



EUROPE

# Élimination de la rougeole et de la rubéole et prévention de la rubéole congénitale

Plan stratégique pour la Région européenne de l'OMS,  
2005-2010





EUROPE

# **Élimination de la rougeole et de la rubéole et prévention de la rubéole congénitale**

**Plan stratégique pour la Région européenne de l'OMS,  
2005-2010**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Élimination de la rougeole et de la rubéole et prévention de la rubéole congénitale :  
plan stratégique pour la Région européenne de l'OMS, 2005-2010.

1. Rougeole – prévention et contrôle
2. Rubéole – prévention et contrôle
3. Rubéole congénitale – prévention et contrôle
4. Programmes immunisation
5. Surveillance épidémiologique
6. Planification stratégique
7. Europe

ISBN 92 890 2382 1

(Classification NLM : WC 500)

**ISBN 92-890-2382-1**

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation,  
d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site  
Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>.

© **Organisation mondiale de la santé 2005**

Tous droits réservés. Le Bureau régional pour 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 d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises 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 les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, 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.

Imprimé au Danemark

# Table des matières

Sommaire	
1. Introduction	1
2. Situation dans la Région européenne de l'OMS	3
Aperçu des initiatives de lutte contre les maladies	3
Aspects économiques de l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de la prévention de la rubéole congénitale	3
Progrès réalisés depuis 2002	4
3. Renforcement des systèmes de vaccination nationaux	12
Objectifs en matière de rougeole, de rubéole et de rubéole congénitale	12
Stratégies clés	12
4. Principaux domaines d'action	15
Élaboration de politiques nationales	15
Surveillance	15
Qualité et sécurité de la vaccination	16
Coordination et partenariat	16
Communication et promotion	17
Processus de certification	17
5. Indicateurs	18
Vaccination	18
Surveillance	18
Communication	19
Bibliographie	20
Annexe 1. Nombre de cas et incidence de la rougeole, de la rubéole et du SRC (2004)	22
Annexe 2. Résolution EUR/RC55/R7 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, cinquante-cinquième session, 2005	23
Annexe 3. Politiques nationales de vaccination contre la rougeole et la rubéole (2005) et couverture vaccinale notifiée (2004)	26
Annexe 4. Les oreillons dans la Région européenne de l'OMS	27
Annexe 5. Glossaire	29

## Sommaire

Le renforcement des systèmes de vaccination nationaux est un objectif important pour la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La mise en place de programmes de vaccination garantissant l'administration de vaccins de qualité dans des conditions satisfaisantes de sécurité, associée à des taux de couverture vaccinale pour un âge donné  $\geq 95$  %, à une forte capacité de suivi des programmes et à des capacités de surveillance des maladies à partir du laboratoire, permettra d'améliorer le rapport coût-efficacité de l'utilisation des vaccins existants.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré et mis en œuvre en 2002 un plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS, qui visait l'élimination de la rougeole et la prévention de la rubéole congénitale en 2010. L'élimination de la rougeole a déjà été atteinte dans certains États membres qui appliquent des programmes de vaccination systématique en maintenant une couverture vaccinale antirougeoleuse élevée avec un calendrier en deux doses.

Des progrès considérables ont été accomplis entre 2002 et 2004 : les 52 États membres ont désormais des programmes de vaccination antirougeoleuse systématique à deux doses et 26 pays (50 %) sont parvenus à une incidence de la rougeole  $< 1$  par million d'habitants, ce qui est un indicateur de l'élimination de la rougeole. Quarante-huit pays (92 %) utilisent aujourd'hui le vaccin antirubéoleux et 47, le vaccin multivalent rougeole-rubéole (RR).

Suite aux consultations organisées en 2004 avec les États membres et avec les groupes consultatifs techniques, il a été proposé de faire de l'élimination de la rubéole un objectif supplémentaire pour 2010. La rubéole étant une maladie moins contagieuse que la rougeole et les États membres ayant choisi d'utiliser des vaccins multivalents RR, l'élimination de la rubéole est réalisable dans le cadre d'une stratégie d'élimination de la rougeole. Cette proposition a été approuvée lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe dans le cadre de la résolution sur le renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS.

Le nouveau plan stratégique d'élimination de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS met en évidence les progrès réalisés depuis 2002 et définit des stratégies et mesures clés devant être entreprises concernant la formulation de politiques nationales, la surveillance, la qualité et la sécurité de la vaccination, la communication et la promotion de la vaccination, et la mise en place d'un processus de certification. L'OMS élaborera en fonction des besoins tout document susceptible d'aider les États membres à mettre en place ces stratégies.

# 1. Introduction

La vaccination est une intervention pouvant sauver des vies humaines, efficace quoique peu onéreuse, qui est utilisée pour combattre les maladies à prévention vaccinale, voire les éliminer, et qui améliore par conséquent l'état de santé des populations. Depuis des décennies, les services de santé publique de la Région européenne de l'OMS mettent en œuvre des programmes de vaccination efficaces, ce qui a permis l'éradication mondiale de la variole dans les années 70 et la certification de la Région européenne en tant que territoire indemne de poliomyélite en 2002. Dans les années 90, la réapparition de la diphtérie dans de nombreux pays de l'ex-URSS a réaffirmé la nécessité de poursuivre d'importants programmes de vaccination systématique et de garantir un niveau élevé d'immunité dans la population afin de lutter contre ces maladies.

Dans sa résolution WHA58.15, l'Assemblée mondiale de la santé 2005 exhortait les États membres à adopter la stratégie intitulée *La vaccination dans le monde : vision et stratégie* comme cadre permettant de renforcer les programmes de vaccination nationaux entre 2006 et 2015, dans le but d'assurer une meilleure couverture et un accès plus équitable à la vaccination, d'élargir l'accès aux vaccins existants et futurs, et de faire profiter d'autres classes d'âge que les nourrissons des avantages de la vaccination associée à d'autres interventions sanitaires (1).

La rougeole est une maladie très contagieuse qui s'est traduite par plus de 30 millions de cas et 530 000 décès dans le monde en 2003 (2). Bien que le vaccin antirougeoleux existe depuis une quarantaine d'années, plus de 29 000 cas de rougeole ont été déclarés pour l'année 2004 dans la Région européenne de l'OMS (annexe 1). En outre, l'OMS a estimé à 4 850 le nombre de décès dus à cette maladie qui ont pu survenir dans la Région en 2003 (2). Les efforts visant à la diminution de la charge de morbidité imputable à la rougeole ont abouti à des initiatives d'élimination de la maladie. Quatre régions de l'OMS, parmi lesquelles la Région européenne, ont défini l'élimination de la maladie comme une priorité et l'Organisation panaméricaine de la santé a déclaré que la Région des Amériques de l'OMS avait éliminé la transmission endémique de la rougeole en 2002, même si la maladie continue d'être importée dans cette région depuis d'autres parties du monde. En effet, 37 % des cas de rougeole importés aux États-Unis au cours des années 1993 à 2001 et 21 % de l'ensemble des cas de rougeole au Canada dans les années 1999 à 2001 avaient un lien avec la Région européenne (3,4). De façon similaire, près de 50 % des cas de rougeole importés dans l'Union européenne (UE) proviennent d'autres pays de l'UE (5), ce qui met l'accent sur la nécessité de mettre en place une stratégie coordonnée au sein de la Région européenne.

La rubéole, qui est une maladie virale plus bénigne et moins contagieuse, a des conséquences très importantes du point de vue de la santé publique en raison des effets tératogènes de la rubéole congénitale, qui entraîne un risque de fausse couche, de mort fœtale ou de naissance d'un enfant atteint du syndrome de rubéole congénitale (SRC). Selon les estimations, il y aurait plus de 100 000 cas de SRC chaque année dans les pays en développement (6). La rubéole congénitale peut être évitée en protégeant contre la rubéole les femmes en âge de procréer, à la fois par la vaccination et par des mesures évitant qu'elles

soient exposées au virus de la rubéole circulant de façon endémique. Une dose unique de vaccin antirubéoleux à partir de 12 mois suffit à garantir une immunité de 95 % ou plus. La Région européenne et la Région des Amériques de l'OMS visent toutes deux l'élimination de la rubéole.

Donner à tous les enfants la possibilité de recevoir deux doses de vaccin antirougeoleux et à tous les enfants et à toutes les femmes en âge de procréer celle de recevoir au moins une dose de vaccin antirubéoleux permettra aux États membres d'atteindre les objectifs fixés pour ces maladies à l'horizon 2010. Étant donné que la plupart des États membres ont déjà inclus un vaccin multivalent RR dans leur calendrier vaccinal (7) et compte tenu de la moindre contagiosité de la rubéole, l'élimination de celle-ci est réalisable dans le cadre d'une stratégie d'élimination de la rougeole. L'utilisation de vaccins multivalents antirougeoleux-antirubéoleux constitue le moyen le plus efficace d'administrer les antigènes de ces vaccins dans le cadre des programmes de vaccination infantile systématique. Toutefois, la décision d'avoir recours au vaccin bivalent contre la rougeole et la rubéole ou au vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) doit reposer sur les priorités sanitaires de chaque État membre.

## 2. Situation dans la Région européenne de l'OMS

### Aperçu des initiatives de lutte contre les maladies

La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS (SANTÉ21), approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 1998, définissait des objectifs pour neuf maladies à prévention vaccinale, notamment l'élimination de la rougeole à l'horizon 2007 et une incidence du SRC < 1 cas pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (8). Du fait du large recours au vaccin multivalent RR dans la Région européenne, le plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS (9) visait à la fois l'interruption de la transmission endémique de la rougeole (c'est-à-dire l'élimination de la maladie) et la prévention de la rubéole congénitale (pour parvenir à moins de 1 cas de SRC pour 100 000 naissances vivantes) en 2010. En 2004, les administrateurs des programmes nationaux de vaccination et le Groupe consultatif technique d'experts en matière de vaccination de la Région européenne de l'OMS ont examiné les objectifs du plan et recommandé d'ajouter l'élimination de la rubéole à la stratégie. Cette proposition a été approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe lors de sa cinquante-cinquième session dans le cadre de la résolution relative au renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale (annexe 2).

### Aspects économiques de l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de la prévention de la rubéole congénitale

Le Programme élargi de vaccination est souvent apparu comme l'un des programmes sanitaires présentant le meilleur rapport coût-efficacité. Selon les estimations, il permet d'éviter chaque année jusqu'à trois millions de décès et l'invalidité de 750 000 enfants (10). Malheureusement, il est estimé qu'en 2002, 1,4 million d'enfants de moins de cinq ans sont morts de maladies qui pourraient être prévenues par l'utilisation de vaccins largement répandus. Les efforts visant à renforcer les programmes de vaccination existants doivent par conséquent être poursuivis.

Les évaluations économiques de l'utilisation des vaccins antirougeoleux et antirubéoleux mettent en évidence l'efficacité par rapport au coût et/ou aux économies réalisées. Une étude menée en Europe occidentale a ainsi démontré qu'un calendrier à deux doses de vaccin antirougeoleux offrait un rapport coût-efficacité et un rapport coût-avantages optimaux à des niveaux de couverture de 95 % (Iversen PB, observations non publiées, 2005). Pour autant, cette évaluation ne tenait pas compte des avantages potentiels supplémentaires liés au renforcement général des programmes de vaccination infantile systématique et des moyens de surveillance, notamment par la mise en place de réseaux de laboratoires performants.

Une analyse des coûts associés à l'épidémie de rougeole survenue en Italie en 2002 et 2003 dans des régions où la couverture vaccinale était faible a permis d'estimer entre 9,9 millions et 12,4 millions d'euros le montant des coûts directs, et à 14,8 millions d'euros



celui des dépenses totales induites par cette épidémie, soit suffisamment pour administrer à 2,7 cohortes de naissances d'enfants un vaccin ROR en deux doses à l'échelle nationale, avec un taux de couverture de 95 % (11).

L'examen approfondi des résultats de 17 études menées dans le monde, dont sept dans la Région européenne de l'OMS, a révélé que le vaccin contre la rubéole était une intervention d'un bon rapport coût-efficacité et qu'il permettait de réaliser des économies (12) ; cette analyse portait notamment sur des études réalisées au Danemark, en Finlande et en Norvège, qui révélaient des rapports coût-avantages > 1 s'agissant de la prévention du SRC au moyen du vaccin antirubéoleux ou du vaccin ROR (13-15).

## **Progrès réalisés depuis 2002**

### **Systèmes de surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC**

Les États membres utilisent différentes méthodes pour recueillir les données relatives à la rougeole et à la rubéole, notamment la collecte de données agrégées (par classe d'âge), la collecte de données basées sur l'examen de cas individuels et les réseaux de médecins sentinelles. En 2004, 44 pays ont communiqué des données mensuelles agrégées et cinq ont communiqué tous les mois des données relatives à des cas individuels. Trente et un pays ont communiqué directement à l'OMS les données relatives à la rougeole et 18 pays ont eu recours à EUVAC.net, le réseau de surveillance de la rougeole financé par l'UE. En outre, tous les États membres ont communiqué des données annuelles sur la rougeole, la rubéole et le SRC pour l'année 2004 au moyen du formulaire de notification annuelle OMS/Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), qui a été distribué au début de l'année 2005.

Des recommandations en matière de surveillance de la rougeole et de la rubéole congénitale ont été publiées en 2003 (16), et un contrôle de l'exhaustivité et de la régularité des notifications mensuelles sur la rougeole envoyées à l'OMS a été mis en place en 2004. Au niveau régional, on considère que le seuil d'exhaustivité est atteint lorsqu'au moins 80 % des notifications mensuelles parviennent à l'OMS, et que le seuil de régularité est atteint lorsqu'au moins 80 % de ces notifications parviennent à l'OMS avant le 25<sup>e</sup> jour du mois suivant. En 2004, 71 % des États membres ont satisfait au critère d'exhaustivité et 10 % au critère de régularité.

Un réseau de laboratoires d'étude de la rougeole et de la rubéole pour la Région européenne a été lancé en 2002. À ce jour, 47 États membres (90 %) sont desservis par un laboratoire national d'étude de la rougeole/de la rubéole, qui est relié à l'un des trois laboratoires de référence de la Région européenne de l'OMS désignés en 2003 ou au laboratoire spécialisé mondial situé dans la Région européenne. Le réseau utilise des méthodes diagnostiques et des réactifs normalisés, et a mis en place un programme d'évaluation de la qualité prévoyant une validation externe des tests et la notification mensuelle en ligne des indicateurs de performance des laboratoires. Les notifications par les laboratoires nationaux ont atteint un niveau d'exhaustivité de 70 % en 2004.

Les résultats d'une consultation technique sur la surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC, qui s'est tenue en avril 2005 (5), sont utilisés aux fins de la révision des recommandations en matière de surveillance.

## Programmes de vaccination

Les 52 États membres ont désormais des programmes nationaux de vaccination anti-rougeoleuse en deux doses, en augmentation par rapport aux 49 pays sur 51 (96 %) qui en disposaient en 2001. La proportion d'États membres utilisant le vaccin antirubéoleux a également augmenté, en passant de 38 pays sur 51 (75 %) en 2001 à 48 pays sur 52 (92 %) en 2005. Quarante-sept États membres utilisent au moins une dose de vaccin multivalent RR dans leur programme de vaccination infantile (fig. 1 et annexe 3). Dans l'ensemble, en 2004, environ 70 % des États membres avaient un programme de vaccination national, 60 % un plan de lutte contre la rougeole, mais moins de 50 % un plan de lutte contre la rubéole et/ou la rubéole congénitale.

La couverture vaccinale par la première dose de vaccin antirougeoleux (CV-R1) dans la Région européenne oscillait entre 73 et 99 % en 2004, avec une moyenne pondérée sur la population de 92 % (fig. 2 et annexe 3). À l'échelle régionale, la CV-R1 a atteint un niveau record de 92,2 % en 2001. Pour ce qui est de la couverture moyenne régionale par la deuxième dose de vaccin antirougeoleux (CV-R2), elle s'élevait à 86 % en 2004. Cela étant, ce chiffre ne rend pas compte de la réalité dans la mesure où 14 pays (27 %) n'ont pas notifié cet indicateur (fig. 3 et annexe 3).

Un guide pratique de la planification et de la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaire contre la rougeole et la rubéole a été publié par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2004 dans le but de faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de vaccination supplémentaire contre ces maladies (17). Au moins neuf activités de vaccination supplémentaire ont été menées dans la Région européenne depuis 2001 ; elles visaient les personnes exposées au risque de rougeole et/ou de rubéole en Albanie, à Chypre, en Italie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en République de Moldova, en Serbie-et-Monténégro (Kosovo), au Tadjikistan et en Turquie (18).

## Épidémiologie des maladies

L'incidence de la rougeole par État membre, notifiée en 2004, est présentée à la figure 4 et à l'annexe 1. Une incidence de la rougeole < 1 par million d'habitants a été définie comme indicateur de l'élimination de la rougeole (19). Le nombre d'États membres atteignant ce chiffre est passé de 14 (27 %) en 2001 à 26 (50 %) en 2004 (fig. 5). Au moins 25 États membres ont connu des flambées épidémiques de rougeole depuis janvier 2002, qui ont été particulièrement importantes en Allemagne, en Arménie, en Azerbaïdjan, en Espagne, en Fédération de Russie, en France, en Géorgie, en Irlande, en Italie, au Kazakhstan, en Ouzbékistan, en République de Moldova, en Roumanie, en Suisse, au Tadjikistan et en Ukraine.

L'incidence de la rubéole notifiée par État membre en 2004 est représentée à la figure 6 et à l'annexe 1. En 2004, sept États membres (13 %) n'ont pas communiqué leurs données nationales sur la rubéole et 15 États membres (29 %) n'ont pas fourni d'informations sur le SRC ; 14 États membres (27 %) ont déclaré une incidence de la rubéole < 1 par million d'habitants et 17 cas de SRC ont été déclarés. Depuis 2000, 123 cas de SRC ont été notifiés à l'OMS par 17 États membres (33 %), mais sur ces 123 cas, 45 (37 %) l'ont été par la Roumanie, 28 (23 %) par la Fédération de Russie et 17 (14 %) par la France. Étant donné que ces pays ne représentent qu'une petite partie des États membres dans lesquels on sait que le virus de la rubéole circule librement, et que de nombreux pays ayant notifié zéro ou

peu de cas n'ont pas évalué l'exhaustivité de leurs notifications, on peut supposer que les notifications concernant le SRC sont nettement inférieures à la réalité.

Un résumé sur la lutte contre les oreillons dans la Région européenne est présenté à l'annexe 4 ; 50 États membres (96 %) utilisent en effet actuellement le vaccin anti-ourlien et 47 sous la forme du vaccin ROR.

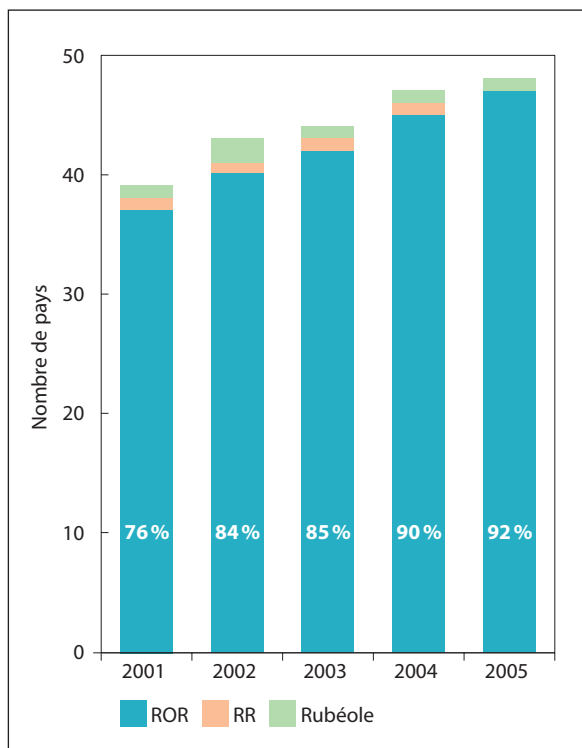
### Analyse par couverture vaccinale contre la rougeole et incidence de la rougeole

Les États membres ont été regroupés en fonction de leur CV-R1 et de l'incidence de la rougeole pour les quatre années 2001 à 2004, sur la base des paramètres de CV-R1 (< 95 %

ou  $\geq 95$  %) et d'incidence de la rougeole (< 1 par million d'habitants ou  $\geq 1$  par million d'habitants). Quatre groupes de pays ont ainsi été créés (fig. 7). Depuis 2001, le nombre de pays du groupe ayant une incidence de la rougeole < 1 par million et une CV-R1  $\geq 95$  % est passé de 8 à 18, ce qui prouve que, dans de nombreux États membres, la diminution de l'incidence de la rougeole s'est accompagnée d'une amélioration de la couverture vaccinale antirougeoleuse.

Le nombre total de cas de rougeole, de rubéole et de SRC notifiés en 2004 pour chacun des quatre groupes est indiqué au tableau 1. Si l'incidence de la rougeole et de la rubéole varie d'un groupe à l'autre, il est difficile de tirer des conclusions précises à

Figure 1.  
Nombre et pourcentage d'États membres utilisant les vaccins antirubéoleux, par type de vaccin, 2001-2005



propos de la rubéole dans la mesure où cinq pays appartenant au groupe ayant l'incidence de la rougeole la plus élevée et la CV-R1 la plus faible (et représentant 60 % de la population du groupe), n'ont pas communiqué d'informations sur les cas de rubéole. Étant donné que quatre de ces cinq pays utilisent des vaccins ROR, il y a peu de chances que leur niveau en matière de lutte contre la rubéole soit plus élevé qu'en ce qui concerne la rougeole. Si, dans 50 % des pays ayant l'incidence la plus élevée et la CV-R1 la plus faible, la vaccination faisait l'objet d'une publicité négative, la proportion de pays ayant des programmes de communication était identique dans les quatre groupes (comprise entre 50 % et 67 %).

La CV-R1 et l'incidence de la rougeole peuvent constituer un outil de gestion qui permet d'obtenir une évaluation du programme de lutte contre la rougeole d'un pays actualisée et plus objective que le schéma en trois phases (I à III) employé dans le *Plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS* (9). Afin d'atteindre les objectifs fixés pour 2010 en matière de lutte contre la rougeole, les États

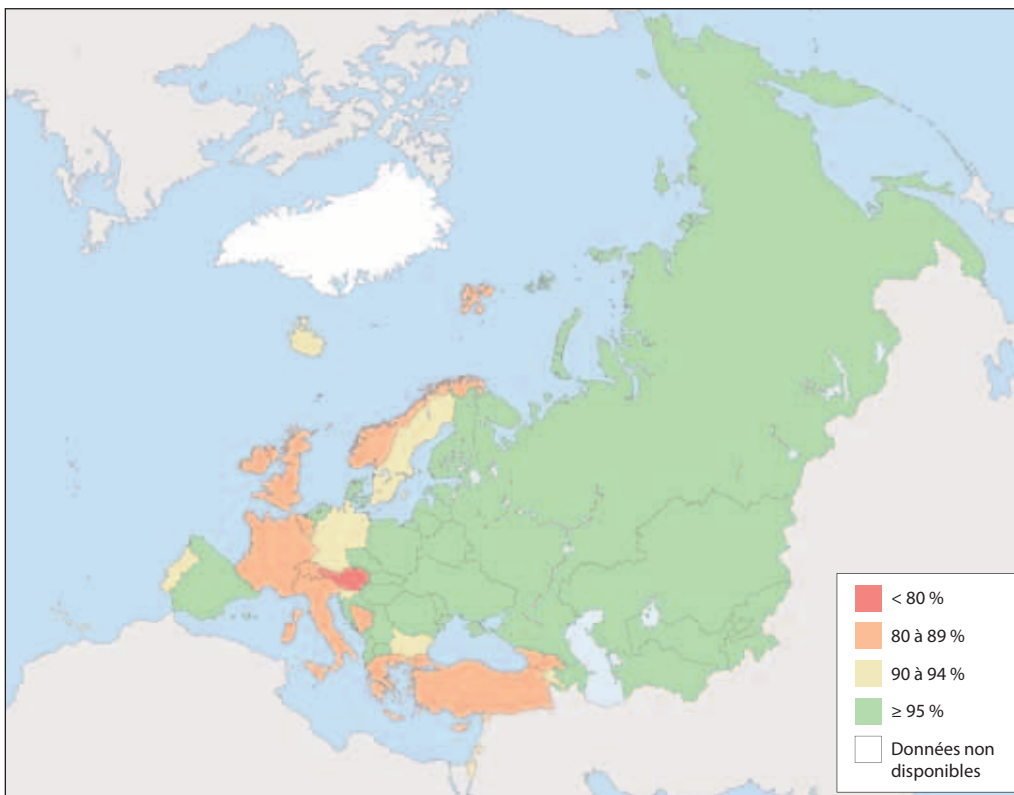


Figure 2.  
CV-R1 par État  
membre, 2004

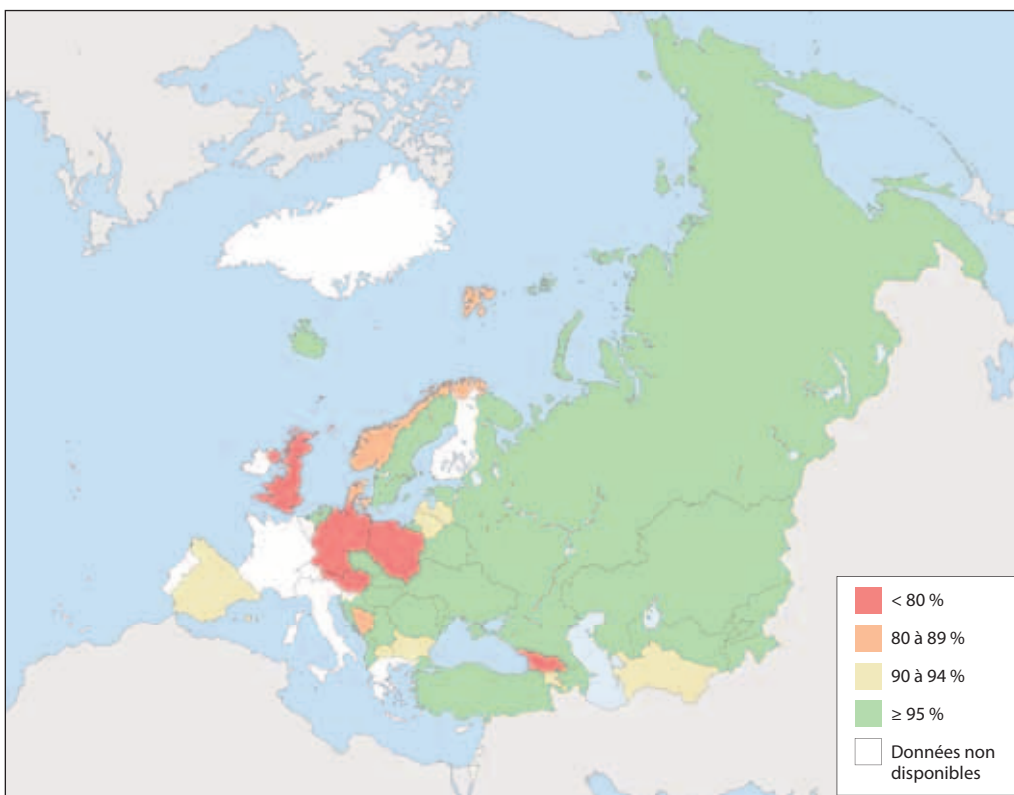


Figure 3.  
CV-R2 par État  
membre, 2004

Figure 4.  
Incidence de  
la rougeole  
à l'échelle  
nationale et sous-  
nationale  
(Fédération de  
Russie), 2004

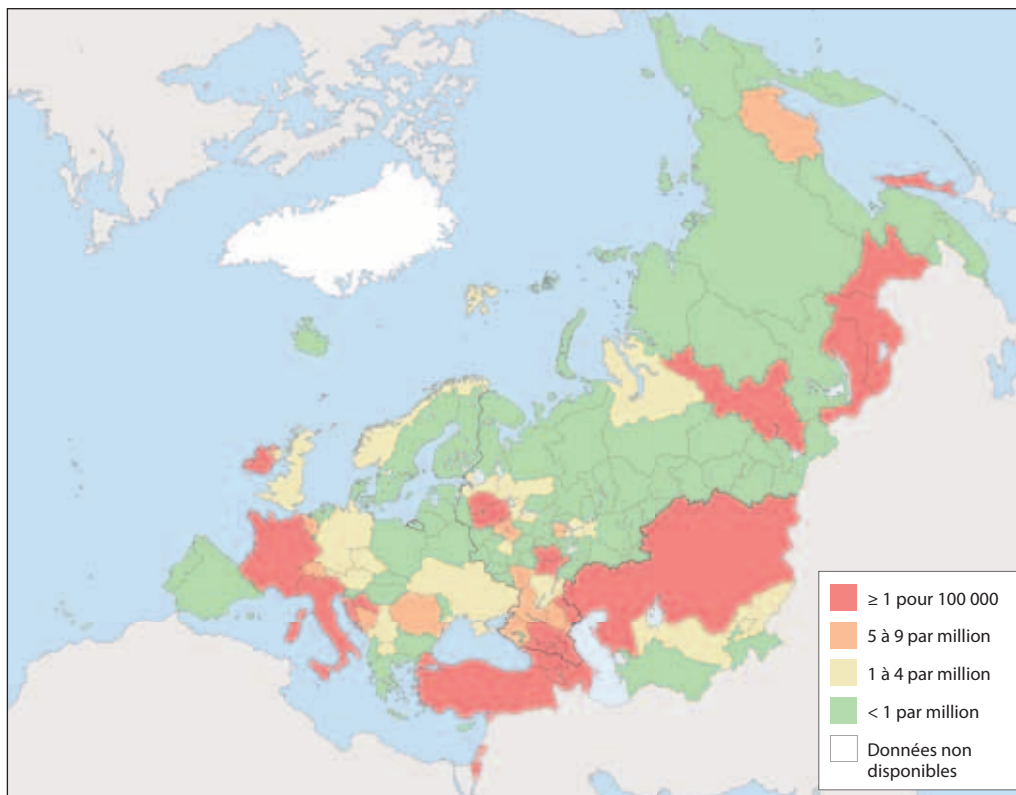
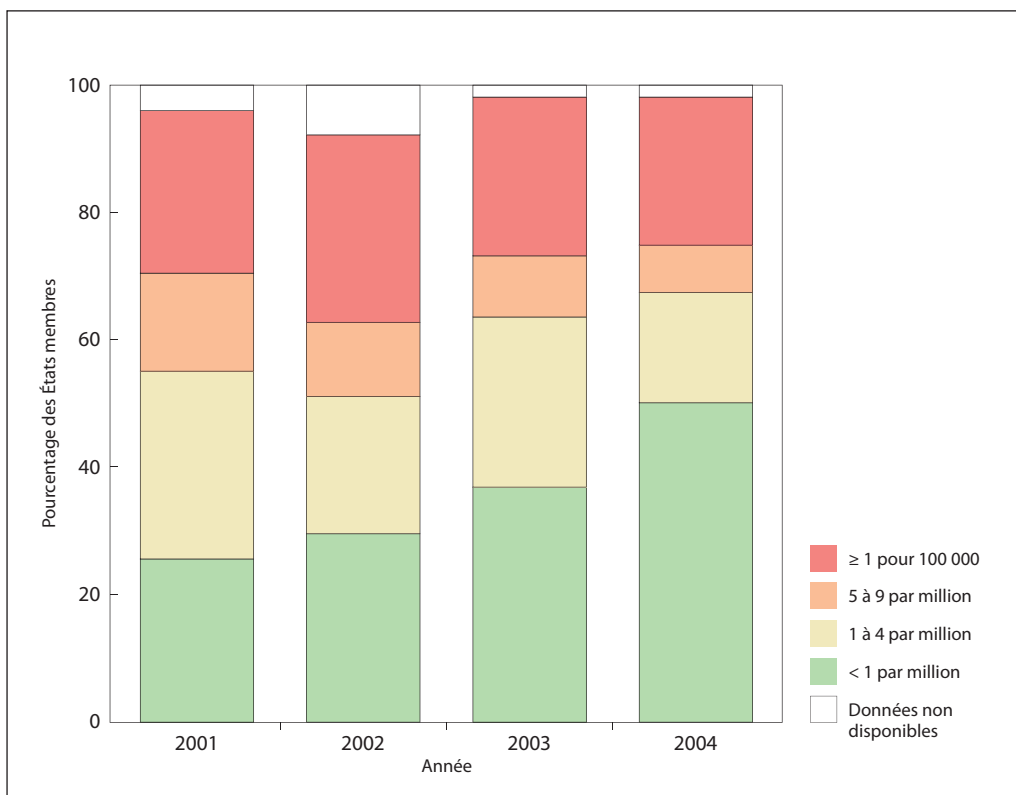


Figure 5.  
Pourcentage  
d'États membres  
par classe  
d'incidence de la  
rougeole,  
2001-2004



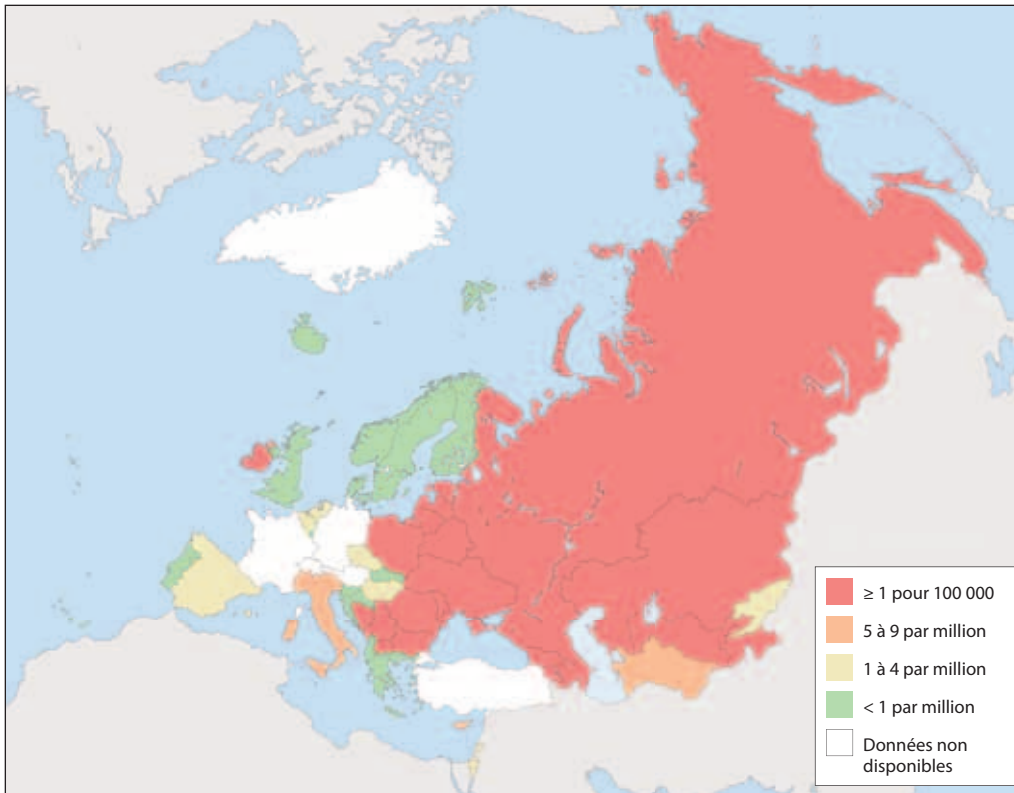


Figure 6.  
Incidence de  
la rubéole  
à l'échelle  
nationale, 2004

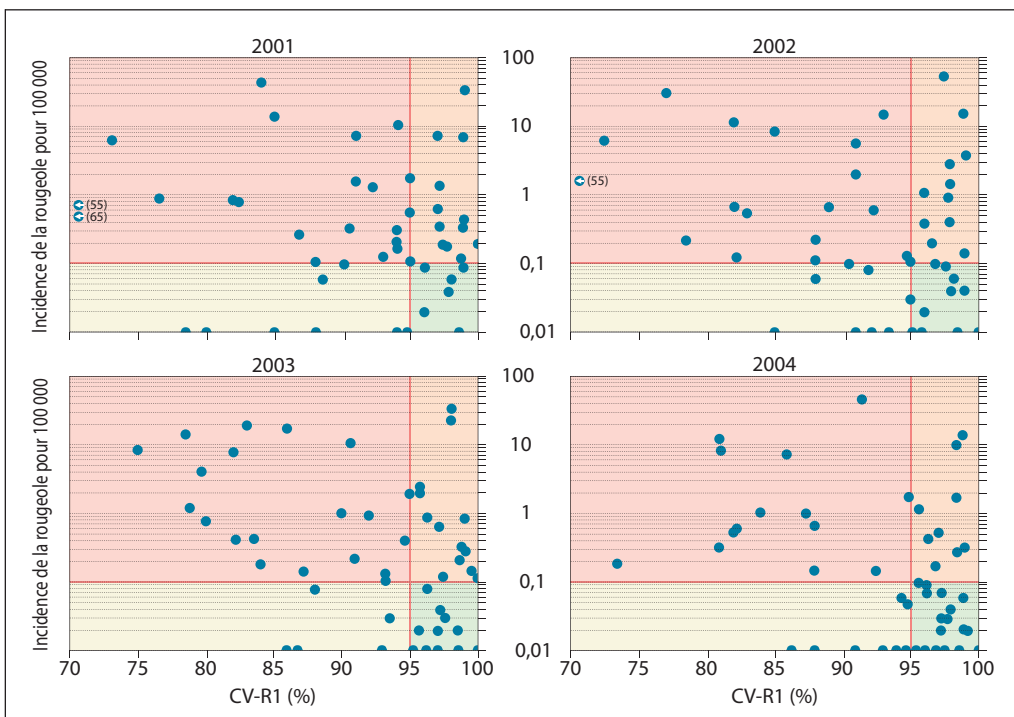


Figure 7.  
Diagrammes de  
l'incidence de la  
rougeole et  
CV-R1 chez les  
États membres,  
2001-2004

Note : le groupe 1 ( ) comprend les pays ayant une incidence de la rougeole  $\geq 1$  par million et une CV-R1  $< 95\%$  ; le groupe 2 ( ) comprend les pays ayant une incidence de la rougeole  $\geq 1$  par million et une CV-R1  $\geq 95\%$  ; le groupe 3 ( ) comprend les pays ayant une incidence de la rougeole  $< 1$  par million et une CV-R1  $< 95\%$  ; et le groupe 4 ( ) comprend les pays ayant une incidence de la rougeole  $< 1$  par million et une CV-R1  $\geq 95\%$ . L'incidence de la rougeole est représentée sur une échelle logarithmique.



membres ayant une CV-R1 < 95 % et une incidence  $\geq 1$  par million doivent améliorer cette couverture par une vaccination antirougeoleuse systématique et vacciner les populations vulnérables, alors que ceux ayant une CV-R1  $\geq 95$  % et une incidence  $\geq 1$  par million doivent maintenir leur niveau de couverture tout en s'employant à résoudre le problème des populations vulnérables à la rougeole. Les États membres ayant une incidence de la rougeole < 1 par million mais une CV-R1 < 95 % doivent élaborer des stratégies visant à améliorer la couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique et éviter l'augmentation du nombre de personnes vulnérables, alors que les pays ayant une CV-R1  $\geq 95$  % et une incidence de la rougeole < 1 par million doivent maintenir leurs bons résultats. Tous les pays doivent se donner les moyens de déterminer si les cas résultent d'une transmission de la rougeole sur le mode endémique ou d'une importation.

Il est possible de procéder à une analyse similaire en examinant la couverture vaccinale antirubéoleuse et l'incidence de la rubéole. Dans la mesure où la plupart des États membres ont désormais recours au vaccin multivalent RR, la couverture vaccinale antirubéoleuse actuelle est associée à la couverture vaccinale antirougeoleuse. Pour autant, dans de nombreux pays, l'épidémiologie de la rubéole est différente de celle de la rougeole en raison de l'introduction récente du vaccin contre la rubéole.

L'analyse de l'incidence de la rougeole et/ou de la rubéole par rapport à la couverture vaccinale est tributaire de la qualité des données notifiées par les États membres. Si l'évolution cyclique des épidémies de rougeole et de rubéole doit être examinée lors de l'analyse de l'incidence sur un an, elle doit être décrite plus précisément dans les pays où cette incidence se situe sous le seuil de 1 cas par million. Les informations fournies par les pays affirmant être parvenus à l'élimination de la rougeole et de la rubéole devront être validées suivant un processus de certification.

### Qualité et sécurité de la vaccination

La qualité et la sécurité de la vaccination étaient reconnues comme des priorités élevées dans le *Plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS* (9), et des avancées importantes ont été réalisées dans ce domaine. En 2004, 49 (94 %) des 52 États membres ont fourni des vaccins de qualité garantie ; 20 (69 %) des 29 pays prioritaires ont élaboré des plans d'action en matière de sécurité des injections et d'élimination des déchets piquants, et 37 (71 %) des 52 États membres ont signalé des manifestations post-vaccinales indésirables, contre 18 (62 %) et 24 (46 %) respectivement en 2001.

Tableau 1.  
Nombre de cas de rougeole, de rubéole et de SRC par groupe de rougeole, 2004

Groupe de rougeole	Nombre de pays	Population	Nombre de cas de rougeole	Incidence de la rougeole pour 100 000 habitants	Nombre de cas de rubéole <sup>a</sup>	Nombre de cas de SRC
1	14	377 032 581	23 402	6,2	6 054	4
2	11	296 432 836	6 020	2,0	247 047	10
3	8	40 681 958	11	0,03	491	0
4	18	161 666 239	70	0,04	10 462	3
Total	51	875 813 614	29 503	3,4	264 054	17

<sup>a</sup> L'OMS n'a pas reçu les données nationales de surveillance de la rubéole pour l'année 2004 de cinq pays du groupe 1 et d'un pays du groupe 4.

Source : données communiquées par les États membres sur les formulaires de notification annuelle OMS/UNICEF 2005 et disponibles pour tous les États membres à l'exception de Monaco.

### **Informations sur la vaccination**

Le Vaccine Safety Net (réseau pour la sécurité des vaccins) est un réseau de sites Web sur la vaccination dont les méthodes en matière de publication d'informations sont approuvées par l'OMS. Ce réseau, qui permet au personnel soignant et aux familles d'obtenir facilement des renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination, a été créé pour répondre au besoin du public d'accéder à des informations de qualité sur ce sujet. Il comprend actuellement 14 sites Web de la Région européenne et sept langues sont représentées (20).

Parmi les mesures visant à sensibiliser davantage la population à la vaccination, il convient de signaler le lancement d'une Semaine de la vaccination organisée tous les ans dans l'ensemble de la Région. Cette initiative sera pour les États membres participants l'occasion de recenser et de lever les obstacles qui les empêchent d'atteindre une couverture vaccinale élevée, grâce à des activités visant à améliorer les connaissances et les comportements relatifs aux avantages et aux risques liés à la vaccination.



### 3. Renforcement des systèmes de vaccination nationaux

Le renforcement des systèmes de vaccination nationaux est un objectif important pour la Région européenne de l'OMS. La mise en place de programmes de vaccination garantissant l'administration de vaccins de qualité dans des conditions satisfaisantes de sécurité, associée à des taux de couverture vaccinale pour un âge donné  $\geq 95\%$ , à une forte capacité de suivi des programmes et à des capacités de surveillance des maladies à partir du laboratoire, permettra d'améliorer le rapport coût-efficacité de l'utilisation des vaccins existants. S'ils sont performants, les systèmes de vaccination sont en outre capables d'utiliser efficacement les données scientifiques pour favoriser l'introduction de nouveaux vaccins, selon les besoins. Ce renforcement peut s'effectuer à la fois par l'exploitation de l'infrastructure existante et par l'amélioration de la capacité de gestion des programmes.

L'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale constituent un excellent moyen de renforcer les systèmes de vaccination systématique. Les composantes essentielles des infrastructures de vaccination peuvent être renforcées par le biais de différentes mesures : amélioration des pratiques sûres et efficaces en matière de vaccination ; mise au point de systèmes de suivi de vaccination visant à réduire les taux d'abandon ; diminution des occasions de vaccination manquées et de contre-indications inappropriées ; formation des personnels de santé ; et conception de documents d'information et de communication et de matériel pédagogique destinés au public et aux professionnels de santé. Outre l'élargissement de la couverture vaccinale, les activités de vaccination supplémentaire permettent de renforcer les principales composantes des infrastructures de vaccination systématique (17). La préparation des activités de vaccination supplémentaire nécessite au minimum huit mois et doit accorder une place importante à la microplanification ; à la gestion des vaccins ; à la sécurité des injections, y compris l'élimination correcte du matériel d'injection ainsi que la notification et la prise en charge des manifestations post-vaccinales indésirables ; et enfin à la formation et à la mobilisation sociale.

#### Objectifs en matière de rougeole, de rubéole et de rubéole congénitale

Les objectifs révisés pour 2010 sont les suivants :

- élimination de la rougeole endémique ;
- élimination de la rubéole endémique ;
- prévention de la rubéole congénitale (< 1 cas de SRC pour 100 000 naissances vivantes).

#### Stratégies clés

Dans l'optique de la réalisation de ces objectifs, les précédentes stratégies clés ont fait l'objet d'une révision visant à intégrer l'objectif d'élimination de la rubéole.

- 1. Atteindre et maintenir une couverture vaccinale très élevée ( $\geq 95\%$ ) au moyen de deux doses de vaccin contre la rougeole et d'au moins une dose de vaccin contre la rubéole, grâce à des services de vaccination systématique de qualité.** Il convient d'élaborer des stratégies permettant d'atteindre un niveau de couverture vaccinale  $\geq 95\%$ , en particulier parmi les populations difficiles à atteindre (21), qui comprennent les groupes culturels ou ethniques minoritaires, les groupes de nomades, les populations vivant dans un contexte de troubles civils ou d'instabilité politique, les populations géographiquement isolées et celles refusant la vaccination en raison de croyances religieuses ou philosophiques.
- 2. Offrir une seconde chance d'immunisation contre la rougeole grâce à des mesures de vaccination supplémentaire destinées aux populations exposées au risque de rougeole.** Des activités de vaccination supplémentaire doivent être envisagées afin d'atteindre les personnes dont le niveau d'immunité est insuffisant pour interrompre la transmission de la rougeole sur le mode endémique et qui sont susceptibles d'être exposées au virus de la rougeole si celui-ci est introduit dans la population, par exemple les personnes fréquentant les écoles ou les universités, les militaires et le personnel des services de santé. Il est possible de définir les groupes de population vulnérables en évaluant les données épidémiologiques existantes sur les cas de rougeole, en évaluant les données relatives à l'historique de la couverture vaccinale ou, dans certains cas, en ayant recours à des études sérologiques.
- 3. Offrir des chances d'immunisation contre la rubéole, notamment par le biais d'activités de vaccination supplémentaire, à tous les enfants, adolescents et femmes en âge de procréer vulnérables.** Les enfants et les femmes en âge de procréer peuvent être vulnérables à la rubéole parce qu'ils n'ont pas été exposés au virus de la rubéole ou qu'ils n'ont pas été vaccinés contre cette maladie. Pour autant, chez une petite proportion de femmes ( $< 10\%$ ), cette susceptibilité peut également être due à une absence de réaction à la première dose de vaccin ou à une disparition de la protection par les anticorps. Certains pays utilisent depuis de nombreuses années des vaccins antirubéoleux dans le cadre des programmes de vaccination infantile, mais sans maintien d'une forte couverture vaccinale ; la proportion de jeunes filles non vaccinées qui deviennent des femmes en âge de procréer non immunisées contre la rubéole est donc plus importante qu'elle ne l'aurait été avant l'utilisation du vaccin. Au cours d'une épidémie de rubéole, ces femmes sont exposées au risque d'infection pendant la grossesse, d'où un nombre plus élevé d'enfants atteints du SRC par rapport aux pays n'ayant jamais utilisé le vaccin antirubéoleux (22). Des stratégies de vaccination adaptées doivent être envisagées afin d'atteindre ces populations vulnérables, à la fois pour interrompre la transmission endémique du virus et pour faire en sorte que les femmes en âge de procréer soient protégées en cas d'introduction du virus de la rubéole dans leur cadre de vie.
- 4. Renforcer les systèmes de surveillance grâce à des études de cas rigoureuses, avec confirmation en laboratoire des cas suspects.** Les activités de surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC doivent être suffisamment efficaces pour permettre la détection des cas sporadiques et la communication d'informations correctes sur

l'épidémiologie et sur le génotype viral, de sorte que l'on puisse classer les cas selon leur origine (transmission endémique ou importation). Ces informations doivent être recueillies, analysées et communiquées de façon efficace et régulière, afin de permettre la mise en place de mesures de santé publique adaptées. Les systèmes de surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables doivent également être capables de détecter, de suivre et de prendre en charge les cas suspects en temps et en heure. L'organisation régulière de formations et la mise en place de systèmes d'informations adaptés sont des éléments essentiels de cette stratégie clé.

- 5. Mettre davantage à la disposition des professionnels et du public des informations de qualité sur les avantages et les risques de la vaccination contre la rougeole et la rubéole.** Les connaissances et le point de vue des professionnels de la santé et du public en matière de rougeole et de rubéole, y compris sur les avantages et les risques liés à la prévention de ces maladies, restent extrêmement importants pour les responsables de la santé publique désireux d'atteindre et de maintenir les niveaux élevés de couverture vaccinale nécessaires à l'accomplissement des objectifs d'élimination de la rougeole et de la rubéole. Dans tous les États membres, le nombre de personnes obtenant des informations sanitaires par le biais des médias ou sur Internet ne cesse d'augmenter. Si de nombreux États membres peuvent fournir au public des informations sur la vaccination, « il convient d'accorder davantage d'attention à la manière 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 » (23).

L'OMS élaborera en fonction des besoins tout document susceptible d'aider les États membres à mettre en place ces stratégies.

## 4. Principaux domaines d'action

Les principaux domaines d'action incluent des activités à la fois aux niveaux régional et national, et sont basés sur la résolution EUR/RC55/R7 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (annexe 2).

### Élaboration de politiques nationales

#### Plans nationaux de vaccination infantile systématique

Tous les États membres sont vivement encouragés à mettre en place des plans de vaccination nationaux comprenant des objectifs clairement définis, des stratégies et des activités de vaccination, des critères relatifs aux ressources nécessaires et, le cas échéant, des plans de viabilité financière. Ces plans doivent définir des mécanismes permettant de renforcer les activités de gestion des programmes de vaccination, notamment l'évaluation continue des performances, mais aussi des stratégies visant à améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données relatives aux activités menées à l'échelle sous-nationale dans le cadre des programmes, et en particulier à recenser les domaines dans lesquels des progrès doivent être accomplis.

#### Plans relatifs à la rougeole, à la rubéole ou à la rubéole congénitale

Les États membres dans lesquels il existe une transmission endémique de la rougeole et/ou de la rubéole doivent absolument disposer de plans spécialement élaborés pour ces maladies et les inclure dans les plans de vaccination nationaux. Ces États sont encouragés à analyser et à réviser leurs plans relatifs à la rougeole, à la rubéole ou à la rubéole congénitale ou, s'ils n'existent pas, à élaborer de nouveaux plans et les mettre en œuvre. Dans les États membres n'ayant pas encore de programme de vaccination antirubéoleuse, les plans doivent prévoir l'instauration de cette vaccination et déterminer les ressources nécessaires.

#### Comités nationaux pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole

Les États membres sont encouragés à créer des comités nationaux pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole comprenant des représentants nationaux et sous-nationaux, et à inviter leurs partenaires à en faire partie, le cas échéant. Les comités peuvent suivre les progrès accomplis par rapport aux objectifs d'élimination de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale.

### Surveillance

#### Infrastructures

Tous les États membres doivent évaluer les ressources dont ils disposent en termes de surveillance des maladies à prévention vaccinale et s'assurer qu'elles permettent de suivre et de mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs régionaux d'élimination de la poliomyélite, de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale, et de faire rapport sur ces progrès. Dans les pays où il n'existe aucune obligation de notifier les

données relatives à ces maladies, il peut s'avérer nécessaire de modifier la législation afin de faciliter la gestion du système de surveillance. Compte tenu du nombre d'États membres signalant une incidence de la rougeole et/ou de la rubéole  $\leq 1$  pour 100 000 habitants, de nombreux autres pays devraient être en mesure de communiquer des données relatives aux cas individuels.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe met actuellement au point des outils d'évaluation et de formation en matière de surveillance qui seront disponibles en 2006 et aideront les États membres dans ce domaine.

Les recommandations en matière de surveillance de la rougeole, de la rubéole et de la rubéole congénitale seront révisées de sorte qu'elles mentionnent l'objectif d'élimination de la rubéole et fournissent des indicateurs précis permettant d'évaluer la qualité de la surveillance et de suivre les progrès réalisés par rapport à ces objectifs d'élimination.

Il convient de renforcer davantage le réseau régional de laboratoires pour la rougeole et la rubéole afin qu'au moins 80 % des cas suspects de rougeole et de rubéole fassent l'objet d'un test biologique, lorsque l'incidence de la maladie est proche de 1 pour 100 000 ; que les tests soient réalisés dans des laboratoires agréés par l'OMS ou supervisés par un laboratoire national agréé ; et que l'on dispose de données relatives au génotype viral de la rougeole et de la rubéole établies à partir de cas provenant de l'ensemble des États membres.

De nombreux États membres ont besoin de stocks durables et abordables de kits de test destinés aux laboratoires pour la rougeole et la rubéole d'une qualité comparable aux critères recommandés par l'OMS. Dans les pays où l'importation de kits constitue une charge trop importante du point de vue financier ou logistique, la production locale de kits de test sera encouragée.

## **Qualité et sécurité de la vaccination**

Tous les États membres doivent veiller à ce que les vaccins fournis et utilisés soient d'une qualité garantie et à ce que leur autorité de réglementation nationale remplisse pleinement ses fonctions.

Il convient de respecter des critères de pratique stricts en matière de gestion des vaccins (stockage, distribution et administration, notamment gestion de la chaîne du froid), de sécurité des injections (fourniture de réceptacles destinés au matériel d'injection et aux aiguilles) et d'élimination correcte (à savoir sûre, complète et respectueuse de l'environnement) du matériel d'injection.

Il sera indispensable de renforcer la détection, l'examen et la prise en charge des manifestations post-vaccinales indésirables pour contrôler la qualité et la sécurité de la vaccination et garantir la transparence du programme grâce à la communication d'informations suffisantes sur les cas possibles.

## **Coordination et partenariat**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe préconisera la collaboration avec les États membres, les organismes publics et intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres partenaires compétents afin de consacrer des ressources au renforcement des systèmes nationaux de vaccination systématique et à la concrétisation

des objectifs d'éradication de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale.

Tous les États membres doivent encourager les partenariats indiqués, y compris des plans en vue d'une coopération intersectorielle, avec les organismes publics et intergouvernementaux, les ONG et autres partenaires compétents, dont le secteur privé et les entreprises, afin d'assurer le renforcement des services de vaccination systématique et la concrétisation des objectifs d'éradication.

## **Communication et promotion**

### **Plans de communication**

Tous les États membres, notamment ceux dans lesquels la vaccination fait l'objet d'une publicité négative, doivent veiller à mettre en place des plans de communication approuvés leur permettant de prendre des mesures à l'encontre de cette publicité négative et de faire en sorte que les soignants et le public disposent d'informations sur la vaccination qui soient de qualité élevée, correctement ciblées et répondant aux questions précises qui les préoccupent.

### **Stratégie de promotion régionale**

L'OMS élaborera une stratégie fondée sur des bases factuelles prévoyant des méthodes efficaces de sensibilisation et adaptée aux différents problèmes régionaux et sous-régionaux. Cette stratégie comprendra des informations sur l'initiative de la Semaine européenne de la vaccination et proposera une procédure de mise en place d'activités de promotion ciblées aux niveaux régional et national.

### **Informations de qualité sur la vaccination**

Les États membres dont les langues ne sont pas représentées dans le Vaccine Safety Net (réseau pour la sécurité des vaccins) devraient coopérer avec les parties intéressées afin de mettre à la disposition de leur population des informations qui lui soient accessibles. L'élargissement du réseau à des sites représentant de groupes linguistiques importants de la Région européenne est une priorité.

L'engagement des États membres vis-à-vis de la Semaine de la vaccination est des plus importants si l'on veut promouvoir la vaccination à l'échelle de la Région au moyen d'activités nationales ou sous-nationales ciblées. Cette initiative permettra également de partager l'expérience acquise et les informations afin d'encourager l'utilisation de méthodes de promotion et de communication fondées sur des données scientifiques probantes.

## **Processus de certification**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continuera de collaborer avec les États membres et avec ses partenaires dans d'autres régions de l'OMS afin d'affiner les critères d'évaluation des résultats obtenus aux niveaux national et régional en matière d'élimination de la rougeole et de la rubéole et de mettre au point un processus régional de certification.

Les États membres devront établir des comités nationaux de certification en temps voulu et élaborer des documents en conformité avec les spécifications du Comité régional de certification pour l'élimination de la rougeole.

## 5. Indicateurs

Quatre indicateurs de résultats seront utilisés afin de mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs définis :

- le nombre de pays ayant une incidence de la rougeole  $< 1$  pour 1 million d'habitants ;
- le nombre de pays ayant une incidence de la rubéole  $< 1$  pour 1 million d'habitants ;
- le nombre de pays ayant une incidence du SRC  $< 1$  pour 100 000 naissances vivantes ;
- le nombre de pays ayant une CV-R1  $\geq 95$  % au niveau national et  $\geq 90$  % dans tous les districts.

Les indicateurs de performance suivants sont définis dans le cadre des stratégies clés.

### Vaccination

- En janvier 2007, 70 % des États membres administrent la première dose de vaccin(s) antirougeoleux et antirubéoleux à 95 %, au minimum, aux enfants de deux ans ou moins au niveau national et/ou à 90 %, au minimum, dans tous les secteurs de premier niveau administratif ; et 60 % administrent une seconde dose de vaccin antirougeoleux à 95 %, au minimum, aux enfants au niveau national et/ou à 90 %, au minimum, dans tous les secteurs de premier niveau administratif.
- En janvier 2008, 80 % des États membres administrent deux doses de vaccin antirougeoleux et au moins une dose de vaccin antirubéoleux à 95 %, au minimum, aux enfants au niveau national et/ou à 90 %, au minimum, aux enfants dans tous les secteurs de premier niveau administratif.
- En janvier 2009, 95 % des États membres administrent deux doses de vaccin antirougeoleux et au moins une dose de vaccin antirubéoleux à 95 %, au minimum, aux enfants au niveau national et/ou à 90 %, au minimum, aux enfants dans tous les secteurs de premier niveau administratif.

### Surveillance

- En janvier 2007, 60 % des États membres satisfont à au moins 80 % des principaux indicateurs de surveillance<sup>1</sup>.
- En janvier 2008, 80 % des États membres satisfont à au moins 80 % des principaux indicateurs de surveillance.

---

<sup>1</sup> Les principaux indicateurs de surveillance et une liste complète d'indicateurs de surveillance seront disponibles dans la mise à jour des recommandations en matière de surveillance de la rougeole, de la rubéole et de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS.

- En janvier 2009, 90 % des États membres satisfont à au moins 90 % des principaux indicateurs de surveillance.
- En janvier 2010, 100 % des États membres satisfont à au moins 90 % des principaux indicateurs de surveillance.

## **Communication**

- En 2006, 35 États membres participent au niveau national ou sous-national à la Semaine européenne de la vaccination.
- En 2007, 45 États membres participent au niveau national ou sous-national à la Semaine européenne de la vaccination.
- En 2007, une stratégie de promotion de la vaccination est élaborée au niveau de la Région européenne de l’OMS.
- En 2007, 52 États membres ont élaboré et mis en place des plans de communication.
- En 2008, le Vaccine Safety Net (réseau pour la sécurité des vaccins) comprend plus de 20 sites Web agréés dans au moins neuf langues.
- En 2010, le Vaccine Safety Net (réseau pour la sécurité des vaccins) comprend plus de 25 sites Web agréés dans au moins dix langues.



## Bibliographie

1. *La vaccination dans le monde : vision et stratégie*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/vaccines/GIVS/french/french.htm>, consulté le 8 décembre 2005).
2. Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde : progrès en 1999-2003. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2005, 80(9):78-81 (<http://www.who.int/wer/2005/wer8009/fr/index.html>, consulté le 8 décembre 2005).
3. Oster N et al. International importation of measles virus – United States, 1993-2001. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 189(Suppl. 1):S48-S53.
4. King A et al. Measles elimination in Canada. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 189(Suppl. 1):S236-S242.
5. *Technical consultation on measles, rubella and congenital rubella syndrome surveillance, Copenhagen, Denmark, 12-13 April 2005*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86828.pdf>, consulté le 8 décembre 2005).
6. Robertson S et al. Rubella and congenital rubella syndrome: global update. *Pan-American Journal of Public Health*, 2003, 14(5):306-315.
7. Progrès vers l'élimination de la rougeole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne, 1990-2004. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2005, 80(8):66-71 (<http://www.who.int/wer/2005/wer8008/fr/index.html>, consulté le 8 décembre 2005).
8. *SANTÉ21. La politique-cadre de la Santé pour tous dans 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), pages 55-69 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_38?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38?language=French), consulté le 8 décembre 2005).
9. *Plan stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82100.pdf>, consulté le 8 décembre 2005).
10. Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. *Vaccine*, 2003, 21:4105-4117.
11. Filia A et al. I ricoveri per morbillo in Italia nel 2002: valutazione dell'impatto in termini di salute e di costi [Inpatient care for treatment of measles in Italy in 2002; evaluation of impact in terms of health and costs]. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 2004, 17(11) (<http://www.epicentro.iss.it/ben/2004/dicembre/1.htm>, consulté le 8 décembre 2005).

12. Hinman AR et al. Analyses économiques de la rubéole et des vaccins antirubéoleux : le point au niveau mondial. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2002, 80:264-270 ([http://www.who.int/bulletin/archives/80\(4\)264.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(4)264.pdf), consulté le 8 décembre 2005).
13. Bjerregaard P. Economic analysis of immunization programmes. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplementum*, 1991, 46:115-119.
14. Elo O. Cost-benefit studies of vaccinations in Finland. *Developments in Biological Standardization*, 1979, 43:419-428.
15. Stray-Pedersen B. Economic evaluation of different vaccination programmes to prevent congenital rubella. *NIPH Annals*, 1982, 5:69-83.
16. *Surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection in the WHO European Region*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E82183.pdf>, consulté le 8 décembre 2005).
17. *Field guide for planning and implementing supplemental immunization activities for measles and rubella*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/Document/e82636.pdf>, consulté le 8 décembre 2005).
18. Hanon FX et al. Progress toward elimination of measles and prevention of congenital rubella infection – European Region, 1990-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54(7):175-178 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5407a5.htm>, consulté le 8 décembre 2005).
19. Surveillance de l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole, réunion du Cap, 14 octobre 2003. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2004, 79:70-72 (<http://www.who.int/wer/2004/wer7907/fr/index.html>, consulté le 8 décembre 2005).
20. Sites consacrés à la sécurité des vaccins [site Web]. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/vaccine/related/20040826\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/vaccine/related/20040826_1?language=French), consulté le 8 décembre 2005).
21. Sedlak J. Surmonter les obstacles culturels à la prestation de soins de santé en Croatie. In : Ziglio E et al., eds. *Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (Études de cas en santé publique n° 1) pages 19-29 (<http://www.euro.who.int/document/e80253.pdf>, consulté le 8 décembre 2005).
22. Panagiotopoulos T, Antoniadou I, Valassi-Adam E. Increase in congenital rubella occurrence after immunization in Greece: retrospective survey and systematic review. *British Medical Journal*, 1999, 319:1462-1467.
23. Stratton K et al., eds. *Immunization safety review: measles-mumps-rubella vaccine and autism*. Washington, DC, National Academy Press, 2001, page 58 (<http://www.iom.edu/report.asp?id=4715>, consulté le 8 décembre 2005).

## Annexe 1. Nombre de cas et incidence de la rougeole, de la rubéole et du SRC (2004)

État membre	Population	Rougeole		Rubéole		SRC Nombre de cas
		Nombre de cas	Incidence pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Incidence pour 100 000 habitants	
Albanie	3 212 702	0	0	0	0	0
Allemagne	81 921 472	121	0,15	DNC	-	2
Andorre	70 684	0	0	0	0	0
Arménie	3 795 926	1 783	46,97	733	19,31	DNC
Autriche	8 053 513	15	0,19	DNC	-	DNC
Azerbaïdjan	8 238 683	827	10,04	5 796	70,35	0
Bélarus	10 023 087	2	0,02	4 492	44,82	1
Belgique	10 291 637	61	0,59	38	0,37	DNC
Bosnie-Herzégovine	4 185 901	28	0,67	43	1,03	0
Bulgarie	7 643 689	0	0	474	6,2	0
Chypre	808 871	0	0	6	0,74	0
Croatie	4 660 186	54	1,16	2	0,04	0
Danemark	5 356 974	0	0	DNC	-	0
Espagne	39 901 860	26	0,07	90	0,23	0
Estonie	1 330 408	0	0	22	1,65	0
ERY de Macédoine <sup>a</sup>	2 060 698	9	0,44	33	1,6	DNC
Fédération de Russie	142 000 000	2 444	1,72	146 220	103,09	2
Finlande	5 188 120	0	0	0	0	DNC
France	60 098 596	4 448	7,4	DNC	-	DNC
Géorgie	5 155 027	6 847	132,82	4 809	93,29	1
Grèce	10 633 783	1	0,01	2	0,02	DNC
Hongrie	9 768 626	0	0	36	0,37	1
Irlande	3 951 096	334	8,45	49	1,24	1
Islande	287 050	0	0	0	0	0
Israël	6 558 960	116	1,77	11	0,17	0
Italie	57 276 044	599	1,05	363	0,63	DNC
Kazakhstan	15 918 221	2 204	13,85	15 103	94,88	0
Kirghizistan	5 159 175	8	0,02 <sup>b</sup>	7	0,14	1
Lettonie	2 366 077	0	0	52	2,2	0
Lituanie	3 663 052	1	0,03	93	2,54	0
Luxembourg	458 358	0	0	0	0	0
Malte	396 323	4	1,01	0	0	0
Monaco	30 000	DNC	-	DNC	-	DNC
Norvège	4 537 165	7	0,15	2	0,04	0
Ouzbékistan	26 320 010	75	0,28	498	1,89	0
Pays-Bas	16 096 243	11	0,07	46	0,29	DNC
Pologne	38 465 328	11	0,03	4 857	12,63	0
Portugal	10 072 004	5	0,05	8	0,08	0
République de Moldova	4 250 415	4	0,09	170	4	0
République tchèque	10 230 243	17	0,17	31	0,3	0
Roumanie	22 212 048	117	0,53	47 444	213,6	8
Royaume-Uni	59 855 556	189	0,32	17	0,03	0
Saint-Marin	28 856	0	0	1	3,47	0
Serbie-et-Monténégro	10 490 603	11	0,1	303	2,89	DNC
Slovaquie	5 415 749	2	0,04	3	0,06	0
Slovénie	1 978 882	0	0	1	0,05	0
Suède	8 799 321	5	0,06	0	0	0
Suisse	7 157 109	39	0,54	DNC	-	0
Tadjikistan	6 255 622	4	0,06	567	9,06	DNC
Turkménistan	5 113 261	1	0,02	26	0,51	DNC
Turquie	70 357 216	8 927	12,69	DNC	-	DNC
Ukraine	47 743 184	146	0,31	31 606	66,2	DNC

DNC = données non communiquées

<sup>a</sup> Ex-République yougoslave de Macédoine.

<sup>b</sup> L'incidence ne tient pas compte de sept cas, qui ont été importés.

Source : données communiquées par les États membres sur les formulaires de notification annuelle OMS/UNICEF, 2005.

## **Annexe 2. Résolution EUR/RC55/R7 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, cinquante-cinquième session, 2005**

### **Renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS**

#### **Le Comité régional,**

Rappelant les objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies et les *Orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents*, qui citent la vaccination comme l'une des stratégies visant à lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants de moins de cinq ans et contribuant à combattre les problèmes de pauvreté chez les populations à haut risque et vulnérables, les recommandations de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (2002) et les résolutions WHA56.20, WHA56.21 et WHA58.15 de l'Assemblée mondiale de la santé, portant respectivement sur la réduction de la mortalité par rougeole, sur la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, et sur le projet de stratégie mondiale de vaccination ;

Reconnaissant que la vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces par rapport à son coût et que, depuis des dizaines d'années, les programmes de vaccination font partie intégrante des systèmes de santé publique et constituent l'une des mesures de prévention essentielles dans le cadre des soins de santé primaires de la Région européenne ;

Reconnaissant que la certification de l'éradication de la poliomyélite, en 2002, a été le résultat d'activités menées de concert par l'ensemble des États membres de la Région afin de veiller à ce que tous les enfants soient protégés par la vaccination et qu'un dispositif performant doit être maintenu pour la surveillance du virus de la poliomyélite jusqu'à la proclamation de l'éradication de cette maladie dans le monde entier ;

Conscient des résultats obtenus dans la lutte contre les maladies grâce à la mise en place de programmes de vaccination performants, mais aussi de la nécessité de leur accorder une attention suivie et un soutien ferme pour conserver ces acquis et enregistrer de nouveaux progrès, y compris par l'introduction de nouveaux vaccins à l'efficacité scientifiquement démontrée ;

Gardant à l'esprit le fait qu'il y a, dans la Région européenne, des populations à haut risque et vulnérables qui ne bénéficient toujours pas d'une couverture vaccinale adéquate vu leur accès restreint à des services de soins primaires, et ce pour des raisons géographiques, culturelles, ethniques ou socioéconomiques, ainsi qu'à cause d'une méfiance infondée à l'égard des vaccinations ;

Proclamant que les enfants ont droit au niveau de santé le plus élevé qu'il est possible d'atteindre, ainsi qu'à un accès équitable aux systèmes de santé, et qu'il est nécessaire d'obtenir et de maintenir un taux de couverture élevé en matière de vaccins de l'enfance afin d'assurer la protection de tous les enfants et de limiter autant que possible la transmission des maladies ;

Faisant observer que la réduction de la mortalité par la rougeole facilitera la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le monde et que la rubéole est une cause reconnue et évitable de graves anomalies congénitales ;

Convenant que la rougeole et la rubéole peuvent être éradiquées dans la Région européenne de l'OMS et que la rubéole congénitale peut être prévenue par l'administration systématique d'un vaccin multivalent RR suivant un calendrier à deux doses dans le cadre des programmes de vaccination des enfants, par la mise en place et le maintien d'une couverture vaccinale étendue et par un ciblage des populations à risque, dont les femmes en âge de procréer ;

Ayant examiné le document EUR/RC55/6 sur la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents et le document EUR/RC55/7 sur le renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS ;

1. PRIE INSTAMMENT les États membres :

- a) de s'engager en faveur des objectifs d'éradication de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale pour 2010 et d'en faire l'une de leurs grandes priorités ;
- b) de mettre en place des programmes de vaccination systématique en atteignant et en maintenant une couverture vaccinale infantile étendue et en veillant à ce que tous les enfants, adolescents et femmes en âge de procréer aient également accès à des services de vaccination sûrs, de haute qualité ;
- c) de veiller à ce que le niveau de surveillance soit suffisant pour concrétiser durablement les objectifs d'éradication, notamment par le recours aux réseaux de laboratoires requis pour la rougeole, la rubéole, la rubéole congénitale et la poliomyélite ;
- d) d'apporter leur soutien, si nécessaire, à l'organisation d'une semaine de la vaccination dans la Région pour une action de sensibilisation visant à favoriser la vaccination ;
- e) d'encourager les partenariats indiqués, y compris des plans en vue d'une coopération intersectorielle, avec les organismes publics et intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales et autres partenaires compétents, dont le secteur privé et les entreprises, afin d'assurer le renforcement des services de vaccination systématique et la concrétisation des objectifs d'éradication ;

2. INVITE le directeur régional :

- a) à soutenir et préconiser des efforts conjugués avec les États membres, les organismes publics et intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales et autres partenaires compétents afin de consacrer des ressources au renforcement des systèmes

- nationaux de vaccination systématique, à la concrétisation des objectifs d'éradication de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale, ainsi qu'à l'organisation d'une semaine de la vaccination dans la Région ;
- b) à donner aux États membres une orientation stratégique et des conseils techniques comme exposé dans « La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 », et ce afin de les épauler dans le renforcement des systèmes nationaux de vaccination systématique, notamment une analyse des raisons de l'insuffisance de la couverture vaccinale et l'introduction de nouveaux vaccins et technologies, ainsi que dans la concrétisation des objectifs d'éradication ;
  - c) à travailler en partenariat avec les autres régions de l'OMS pour faciliter la communication et l'utilisation de méthodes communes, lorsque cela est approprié, concernant la réalisation des objectifs d'élimination ;
  - d) à présenter un rapport d'avancement au Comité régional lors de sa cinquante-huitième session, en 2008.

### Annexe 3. Politiques nationales de vaccination contre la rougeole et la rubéole (2005) et couverture vaccinale notifiée (2004)

État membre	Vaccin utilisé en 1 <sup>ère</sup> dose	Âge à la 1 <sup>ère</sup> dose	CV-R1 (%)	Vaccin utilisé en 2 <sup>e</sup> dose	Âge à la 2 <sup>e</sup> dose	CV-R2 (%)
Albanie	ROR	1 an	96,2	ROR	5 ans	95,7
Allemagne	ROR	11-14 mois	92,5	ROR	15-23 mois	50,9
Andorre	ROR	15 mois	97,6	ROR	5 ans	DNC
Arménie	ROR	1 an	91,5	ROR	6 ans	94,4
Autriche	ROR	1-2 ans	73,5	ROR	1-2 ans	47,4
Azerbaïdjan	ROR	12 mois	98,4	ROR	6 ans	97,8
Bélarus	ROR	12 mois	99	ROR	6 ans	98,5
Belgique	ROR	1 an	82,2	ROR	10-13 ans	DNC
Bosnie-Herzégovine	ROR	2 ans	88	ROR (rubéole filles)	6-7 ans (14 ans)	88
Bulgarie	ROR	13 mois	94,7	ROR	12 ans	90,8
Chypre	ROR	13 mois	86,3	ROR	4-6 ans	DNC
Croatie	ROR	1 an	95,7	ROR	6 ans et 10 ans	97,8
Danemark	ROR	15 mois	96	ROR (rubéole filles)	12 ans (moins de 18 ans)	88
Espagne	ROR	12-15 mois	97,3	ROR	3-6 ans	91,2
Estonie	ROR	1 an	95,5	ROR	13 ans	97,2
Érythrée	ERY de Macédoine <sup>a</sup>	13 mois	96,4	ROR (rubéole)	7 ans (14 ans)	94,8
Fédération de Russie	Rougeole/rubéole	12 mois	98,4/92	Rougeole	6 ans	96,8
Finlande	ROR	14-18 mois	97	ROR	8 ans	DNC
France	ROR	12 mois	86	ROR	13-24 mois	86
Géorgie	ROR	1 an	86	ROR	5 ans et 13 ans	75
Grèce	ROR	15 mois	88	ROR	4-6 ans	DNC
Hongrie	ROR	15 mois	99,9	ROR	11 ans	99,7
Irlande	ROR	12-15 mois	81,1	ROR	4-5 ans	DNC
Islande	ROR	18 mois	93	ROR	12 ans	89
Israël	ROR	12 mois	95	ROR	6 ans	DNC
Italie	ROR	12-15 mois	84	ROR	5-12 ans	DNC
Kazakhstan	ROR	1 an	98,9	ROR (rubéole)	6-7 ans (15 ans)	100
Kirghizistan	ROR	12 mois	99,3	RR	6 ans	98,1
Lettonie	ROR	15 mois	98,7	ROR	7 ans	92,4
Lituanie	ROR	15 mois	97,7	ROR	6 ans et 12 ans	93,4
Luxembourg	ROR	15 mois	91	ROR	5 ans	DNC
Malte	ROR	15 mois	87,4	ROR	7 ans	DNC
Monaco	ROR	12 mois	99	ROR	13-24 mois	DNC
Norvège	ROR	15 mois	88	ROR	12 ans	90
Ouzbékistan	Rougeole	12 mois	98,5	Rougeole	6 ans	98,6
Pays-Bas	ROR	14 mois	96,3	ROR	9 ans	97,7
Pologne	ROR	13-14 mois	97,4	Rougeole (rubéole filles)	7 ans (13 ans)	48,5
Portugal	ROR	15 mois	94,8	ROR	5-6 ans	DNC
République de Moldova	ROR	12 mois	96,3	ROR	6-7 ans	97,8
République tchèque	ROR	15 mois	96,9	ROR	21 mois	96,9
Roumanie	ROR	12-15 mois	97,1	ROR (rubéole filles)	7 ans (14 ans)	96,5
Royaume-Uni	ROR	13 mois	81	ROR	3-5 ans	76
Saint-Marin	ROR	15-16 mois	97,5	ROR	5-6 ans	95,6
Serbie-et-Monténégro	ROR	12 mois	95,7	ROR	12 ans	96,4
Slovaquie	ROR	14 mois	98	ROR	11 ans	98
Slovénie	ROR	12 mois	94	ROR	6 ans	DNC
Suède	ROR	18 mois	94,5	ROR	12 ans	95,2
Suisse	ROR	12 mois	82	ROR	15-24 mois	DNC
Tadjikistan	Rougeole	12 mois	99	Rougeole	6 ans	97,8
Turkménistan	Rougeole	12-15 mois	97,3	Rougeole	6 ans	90
Turquie	Rougeole	9 mois	81	Rougeole	6 ans	97
Ukraine	ROR	12-15 mois	99	ROR (rubéole filles)	6 ans et 11 ans (15 ans)	97

DNC = données non communiquées

<sup>a</sup> Ex-République yougoslave de Macédoine.

Source : données communiquées par les États membres sur les formulaires de notification annuelle OMS/UNICEF, 2005.

## Annexe 4. Les oreillons dans la Région européenne de l'OMS

Les oreillons sont une maladie systémique caractérisée par le gonflement d'une ou de plusieurs glandes salivaires, généralement des parotides. Environ 5 % des personnes atteintes de cette maladie présentent des signes cliniques d'une infection du système nerveux central. L'orchite est une complication courante après la puberté, mais elle entraîne rarement une stérilité. Dans le cadre de la politique de la SANTÉ21, l'OMS a défini, en matière de lutte contre les oreillons, l'objectif de moins d'un cas pour 100 000 habitants à l'horizon 2010.

### Surveillance des oreillons

Les États membres communiquent à l'OMS le nombre total de cas d'oreillons pour une année donnée par le biais des formulaires de notification annuelle OMS/UNICEF. L'OMS a publié des définitions de cas pour les oreillons<sup>1</sup>, mais on ignore combien de cas, parmi ceux déclarés, ont été confirmés en laboratoire. Le réseau de laboratoires pour la rougeole et la rubéole de la Région européenne n'effectue pas actuellement de tests sur les oreillons. Il n'existe pas de dispositif chargé de recueillir systématiquement des informations sur les épidémies d'oreillons.

### Programmes de vaccination

Cinquante (96 %) des 52 États membres de la Région européenne utilisent le vaccin anti-ourlien ; 47 utilisent le vaccin ROR (annexe 3) et 47 ont un programme de vaccination systématique anti-ourlienne en deux doses. Les vaccins anti-ourliens sont élaborés à partir des souches Jeryl Lynn, Leningrad-3, Leningrad-Zagreb, RIT 4385 et Urabe. Au moins trois États membres d'Europe occidentale ont précédemment utilisé la souche Rubini, qui n'offre pas de protection à long terme, selon les résultats des études. Une note d'information de l'OMS sur les vaccins anti-ourliens a été publiée en 2001<sup>2</sup>.

### Épidémiologie de la maladie

Le nombre de cas d'oreillons déclarés par an dans la Région européenne depuis 1990 varie entre 172 498 (en 2002) et 618 541 (en 1998) (fig. 1). En 2004, 252 472 cas ont été notifiés par 46 pays. On observe de nettes différences entre les États membres en matière d'incidence des oreillons (fig. 2), les pays nordiques enregistrant les taux les plus bas (0,19 pour 100 000).

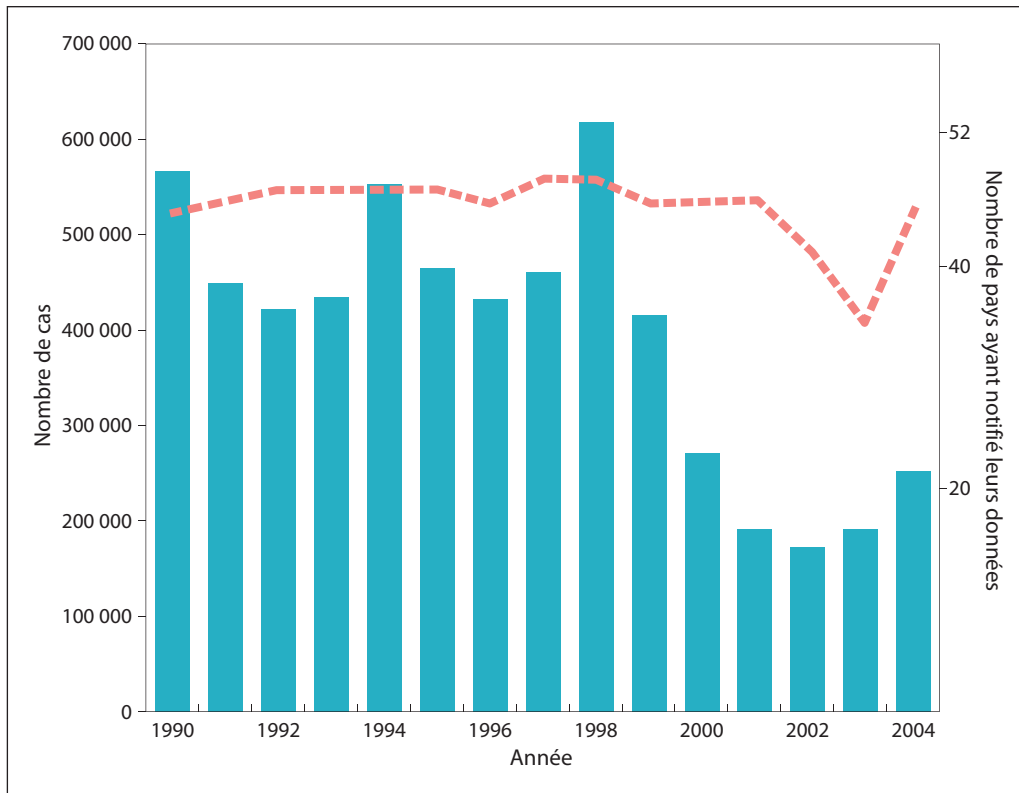
---

<sup>1</sup> WHO-recommended standards for surveillance of selected vaccine-preventable diseases. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (document WHO/EPI/GEN/98.01) (<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF03/www742.pdf>, consulté le 7 décembre 2005).

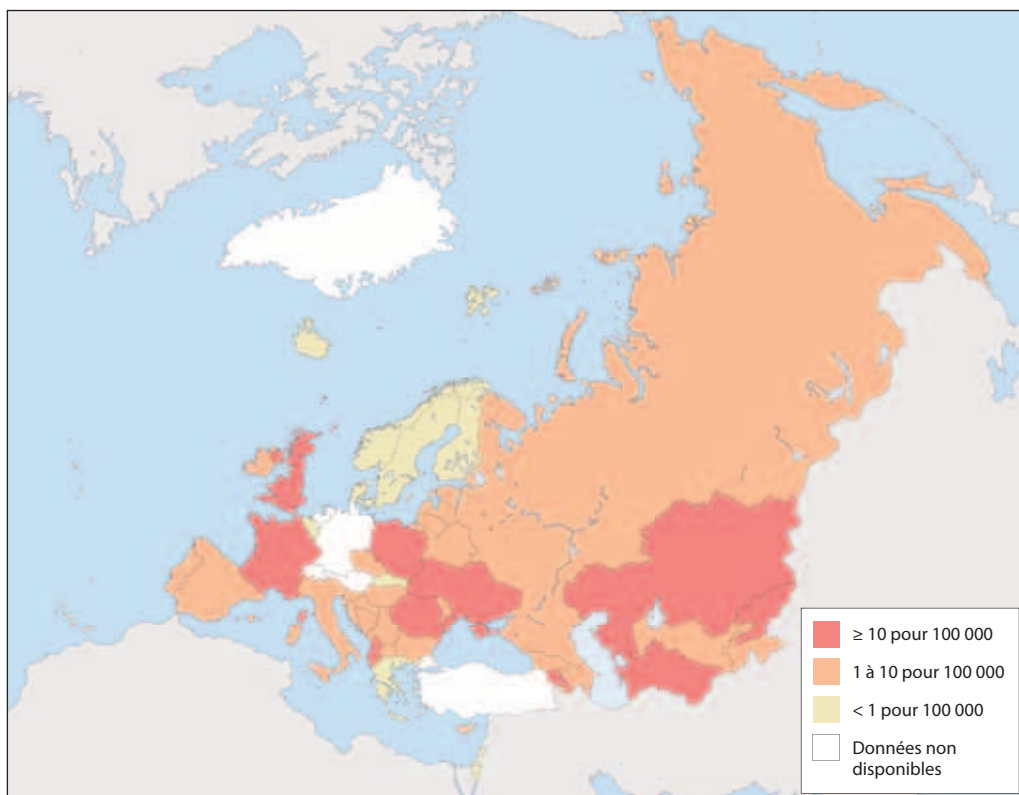
<sup>2</sup> Vaccins anti-ourliens. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2001, 76(45):346-355 (<http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2001/wer7645.pdf>, consulté le 7 décembre 2005).



**Figure 1.**  
Nombre de cas d'oreillons dans la Région européenne de l'OMS et nombre de pays ayant notifié leurs données



**Figure 2.**  
Incidence des oreillons dans la Région européenne de l'OMS, 2004



## Annexe 5. Glossaire

**Activités de vaccination supplémentaire** – Ces activités visent toutes les personnes d'un groupe d'âge ou d'un groupe à risque déterminé et ont pour but de toucher une proportion importante des sujets à risque. Elles sont habituellement menées dans une zone géographique étendue (par exemple une province ou un pays) afin de réduire le nombre de personnes exposées au risque d'infection. L'examen du carnet de vaccination et/ou l'anamnèse ne sont pas nécessaires.

**Autorité de réglementation nationale** – Service administratif dont la mission principale est de vérifier que tous les produits médicaux (médicaments, vaccins, produits sanguins et autres produits biologiques) et appareils médicaux présentent une qualité, une sûreté et une efficacité satisfaisantes et qu'ils sont accompagnés des informations permettant d'en faire un usage rationnel.

**Cas importé** – Maladie à laquelle une personne a vraisemblablement été contaminée dans une autre zone géographique où cette maladie est présente, et dont la période d'incubation coïncide avec la date de l'exposition. Le géotype viral du cas importé doit correspondre au lien épidémiologique suggéré.

**Couverture par le vaccin antirougeoleux** – Les États membres notifient la couverture vaccinale par la première dose (CV-R1) et la couverture vaccinale par la deuxième dose (CV-R2) sur le formulaire de notification annuelle OMS/UNICEF. La CV-R1 est généralement notifiée à l'âge de 24 mois. L'âge auquel la CV-R2 est évaluée varie d'un point à l'autre de la Région européenne en raison des différences quant à l'âge auquel cette dose est administrée.

**Élimination (de la rougeole et de la rubéole)** – Situation où il ne peut pas y avoir de transmission prolongée du virus et où la propagation secondaire du virus importé est interrompue de manière naturelle sans aucune intervention.

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

**Réseau de laboratoires pour la rougeole et la rubéole de la Région européenne** – Réseau de laboratoires nationaux désignés par les États membres et bénéficiant du soutien des laboratoires de référence régionaux et mondiaux, eux-mêmes désignés et coordonnés par l'OMS.

**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 normal ou d'un enfant présentant l'ensemble des manifestations du SRC ou uniquement certaines d'entre elles.

**Surveillance (santé publique)** – Collecte, analyse, interprétation et diffusion continues et systématiques des données qui ont trait à un événement sanitaire et qui permettront de prendre des mesures de santé publique visant à une diminution de la morbidité et de la mortalité et à une amélioration de la santé.

**Surveillance (sentinelle)** – Surveillance basée sur un échantillon de la population choisi pour être représentatif de la situation de certains groupes.

**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 anomalies suivantes : cardiopathie, cécité, déficience auditive, retard de développement ou arriération mentale.

**Vaccin antirougeoleux** – Vaccin contenant uniquement le virus de la rougeole ou également celui de la rubéole (RR) ou de la rubéole et des oreillons (ROR).

**Vaccination systématique** – Offre régulière de services de vaccination à des cohortes successives dans des installations permanentes ou temporaires, sur le terrain et par des équipes mobiles, avec examen systématique des carnets de vaccination.

## 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  
Courriel : [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

La vaccination permet de sauver des vies. C'est la raison pour laquelle le renforcement des systèmes nationaux de vaccination constitue un but important dans la Région européenne de l'OMS.

En 2002, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé un plan stratégique en vue d'éradiquer la rougeole et de prévenir l'infection de rubéole congénitale. L'élimination de la rubéole a été rajoutée aux objectifs du plan en 2005.

Selon ce rapport, les progrès déjà réalisés à cet égard laissent présager que les objectifs pourront être atteints. Il définit les stratégies et les actions prioritaires que les pays doivent adopter si l'on veut atteindre les buts fixés d'ici 2010.



### Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

### États membres

Albanie  
Allemagne  
Andorre  
Arménie  
Autriche  
Azerbaïdjan  
Biélorus  
Belgique  
Bosnie-Herzégovine  
Bulgarie  
Chypre  
Croatie  
Danemark  
Espagne  
Estonie  
Ex-République yougoslave  
de Macédoine  
Fédération de Russie  
Finlande  
France  
Géorgie  
Grèce  
Hongrie  
Irlande  
Islande  
Israël  
Italie  
Kazakhstan  
Kirghizistan  
Lettonie  
Lituanie  
Luxembourg  
Malte  
Monaco  
Norvège  
Ouzbékistan  
Pays-Bas  
Pologne  
Portugal  
République de Moldova  
République tchèque  
Roumanie  
Royaume-Uni  
Saint-Marin  
Serbie-et-Monténégro  
Slovaquie  
Slovénie  
Suède  
Suisse  
Tadjikistan  
Turkménistan  
Turquie  
Ukraine

ISBN 92-890-2382-1



9 789289 023825