence et, pour 60 % des États membres, mise à disposition d'au moins un laboratoire agréé d'étude de la rougeole et de la rubéole
- Mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation des ressources
- Mise en place d'un réseau d'informations sur la vaccination
- Pour 80 % des États membres, achèvement de la préparation de plans d'action nationaux
- Pour 50 % des États membres, conformité aux indicateurs de performance de la surveillance définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- Pour 60 % des pays, administration d'une première dose de vaccin antirougeoleux à plus de 95 % des enfants de moins de deux ans
- Réalisation d'une campagne de vaccination de masse supplémentaire dans trois autres pays au minimum

D'ici à fin 2004 :

- Mise en place définitive du réseau ERMRLN
- Pour 90 % des États membres, achèvement de la préparation de plans d'action nationaux
- Pour 80 % des États membres, mise à disposition d'au moins un laboratoire agréé d'étude de la rougeole et de la rubéole
- Pour 70 % des États membres, conformité aux indicateurs de performance de la surveillance définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

- Pour 70 % des pays, administration d'une première dose de vaccin antirougeoleux à plus de 95 % des enfants de moins de deux ans
- Réalisation d'une campagne de vaccination de masse supplémentaire dans quatre autres pays au minimum

D'ici à fin 2005 :

- Examen et révision du plan d'activités pour la Région européenne et soumission du Plan stratégique régional au Comité régional de l'OMS pour l'Europe en vue de son approbation
- Pour 100 % des États membres, achèvement de la préparation de plans d'action nationaux
- Pour 80 % des États membres, conformité aux indicateurs de performance de la surveillance définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- Pour 80 % des pays, administration d'une première dose de vaccin antirougeoleux à plus de 95 % des enfants de moins de deux ans
- Pour 60 % des pays, administration d'une seconde dose de vaccin antirougeoleux à plus de 95 % des enfants
- Réalisation d'une campagne de vaccination de masse supplémentaire dans six autres pays au minimum
- 60 % des pays en phase III

D'ici à fin 2006 :

- Pour 90 % des États membres, conformité aux indicateurs de performance de la surveillance définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- Réalisation d'une campagne de vaccination de masse supplémentaire dans trois autres pays au minimum
- Pour 90 % des pays, administration d'une première dose de vaccin antirougeoleux à plus de 95 % des enfants de moins de deux ans
- Pour 70 % des pays, administration d'une seconde dose de vaccin antirougeoleux à plus de 95 % des enfants
- 70 % des pays en phase III

D'ici à fin 2007 :

- Pour 90 % des États membres, conformité aux indicateurs de performance de la surveillance définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- Pour 80 % des pays, administration d'une seconde dose de vaccin antirougeoleux à plus de 95 % des enfants
- Réalisation d'une campagne de vaccination de masse supplémentaire dans trois autres pays au minimum
- 80 % des pays en phase III

ANNEXE 1

Population et politiques nationales de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole dans les pays de la Région européenne de l'OMS, selon les déclarations recueillies en 2001

Europe occidentale	Population	Première dose	Âge de la première dose (en mois)	Seconde dose	Âge de la seconde dose (en années)
Allemagne	82 007 245	ROR ^a	11–14	ROR	2
Andorre	67 118	ROR	15	ROR	5
Autriche	8 075 072	ROR	14	ROR	7
Belgique	10 263 790	ROR	15	ROR	11–12
Danemark	5 332 720	ROR	15	ROR	12
Espagne	39 920 668	ROR	15	ROR	3–6
Finlande	5 178 314	ROR	14–18	ROR	6
France	59 453 067	ROR	12	ROR	5
Grèce	10 623 459	ROR	15	ROR	4–6
Irlande	3 841 450	ROR	15	ROR	4–5
Islande	281 383	ROR	18	ROR	12
Israël	6 172 191	ROR	12	ROR	6
Italie	57 503 181	ROR	15	ROR ^b	5–12
Luxembourg	442 209	ROR	15–18	ROR	5–7
Malte	391 754	ROR	15	ROR	5–7
Monaco	30 000	ROR	12	ROR	5
Norvège	4 487 848	ROR	15	ROR	12
Pays-Bas	15 929 536	ROR	14	ROR	9
Portugal	10 033 213	ROR	15	ROR	5–6
Royaume-Uni	59 541 659	ROR	12–15	ROR	3–5
Saint-Marin	27 399	ROR	15	ROR	5
Suède	8 910 000	ROR	18	ROR	12
Suisse	7 169 611	ROR	15	ROR	2

^a Vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux

^b La seconde dose de vaccin ROR est administrée de façon systématique dans une partie du pays uniquement.

^c Vaccin antirougeoleux-antirubéoleux

^d Vaccin antirougeoleux

Source : Estimation de la population au milieu de l'année 2001 effectuée par les Nations Unies en 2000.

Europe centrale et orientale	Population	Première dose	Âge de la première dose (en mois)	Seconde dose	Âge de la seconde dose (en années)
Albanie	3 145 213	RR ^c	12	RR	5
Bosnie-Herzégovine	4 066 959	ROR	15	ROR	7
Bulgarie	7 866 575	ROR	13	ROR	12
Croatie	4 655 279	ROR	12	ROR	6
Estonie	1 376 727	ROR	12	ROR	13
Ex-République Yougoslave de Macédoine	2 043 541	ROR	13	ROR	6
Hongrie	9 916 669	ROR	15	ROR	11
Lettonie	2 405 836	ROR	15	Roug.+O	7
Lituanie	3 689 372	ROR	15	ROR	12
Pologne	38 576 933	Roug. ^d	13–14	Roug.	7
République tchèque	10 260 407	ROR	15	ROR	2
Roumanie	22 387 544	Roug.	9–11	Roug.	7
Slovaquie	5 403 146	ROR	14	ROR	11
Slovénie	1 985 320	ROR	12–18	ROR	7
Turquie	67 632 485	Roug.	9	Roug.	6
Yougoslavie	10 537 871	ROR	12	ROR	12

Nouveaux États indépendants

Arménie	3 788 157	Roug.+O	12	Roug.	6
Azerbaïdjan	8 096 332	Roug.	12	Roug.	6
Bélarus	10 147 187	ROR	12	ROR	6
Fédération de Russie	144 664 289	Roug.+O	12	Roug.	6
Géorgie	5 238 728	Roug.	12	Roug.	5
Kazakhstan	16 094 727	Roug.+O	12	Roug.	6
Kirghizistan	4 986 489	Roug.+O	12	Roug.	6
Ouzbékistan	25 256 656	Roug.	9	Roug.+O	1,5
République de Moldavie	4 284 743	Roug.+O	12	–	–
Tadjikistan	6 135 466	Roug.	12	Roug.	6
Turkménistan	4 835 031	Roug.	9	Roug.	6
Ukraine	49 111 535	ROR	12	Roug.	6

ANNEXE 2

Indicateurs déclarés par pays, relatifs à la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et à l'incidence de ces maladies dans la Région européenne de l'OMS

Europe occidentale	Couverture par la 1 ^{ère} dose de vaccin anti-rougeoleux (%) ^a	Période inter-épidémique > 5 ans ^b	Incidence de la rougeole pour 100 000 habitants ^c	Incidence des oreillons pour 100 000 habitants ^c	Incidence de la rubéole pour 100 000 habitants ^c
Allemagne	78	ND	7,3	ND	ND
Andorre	90 ^d	ND	4,6	9,7	10,9
Autriche	78	ND	ND	ND	ND
Belgique	77	Non	32,6	47,7	2,8 ^d
Danemark	88	Limite	0,5	0,5	0,0
Espagne	93	Oui	1,5	15,6	2,9
Finlande	98	Oui	0,0	0,0	0,0
France	82	Non	66,6	38,9	ND
Grèce	78	Oui	0,6	0,6	3,0
Irlande	77 ^d	Oui	12,6	2,5	2,2
Islande	96	Oui	0,0	2,4	25,7
Israël	94	Oui	0,3	0,7	0,2
Italie	60	Non	17,5	46,3	16,0
Luxembourg	91 ^d	Limite	0,4	0,1	0,6
Malte	60	Oui	0,7	26,0	2,2
Monaco	ND	ND	ND	ND	ND
Norvège	91	Oui	0,1	0,1	0,1
Pays-Bas	95	Oui	4,3	0,2	0,1
Portugal	93	Oui	0,7	65,1	1,0
Royaume-Uni	89	Oui	0,2	0,8	0,2
Saint-Marin	87 ^d	ND	18,3	93,1	15,0
Suède	96	Oui	0,4	0,3	0,0
Suisse	99	ND	29,3	189,4	25,7

ND : Non déclaré

^a Pourcentage moyen de couverture par la première dose de vaccin anti-rougeoleux, au cours des cinq années les plus récentes pour lesquelles on dispose de données, y compris l'année 2001.

^b Durée de l'intervalle entre chaque épidémie de rougeole

^c Taux moyen annuel déclaré de rougeole, d'oreillons ou de rubéole pour 100 000 habitants, au cours des cinq années les plus récentes pour lesquelles on dispose de données.

^d Le calcul de la moyenne annuelle est effectué à partir de données portant sur moins de cinq ans.

Europe centrale et orientale	Couverture par la 1ère dose de vaccin anti-rougeoleux (%) ^a	Période inter-épidémique > 5 ans ^b	Incidence de la rougeole pour 100 000 habitants ^c	Incidence des oreillons pour 100 000 habitants ^c	Incidence de la rubéole pour 100 000 habitants ^c
Albanie	93	Non	36,8	53,4	15,9
Bosnie-Herzégovine	77	Non	36,6	25,8	8,9
Bulgarie	93	Oui	0,5	111,9	106,2
Croatie	92	Non	4,0	3,8	1,5
Estonie	91	Oui	0,8	26,7	23,2
Ex-République Yougoslave de Macédoine	96	Non	5,6	17,3	15,8
Hongrie	100	Oui	0,1	2,1	1,0
Lettonie	97	Oui	0,1	75,9	10,4
Lituanie	97	Oui	0,5	71,9	26,1
Pologne	98	Oui	1,5	220,4	178,0
République tchèque	96	Oui	0,1	3,2	20,0
Roumanie	96	Limite	29,7	167,1	74,8
Slovaquie	99	Oui	4,3	2,2	0,7
Slovénie	91	Oui	0,2	2,5	1,7
Turquie	81	Non	34,4	ND	ND
Yougoslavie	92	Non	11,3	9,7	30,2

Nouveaux États indépendants

Arménie	93	Oui	5,2	117,0	40,2
Azerbaïdjan	98	Non	13,6	67,0	14,7
Bélarus	98	Limite	1,7	159,2	189,8
Fédération de Russie	95	Oui	3,2	52,2	308,3
Géorgie	87	Non	3,0	37,9	24,3
Kazakhstan	99	Limite	4,7	30,4	97,6
Kirghizistan	98	Limite	16,1	31,9	26,1
Ouzbékistan	95	Oui	2,0	27,3	6,4
République de Moldavie	96	Non	11,3	127,3	73,6
Tadjikistan	94	Non	23,3	24,3	2,5
Turkménistan	98	Non	8,6	40,3	4,0
Ukraine	99	Limite	12,5	88,9	138,0

ANNEXE 3

DÉFINITIONS DE CAS RECOMMANDÉES PAR L'OMS (19)

Éruption fébrile

- Tout sujet présentant de la fièvre et une éruption maculo-papuleuse

Rougeole clinique

- Tout sujet chez lequel un médecin soupçonne une infection rougeoleuse
ou
- Tout sujet atteint de fièvre *et* d'une éruption maculo-papuleuse (non vésiculaire), ainsi que de toux, de rhinite (nez qui coule) ou de conjonctivite (rougeur de l'œil).

Rubéole clinique

- Tout sujet chez lequel un médecin soupçonne une infection rubéoleuse
ou
- Tout sujet atteint de fièvre et d'une éruption maculo-papuleuse *et* de l'un des symptômes suivants : adénopathie cervicale, sub-occipitale ou post-auriculaire, ou arthralgie/arthritis.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- Présence d'IgM spécifiques de la rougeole ou de la rubéole

CLASSIFICATION FINALE DES CAS

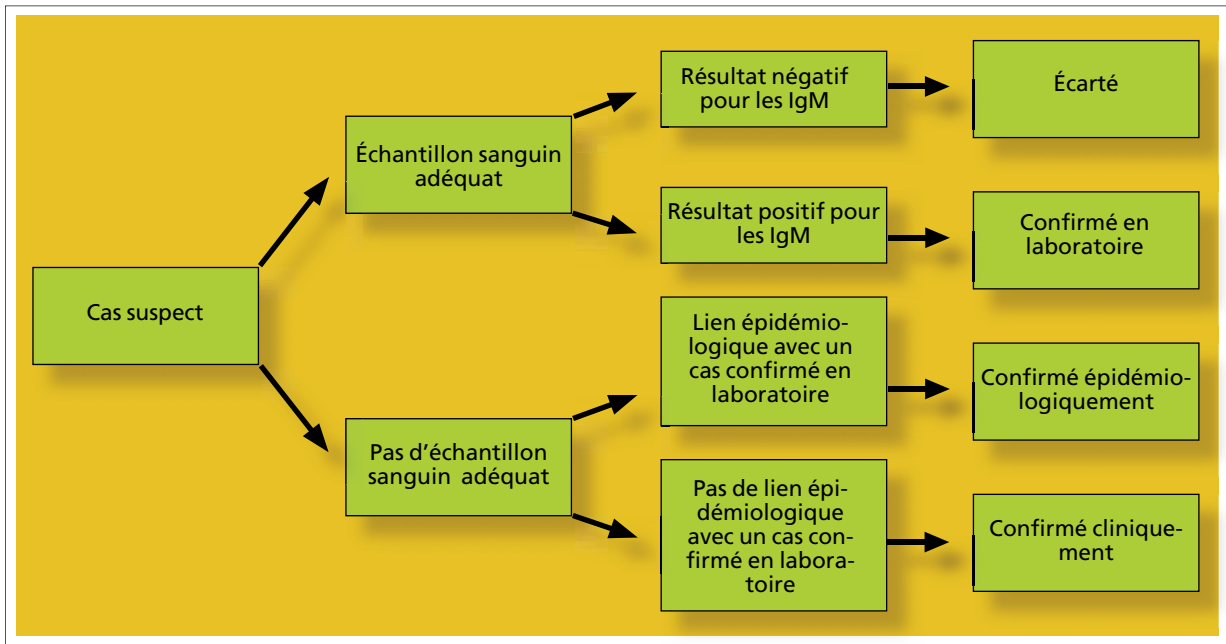
Cliniquement confirmé	Cas qui répond à la définition clinique
Confirmé en laboratoire ^a	Cas qui répond à la définition clinique et qui est confirmé en laboratoire
Épidémiologiquement confirmé	Cas qui répond à la définition clinique et qui est relié sur le plan épidémiologique à un cas confirmé en laboratoire
Écarté	Cas suspect qui ne répond pas à la définition clinique ou à la définition de laboratoire

^a Uniquement pour les pays en phase II ou III

Cas suspect de SRC

Tout nourrisson de moins d'un an chez lequel un agent de santé soupçonne un syndrome de rubéole congénitale (SRC). Un agent sanitaire soupçonnera un SRC chez tout nourrisson pour lequel on a suspecté ou confirmé l'infection de la mère par le

virus de la rubéole au cours de la grossesse ; ou qui présente une maladie cardiaque, et/ou une suspicion de surdité, et/ou au moins l'un des signes oculaires suivants : pupille blanche (cataracte), vision réduite, oscillation des yeux (nystagmus), strabisme, taille réduite du globe oculaire (microphthalmie), hypertrophie du globe oculaire (glaucome congénital).



Cas de SRC cliniquement confirmé

On parle de cas de SRC cliniquement confirmé quand un médecin qualifié décèle deux complications citées en (A) OU une complication citée en (A) et une complication citée en (B) :

- (A) Cataracte(s) et/ou glaucome congénital, maladie cardiaque congénitale, audition d ficiante, rétinopathie pigmentaire.
- (B) Purpura, splénomégalie, microcéphalie, retard de développement, méningo-encéphalite, signes osseux radiologiques, ictère apparaissant dans les 24 heures après la naissance.

Cas de SRC confirmé en laboratoire

Un cas de SRC est dit confirmé en laboratoire lorsqu'il est confirmé cliniquement et que le nourrisson a des anticorps IgM antirubéoleux.

Rubéole congénitale

On parle de rubéole congénitale lorsque l'examen clinique ne confirme pas le SRC mais que le nourrisson présente des anticorps IgM antirubéoleux.

Algorithme permettant d'évaluer les cas suspects de rougeole et de rubéole

ANNEXE 4

LUTTE CONTRE LES OREILLONS DANS LA RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS

INTRODUCTION

Les oreillons sont une maladie systémique qui se caractérise par une tuméfaction d'au moins un type de glandes salivaires, généralement les glandes parotidiennes. Environ 5 % des sujets atteints des oreillons présentent des signes cliniques d'infection du système nerveux central. L'orchite est une complication courante des oreillons après la puberté, mais elle entraîne rarement une stérilité. En 2001, près de 200 000 cas d'oreillons ont été déclarés dans la Région européenne de l'OMS (34).

PROGRÈS RÉALISÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES OREILLONS DANS LA RÉGION EUROPÉENNE

Politique de vaccination antiourlienne

En 2001, tous les pays d'Europe occidentale incluaient le vaccin antiourlien dans leurs programmes de vaccination infantile systématique. Quatre PECO et cinq NEI ne disposaient d'aucun programme de vaccination antiourlienne destiné aux enfants. Les souches vaccinales ourliennes utilisées varient d'un endroit à l'autre de la Région européenne. En Europe occidentale, c'est la souche Jeryl Lynn qui a été le plus souvent utilisée. Cependant, au moins trois pays d'Europe occidentale ont récemment utilisé la souche Rubini, dont il est admis que l'immunogénicité et l'efficacité sont inférieures. La souche Urabe a également été utilisée dans un certain nombre de pays. Enfin, jusqu'à une période récente, la souche Leningrad-3 était très fréquemment utilisée dans les NEI.

Stratégie de vaccination antiourlienne

La lutte contre les oreillons exige que l'on atteigne et que l'on maintienne une couverture vaccinale élevée (supérieure à 90 %) en incluant au moins une dose de vaccin efficace et bien toléré dans un programme de vaccination infantile systématique (35). Les pays ayant utilisé la souche Rubini doivent envisager des solutions pour revacciner les sujets sensibles avec une autre souche vaccinale efficace (35).

Couverture vaccinale

Dans la plupart des pays, la couverture vaccinale contre les oreillons est la même que celle déclarée pour la rougeole, compte tenu de l'utilisation du vaccin ROR. Toutefois, au milieu des années 1990, les niveaux de couverture ont baissé dans de

nombreux NEI ; ces pays, qui avaient encore recours au vaccin antiourlien seul, ont connu des problèmes d'approvisionnement en souche vaccinale Leningrad.

Incidence des oreillons

Au cours des dix dernières années, le nombre de cas d'oreillons déclarés dans la Région européenne a baissé de 57 % (tableau 8, figure 3), et de 81 % en Europe occidentale. Le nombre annuel de cas déclarés dans les PECO a diminué en 2000, mais des épidémies s'étaient produites en 1998, principalement dans les pays n'incluant pas de vaccin antiourlien dans leurs programmes de vaccination systématique. Dans les NEI, le nombre de cas déclarés a augmenté au cours des années 1990, et plusieurs épidémies ont eu lieu en 1998.

Sous-région de l'OMS	1991		2001	
	Nbre de cas	% de pays ayant communiqué leurs données	Nbre de cas	% de pays ayant communiqué leurs données
Europe occidentale	219 090	78	41 473	78
Europe centrale et orientale	122 959	94	69 456	88
Nouveaux États indépendants	107 282	100	80 316	100
Total	449 331	88	191 245	86

Tableau 8 : Nombre de cas d'oreillons déclarés dans la Région européenne de l'OMS par sous-région, pour 1991 et 2001

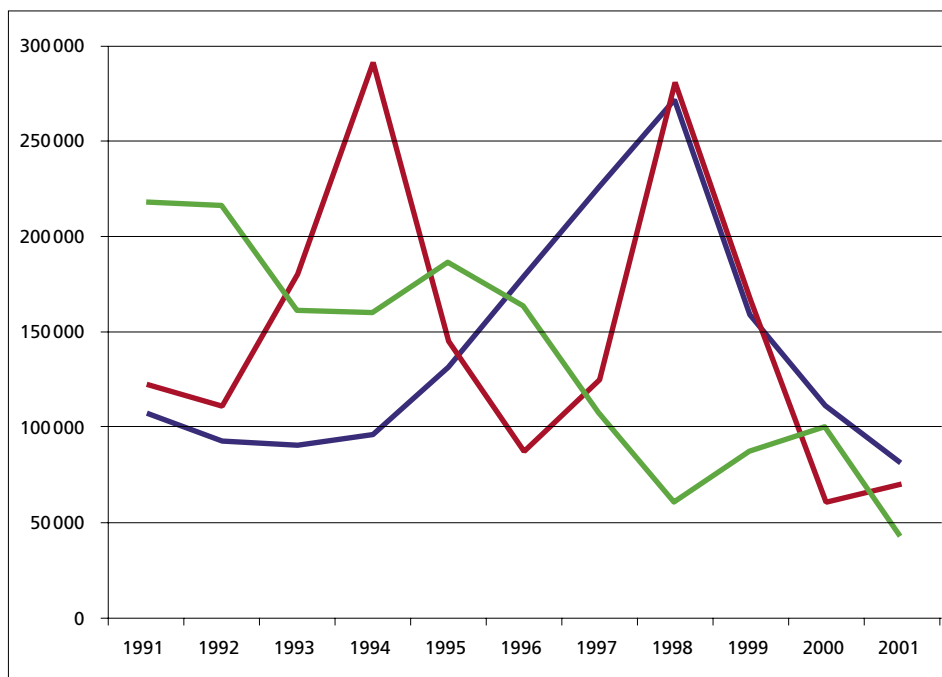


Figure 3 : Nombre annuel de cas d'oreillons dans la Région européenne de l'OMS, de 1991 à 2000

— PECO
— NEI
— Europe occidentale

Objectif de la politique-cadre SANTÉ 21 (17) : endiguer les oreillons (moins d'un cas pour 100 000 habitants)

Deux stratégies clés sont recommandées pour parvenir au contrôle des oreillons :

- assurer un niveau de couverture élevé (supérieur à 95 % dans chaque district et à l'échelle nationale) au moyen d'une dose de vaccin antiourlien associée à la première dose de vaccin antirougeoleux,
- renforcer les systèmes de surveillance des oreillons.

Phases I et II

Dans le cas des pays n'incluant pas le vaccin antiourlien dans leurs programmes de vaccination nationaux, l'introduction de ce vaccin en phase I garantira une certaine protection mais pourra également entraîner un glissement de la maladie vers les cohortes plus âgées et devrait être évitée en cas de couverture vaccinale faible (inférieure à 70 ou 80 %). Les pays en phase I ayant déjà inclus le vaccin antiourlien dans leurs programmes de vaccination systématique devraient concentrer leurs efforts sur l'augmentation de la couverture assurée par ces programmes. Dans le cas des pays en phase II, la mise en place de la vaccination antiourlienne peut être décidée en fonction des priorités nationales. L'administration du vaccin antiourlien par le biais du vaccin ROR peut être envisagée dans le cadre de campagnes de vaccination antirougeoleuse supplémentaires. Cependant, il convient de tenir compte des ressources requises, mais aussi du type de souche utilisé, car on a établi un lien entre certaines poussées épidémiques de méningite aseptique et les campagnes de vaccination antiourlienne de masse.

Phase III

Une fois parvenu en phase III, les pays doivent poursuivre leurs efforts pour maintenir une couverture vaccinale élevée (supérieure à 90 %) en incluant la première dose de vaccin antiourlien dans leurs programmes de vaccination systématique.

Mesures de surveillance des oreillons

Phases I et II

La surveillance des oreillons devrait être menée sur la base des définitions de cas cliniques fournies par l'OMS. Il est recommandé de déclarer le nombre mensuel de cas suspects par classe d'âge et par statut vaccinal. Les poussées épidémiques présumées devraient faire l'objet de recherches.

Phase III

Au niveau local ou au niveau du district, il est recommandé de mener une surveillance des cas, mais la déclaration de données agrégées par classe d'âge et statut vaccinal peut être suffisante au niveau national. Au fur et à mesure que l'incidence de la maladie diminue, la confirmation en laboratoire des cas suspects d'oreillons peut être mise en place.

ANNEXE 5

GLOSSAIRE

Élimination de la rougeole : Dans une vaste région géographique, situation dans laquelle il ne peut y avoir de transmission endémique de la rougeole ni de transmission durable à la suite d'un cas importé.

European Region Measles and Rubella Laboratory Network (ERMRLN)

(Réseau de laboratoires d'étude de la rougeole et de la rubéole pour la Région européenne) : Réseau de laboratoires de référence à l'échelle nationale, sous-régionale et régionale.

Lutte antirougeoleuse : Utilisation systématique, régulière et continue du vaccin antirougeoleux dans le but de réduire la morbidité et la mortalité par rougeole, conformément à des objectifs fixés.

Lutte antirubéoleuse : Utilisation systématique, régulière et continue du vaccin antirubéoleux dans le but de réduire la morbidité et la mortalité par rubéole, conformément à des objectifs fixés.

Rubéole congénitale : Infection du fœtus par le virus de la rubéole, pouvant provoquer une fausse couche, la mort du fœtus ou la naissance d'un enfant présentant l'ensemble des manifestations du SRC ou uniquement certaines d'entre elles. La rubéole congénitale peut également ne pas avoir de conséquences sur l'état de santé du nouveau-né (enfant normal).

Syndrome de rubéole congénitale (SRC) : L'une des conséquences possibles, chez l'enfant, de l'infection intra-utérine par la rubéole, en particulier au cours du premier trimestre de la grossesse. Les enfants atteints de SRC peuvent présenter les pathologies suivantes : maladie cardiaque, cécité, déficience auditive, retard de développement ou retard mental.

Vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux (ROR) : Vaccin viral vivant atténué trivalent pouvant immuniser et protéger contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Vaccin antirougeoleux-antirubéoleux (RR) : Vaccin viral vivant atténué bivalent pouvant immuniser et protéger contre la rougeole et la rubéole.

Vaccination supplémentaire : Campagnes de masse ciblant l'ensemble des enfants d'une classe d'âge précise, dont l'objectif est d'atteindre une proportion élevée de sujets susceptibles. Chaque campagne est menée dans une vaste région géographique (par exemple province ou pays) de façon à obtenir une diminution rapide du nombre d'enfants sensibles. Habituellement, on n'examine pas le carnet de vaccination ni les antécédents médicaux des enfants.

Vaccination systématique : Offre régulière de services de vaccination à des cohortes successives 1) dans des installations fixes, 2) sur le terrain et 3) par des équipes mobiles, impliquant l'examen systématique des carnets de vaccination.



BIBLIOGRAPHIE

1. Murray CJL et al. *The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (Programme mondial pour les bases factuelles à l'appui des politiques de santé, Discussion Paper No. 36).
2. Organisation mondiale de la santé et UNICEF. *Rougeole : Réduction de la mortalité et élimination régionale – Plan stratégique 2001–2005*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/V&B/01.13).
3. Rougeole – Progrès en matière de lutte au niveau mondial et d'élimination au niveau régional, 1998–1999. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 1999, 74: 429–434.
4. *Réunion sur l'impact des programmes ciblés sur les systèmes de santé : étude de cas dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite*, OMS, Genève, 16–17 décembre 1999. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/V&B/00.29).
5. Cutts FT et al. Principes de la lutte contre la rougeole. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 1991, 69:1–7.
6. Panagiotopoulos T, Antoniadou I, Valassi-Adam E. Increase in congenital rubella occurrence after immunisation in Greece: retrospective survey and systematic review. *British Medical Journal*, 1999, 319:1462–1467.
7. Ramsay M et al. The epidemiology of measles in England and Wales: rationale for the 1994 national vaccination campaign. *Communicable Disease Report CDR Review*, 1994, 4:R141–R146.
8. Ion-Nedelcu N et al. Measles elimination: a mass immunization campaign in Romania. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1042–1045.
9. Bino S et al. Measles–rubella mass immunization campaign in Albania, November 2000. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl. 1):S223–S229.
10. Dayan GH et al. Investigation of a rubella outbreak in Kyrgyzstan 2001: implications for an integrated approach to measles elimination and prevention of congenital rubella syndrome. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl. 1):S235–S240.
11. *Report of a meeting on preventing congenital rubella syndrome: immunization strategies, surveillance needs*, Geneva, 12–14 January 2000. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/V&B/00.10).

12. de Melker H et al. The seroepidemiology of measles in western Europe. *Epidemiology and Infection*, 2001, 126:249–259.
13. Carabin H, Edmunds WJ. Future savings from measles eradication in industrialized countries. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl. 1): S29–S35.
14. Bjerregaard P. Economic analysis of immunization programmes. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1991, 46(Suppl): 115–119.
15. Elo O. Cost-benefit studies of vaccinations in Finland. *Developments in Biological Standardization*, 1979, 43:419–428.
16. Stray-Pedersen B. Economic evaluation of different vaccination programmes to prevent congenital rubella. *NIPH Annals*, 1982, 5:69–83.
17. *SANTÉ21 – la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l’OMS*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).
18. Ramsay M. *A strategic framework for the elimination of measles in the European Region*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (document EUR/ICP/CMDS 01 01 05).
19. *Surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection in the European Region*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, version anglaise sous presse (Maladies transmissibles : lutte, prévention et éradication).
20. *Déclaration conjointe OMS – UNICEF pour les campagnes de vaccination de masse*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/EPI/LHIS/97.04 rev.1).
21. *WHO recommended standards for surveillance of selected vaccine-preventable diseases*. 2^e édition. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (document WHO/EPI/Gen/98.01 rev. 2 et mise à jour pour la rougeole, mars 2002).
22. *Guidelines for epidemic preparedness and response to measles outbreak*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (document WHO/CDS/CSR/ISR/99.1 ; Département Maladies transmissibles).
23. Prévention du syndrome de rubéole congénitale. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2000, 75:290–295.
24. *Manuel pour le diagnostic biologique de la rougeole*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (document WHO/V&B/00.16).
25. Wakefield AJ et al. Ileal lymphoid nodular hyperplasia, non-specific colitis, and regressive developmental disorder in children. *Lancet*, 1998, 351: 1998, 351: 637–641.
26. Uhlmann V et al. Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease. *Molecular Pathology*, 2002, 55:84–90.

27. Taylor B et al. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ*, 2002, 324(7334):393–396.
28. Madsen KM et al. A population-based study of measles, mumps and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347:1477–1482.
29. Makela A, Nuorti P, Peltola H. Neurologic disorders after measles-mumps-rubella vaccination. *Pediatrics*, 2002, 110:957–963.
30. Duclos P, Ward BJ. Measles vaccines: a review of adverse events. *Drug Safety*, 1998, 19:435–454.
31. Stratton K et al., eds. *Immunization safety review: measles-mumps rubella vaccine and autism*. Washington, DC, National Academy Press, 2001.
32. Public Health Laboratory Service. London measles outbreak (<http://www.phls.org.uk/publications/cdr/archive02/News/news1302.html#measles>). *Communicable Disease Report CDR Review*, 2002, 12(6): news (consulté le 21 mai 2003).
33. *Outil pour l'évaluation de la sécurité des injections*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (document WHO/V&B/01.30 et WHO/BCT/01.02).
34. Système d'information sur les maladies infectieuses. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Communicable Diseases Surveillance and Response).
35. Vaccins anti-ourliens : note d'information de l'OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2001, 76:346–355.

La rougeole et la rubéole restent, dans la Région européenne de l’OMS, des causes importantes de maladies et de décès qui pourraient être évitées par la vaccination.

Certes, les États membres sont de plus en plus nombreux à fournir des vaccins assurant une prévention très efficace de ces maladies, dans le cadre des programmes élargis de vaccination de routine ; mais il reste à améliorer le taux de couverture vaccinale dans les pays utilisant déjà ces vaccins et à instaurer la vaccination antirubéoleuse dans les pays qui n’ont pas encore de programme.

Le plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole dans la Région européenne de l’OMS définit des stratégies clés visant à la réalisation de deux objectifs en 2010 : la fin de la transmission endémique de la rougeole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région (pour parvenir à un taux inférieur à un cas de syndrome de rubéole congénitale pour 100 000 naissances d’enfant vivant).

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l’Europe

Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø,
Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18

Mél. : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int