

P R O G R A M M E

É L A R G I D E

V A C C I N A T I O N



La lutte contre la rougeole
dans les années 1990:
Plan d'action pour la lutte mondiale
contre la rougeole



O R G A N I S A T I O N

M O N D I A L E

D E L A S A N T É

L'OMS tient à remercier l'USAID de la
subvention numéro DPE 5982 G 00 1007 00
qui a servi à soutenir ce travail

(C) Organisation mondiale de la
Santé

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

TABLE DES MATIERES

- I. INTRODUCTION
 - 1. Généralités
 - 2. Accélération du PEV
 - 3. Maintien des acquis
 - 4. Plan de lutte contre la rougeole

- II. PLAN D'ACTION MONDIAL 1991-1995
 - 1. But mondial pour la rougeole
 - 2. Objectifs de la lutte contre la rougeole
 - 3. Composantes du plan d'action pour la lutte contre la rougeole
 - 4. Tâches du PEV/OMS

- III. MESURE DES OBJECTIFS DE LA LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE
 - 1. Surveillance
 - 2. Couverture
 - 3. Nombre de cas observés
 - 4. Nombre de décès observés
 - 5. Taux de létalité

- IV. ANALYSE DE LA SITUATION
 - 1. Incidence de la maladie
 - 2. Couverture
 - 3. Evolution épidémiologique

- V. STRATEGIES D'EXTENSION ET DE MAINTIEN DE LA COUVERTURE
 - 1. Cible primaire
 - 2. Groupes cibles secondaires
 - 3. Groupes et zones à haut risque
 - 4. Schéma de vaccination en deux doses
 - 5. Occasions manquées
 - 6. Stratégies de prestations

- VI. SURVEILLANCE ET CONTROLE CONTINU
 - 1. Surveillance dans le cadre du PEV
 - 2. Activités de surveillance

3. Informations à recueillir
4. Utilisation des données de la surveillance
5. Indicateurs qualitatifs
6. Mesures à prendre en cas de flambée

VII. ASPECTS TECHNIQUES

1. Le vaccin approprié
2. La perspective de la vaccination avant l'âge de 9 mois
3. Schéma de vaccination

VIII. ACTIVITES D'APPUI

1. Chaîne du froid
2. Formation
3. Diffusion de l'information
4. Messages ciblés
5. Encadrement
6. Recherche

IX. TRAITEMENT

X. RESPONSABILITES

1. L'Equipe mondiale
2. L'OMS au niveau mondial
3. Les Régions de l'OMS
4. Les activités au niveau des pays

XI. BESOINS FINANCIERS

XII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

APPENDICE

1. Définition du cas de rougeole
2. Thèmes de recherche sur la rougeole

I. INTRODUCTION

1.1 Généralités

Dans le cadre d'une vaste initiative pour laquelle la première échéance a été fixée à 1995, le PEV a été invité par l'Assemblée mondiale de la Santé à relever le défi de la lutte contre la rougeole, maladie cible du PEV dont l'impact sur la santé des enfants est le plus grave. Compte tenu de son influence sur la vie de millions de jeunes enfants, notamment dans les pays en développement, il est urgent de continuer à faire régresser l'incidence de la rougeole. C'est pour cette raison que l'Assemblée mondiale de la Santé a demandé de réduire de 90 % l'incidence de la rougeole d'ici 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination. Or, ce but ne pourra être atteint et le résultat maintenu que moyennant une accélération de l'ensemble du PEV.

Avant le lancement du PEV, on estimait qu'il se produisait chaque année 130 millions de cas de rougeole et environ 3 millions de décès dus à cette maladie. En l'absence de vaccination, presque tous les enfants contractent la rougeole. Le PEV a permis de réduire de façon spectaculaire la morbidité et la mortalité rougeoleuses. On évalue à environ 80 % la proportion des enfants de moins d'un an dans le monde qui ont été vaccinés contre la rougeole en 1990.

D'après les estimations du nombre total de cas de rougeole survenus dans le monde en développement en 1990, 29 millions de cas se sont produits dont 880 000 mortels. On voit donc que la rougeole est responsable de plus de décès que toute autre maladie visée par le PEV. Parmi les complications de la rougeole figurent la diarrhée, la pneumonie, l'otite moyenne, la cécité et l'encéphalite, qui fait chaque année des milliers de handicapés parmi les enfants.

La rougeole n'est pas seulement une maladie aiguë qui entraîne décès ou complications; on connaît de mieux en mieux son impact à plus long terme. Pendant des mois après la maladie aiguë, les effets de l'atteinte rougeoleuse se reflètent dans la diminution des taux de survie des nourrissons infectés. Les enfants contaminés par le virus de la rougeole peuvent survivre à la maladie aiguë mais ils risquent beaucoup plus que les autres enfants non contaminés de mourir d'autres causes dans les mois qui suivent. Plus l'enfant est jeune au moment où il contracte la maladie, plus l'effet est sensible sur cette mortalité retardée. Il est donc impératif de protéger les enfants au plus jeune âge possible. L'impact réel de l'infection due au virus de la rougeole est beaucoup plus grave que ce qu'indique le nombre des décès par maladie aiguë généralement attribués à la rougeole, de sorte que la lutte contre cette maladie revêt un caractère de priorité absolue.

1.2 Accélération du PEV

L'intensification de la lutte contre la rougeole doit se faire dans le contexte plus large de l'accélération du PEV et de l'instauration des soins de santé primaires (SSP). La poliomyélite a été choisie comme cible d'une action d'éradication d'ici l'an 2000 et des progrès remarquables sont enregistrés dans toutes les régions. Il est prévu d'éliminer le tétanos néonatal d'ici 1995 et les progrès dans ce sens ont été rapides, en particulier dans les régions africaines.

L'une des raisons du choix de la lutte contre la rougeole est qu'elle peut servir d'indicateur pour la lutte contre d'autres maladies cibles puisque le vaccin antirougeoleux est le dernier à être administré dans le cadre du schéma PEV actuel. Si l'on arrive à réduire sensiblement l'incidence des cas de rougeole signalés, il est très vraisemblable que d'autres maladies cibles du PEV seront maîtrisées elles aussi.

De plus, le système de surveillance est à peu près le même pour la rougeole et pour d'autres maladies à déclaration obligatoire. La notification de la coqueluche et de la diphtérie est sans doute plus compliquée à cause de la difficulté à poser un diagnostic clinique. La rougeole est généralement plus facile à reconnaître, de sorte que les cas ont plus de chance d'être signalés. Il est probable qu'une amélioration de la notification des cas de rougeole contribuera à une amélioration de la notification d'autres maladies infectieuses.

1.3 Maintien des acquis

En dernière analyse, le but est l'éradication du virus de la rougeole dans le monde entier. Il n'a pas encore été fixé de date pour l'éradication, et il est vraisemblable que le virus de la rougeole continuera dans l'avenir immédiat à survivre. Non seulement, tout relâchement des efforts de lutte risque de freiner les progrès dans la réduction des cas de maladie, mais il peut se produire une résurgence de cas. Le virus de la rougeole pourrait amorcer un retour et contaminer tous ceux (quel que soit leur âge) qui n'ont pas encore été infectés et ne sont pas immunisés. Pour des raisons épidémiologiques aussi bien qu'humanitaires, les activités de lutte contre la rougeole doivent être maintenues dans le long terme. Il faut également situer ce type d'initiative dans le contexte plus large du maintien de l'ensemble du PEV pour maîtriser d'autres maladies cibles et renforcer les SSP.

Dans de nombreux pays en développement, il faudra s'assurer des sources d'appui extérieures dans l'avenir prévisible pour améliorer les efforts de surveillance afin d'atteindre et maintenir une couverture élevée. Dans les

pays les moins avancés, il faudra sans doute un appui pour financer des dépenses de fonctionnement.

1.4 Eradication et plans de lutte contre la rougeole

Si l'éradication est bien évidemment le but à atteindre, il y a cependant de nombreuses étapes intermédiaires avant de pouvoir éliminer cette maladie. Pour le moment, le but mondial est la réduction du nombre de cas comme prélude à l'éradication. On a encore beaucoup à apprendre en ce qui concerne la lutte contre la rougeole, particulièrement dans la perspective de l'éradication.

La Région européenne s'est fixé pour cible la disparition des cas indigènes de rougeole d'ici l'an 2000. En avril 1990, les pays anglophones de la région des Caraïbes ont, avec l'appui de l'OPS/OMS, adopté un plan d'action pour l'élimination de la transmission indigène du virus de la rougeole dans leur sous-région d'ici 1995. Leur expérience devrait permettre de dégager des voies d'approche nouvelles.

II. PLAN D'ACTION MONDIAL 1991-1995

2.1 But mondial pour la rougeole

La résolution WHA 27.57, adoptée en mai 1974 par l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) a jeté les bases du PEV. Entre autres politiques du programme énoncées, le but du PEV est d'assurer la vaccination de tous les enfants du monde (résolution WHA30.53, 1977), la cible actuelle étant une couverture de 90 % d'ici l'an 2000 par tous les vaccins. En 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a fixé un but précis pour la lutte contre la rougeole :

- Réduire de 90 % l'incidence de la rougeole d'ici 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination.

En septembre 1990, des chefs d'Etat et d'autres dirigeants se sont réunis à l'occasion du Sommet mondial pour l'enfance, qui a adopté la Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant, ainsi qu'un Plan d'action pour l'application de la Déclaration mondiale. Dans cette Déclaration étaient énoncés plusieurs objectifs concernant les enfants, notamment l'objectif C (iii) qui concerne plus précisément la rougeole :

"Réduire de 95 % la mortalité due à la rougeole et de 90 % l'incidence de la rougeole d'ici 1995, par rapport aux niveaux observés avant la vaccination est l'étape majeure pour l'éradication totale de la maladie à long terme".

2.2 Objectifs de la lutte contre la rougeole

Pour atteindre le but mondial en ce qui concerne la rougeole, le PEV a fixé à la lutte antirougeoleuse plusieurs objectifs:

- *D'ici 1995, tous les pays disposeront d'un système de surveillance de la maladie capable de notifier à temps les cas de rougeole dans tous les districts.*
- *D'ici 1995, une couverture vaccinale antirougeoleuse d'au moins 90 % aura été atteinte pour les enfants âgés au plus d'un an au niveau du pays, de la région et du district.*
- *D'ici 1995, les taux de létalité par rougeole seront tombés à moins de 1 % dans tous les pays.*

Si le but ultime de la lutte contre la rougeole est l'éradication, les stratégies optimales pour y parvenir n'ont toutefois pas encore été définies. Les enseignements tirés de l'expérience des pays et régions qui se sont déjà lancés dans une action d'élimination pourraient constituer la base des stratégies mondiales d'éradication.

2.3 Composantes du plan d'action pour la lutte contre la rougeole

Foster et al¹ ont défini des stratégies pour atteindre l'objectif fixé pour la lutte contre la rougeole d'ici 1995. Parallèlement, le programme élargi de vaccination propose un plan d'action mondial composé de deux grands volets :

- continuer à renforcer l'aptitude des programmes nationaux à vacciner les enfants avec tous les vaccins appropriés et à assurer d'autres services SSP;
- mettre en oeuvre des stratégies de lutte antirougeoleuse distinctes d'autres activités déjà entreprises.

¹ Foster S. O., McFarland D., John M. Measles. Health Sector Review Priorities. Division de la Population, de la Santé et de la Nutrition, Population et Ressources humaines, Banque mondiale, Washington DC 20433, juillet 1991.

2.3.1 Continuer à renforcer l'aptitude des programmes nationaux à vacciner les enfants avec tous les vaccins appropriés et à assurer d'autres services SSP

- Repérer et vacciner tous les enfants concernés dans les zones des groupes à haut risque, notamment les pauvres des villes (voir section 5).
- Développer un système complet de surveillance générale de la maladie qui servira d'outil de lutte pour tous les rapports (Voir section 6).
- Atténuer le phénomène des occasions manquées de vaccination (voir section 5.5).
- Développer une communication et une participation sociale appropriées. Il faudra faire participer les communautés à la surveillance de la maladie et aux activités de lutte pour pouvoir atteindre et maintenir les buts de la lutte antirougeoleuse (voir section 8).

2.3.2 Mettre en oeuvre des stratégies de lutte antirougeoleuse distinctes d'autres activités déjà entreprises

- Etendre et maintenir la couverture vaccinale antirougeoleuse dans tous les districts et communautés chez les enfants de moins d'un an en ayant recours aux stratégies qui ont le plus fort impact sur l'interruption de la transmission du virus de la rougeole dans les populations urbaines (voir section 5).
- Réduire à un minimum la mortalité par la rougeole en soignant énergiquement les complications de cette maladie (voir section 9.1).
- Fournir des suppléments de vitamine A lors de la vaccination dans les zones où il y a carence en vitamine A (voir section 9.2).
- Soigner les cas de rougeole à la vitamine A dans les zones où il y a carence en vitamine A (voir section 9.3).

2.4 Tâches du PEV/OMS

Pour mettre en oeuvre les composantes ci-dessus du plan d'action, le PEV à Genève devra entreprendre les activités suivantes en collaboration étroite avec l'UNICEF et les autres partenaires de longue date :

- Mettre au point à l'intention des administrateurs des programmes nationaux des lignes directrices qui leur permettront d'entreprendre les activités de lutte contre la rougeole (voir section 10.2).
- Elaborer et expérimenter de nouvelles stratégies de lutte contre la rougeole en insistant particulièrement sur l'interruption de la transmission du virus de la rougeole dans les zones urbaines très peuplées (voir section 10.2).
- Veiller à ce que tous les pays soient approvisionnés en vaccin anti-rougeoleux approprié (voir section 10.2).
- Encourager la mise au point et l'expérimentation de nouveaux vaccins antirougeoleux pouvant être administrés à des enfants plus jeunes (voir section 8.6 et appendice 2).
- Catalyser l'appui des donateurs à l'initiative de lutte contre la rougeole de façon à renforcer l'ensemble du programme de vaccination (voir section 11.1).

III. MESURES DES OBJECTIFS DE LA LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE

3.1 Surveillance

Il faudra développer davantage les méthodes de surveillance pour pouvoir mesurer les progrès réalisés en vue des buts effectivement fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé.

3.2 Couverture

Une couverture vaccinale élevée étant fondamentale pour la réduction du nombre de cas de rougeole, l'un des principaux buts secondaires est d'arriver à des taux de couverture de 90 % ou plus. Les outils dont disposent actuellement les administrateurs de programme permettent d'obtenir des estimations assez précises de la couverture vaccinale. Il est évident que les pays pourront arriver à maîtriser la rougeole dans certaines conditions épidémiologiques (par exemple des zones peu peuplées) avec une couverture inférieure à 90 %.

3.3 Nombre de cas observés

La mesure du nombre de cas de rougeole est un indicateur primaire permettant d'évaluer les tendances de la lutte contre la rougeole.

Il n'est pas toujours facile de dénombrer les cas en raison des carences des systèmes de surveillance et de la proportion de cas relativement faible que voient les centres de santé. D'autre part, l'existence de cas larvés peut compliquer la situation. Des progrès sont nécessaires dans ce domaine.

En dernière analyse, le succès d'un programme d'éradication dépend de l'aptitude du système de surveillance à déceler TOUS les cas de rougeole.

3.4 Nombre de décès observés

Tout décès par rougeole devrait être l'occasion de faire comprendre au grand public et aux responsables de la santé l'importance de la vaccination anti-rougeoleuse. Il est extrêmement difficile sur le plan technique d'identifier les décès dus à la rougeole, et les taux de létalité attribuables à l'infection par le virus de la rougeole varient considérablement. Les enquêtes sur les flambées peuvent être une bonne occasion d'évaluer la mortalité rougeoleuse.

3.5 Taux de létalité

Le PEV/OMS a pour responsabilité de suivre les progrès réalisés en vue des buts mondiaux. Dans les pays qui disposent d'un bon système de surveillance capable de signaler avec exactitude les décès dus à la rougeole, les rapports nationaux serviront à suivre les progrès. Dans les pays qui ne sont pas encore en mesure de signaler avec exactitude les décès dus à la rougeole, cette mortalité sera mesurée à l'aide des valeurs les plus appropriées concernant l'efficacité du vaccin et les taux de létalité.

Bien que la mesure des taux de létalité à l'hôpital donne des résultats faussés qui ne sont pas adaptés au calcul du nombre de décès dû à la rougeole survenant dans un pays, la mesure directe du taux de létalité peut être utile à l'hôpital pour mesurer l'amélioration de la prise en charge des cas.

Même si des cas de rougeole continuent à se produire au-delà de 1995, on pourra atténuer l'impact de la maladie grâce à une réduction du taux de létalité. Cet aspect du programme de lutte contre la rougeole sera important jusqu'à ce que l'éradication soit réalisée (voir le Chapitre IX relatif au traitement). Les taux de létalité reflètent l'aptitude du pays à assurer aux enfants atteints de rougeole aiguë des soins de santé primaires adéquats.

IV. ANALYSE DE LA SITUATION

4.1 Incidence de la maladie

Le nombre de cas de rougeole signalés à l'OMS a diminué depuis l'introduction des premiers vaccins antirougeoleux dans les années 1960. On trouvera à la figure 1 le nombre de cas de rougeole signalés chaque année pendant la période 1974-1989. Certains pays, tant industrialisés qu'en développement, ont enregistré une réduction de plus de 99 % de l'incidence des cas signalés. Toutefois, ces dernières années, le nombre de cas a augmenté dans certains de ces pays, encore qu'il se situe bien en deçà des niveaux observés avant la vaccination. C'est surtout parmi les enfants d'âge préscolaire que les flambées se sont produites, pour diverses raisons. Dans les pays en développement, la rougeole reste endémique presque partout et l'on signale que la plupart des cas surviennent chez des enfants de moins de 5 ans, avec des taux allant jusqu'à 25 % chez les enfants de moins de 9 mois.

4.2 Couverture

En 1982, quasiment tous les pays avaient intégré le vaccin antirougeoleux dans leurs programmes de vaccination. Depuis 1983, la couverture vaccinale antirougeoleuse a augmenté chaque année de sorte qu'en 1990, on évaluait à 80 % le taux global de couverture vaccinale antirougeoleuse pour les enfants de moins d'un an (figure 2). Toutefois, les taux de couverture varient beaucoup d'une région et d'un pays à l'autre. C'est ainsi que, dans la moitié des pays africains, le taux de couverture est inférieur à 60 %.

4.3 Evolution épidémiologique

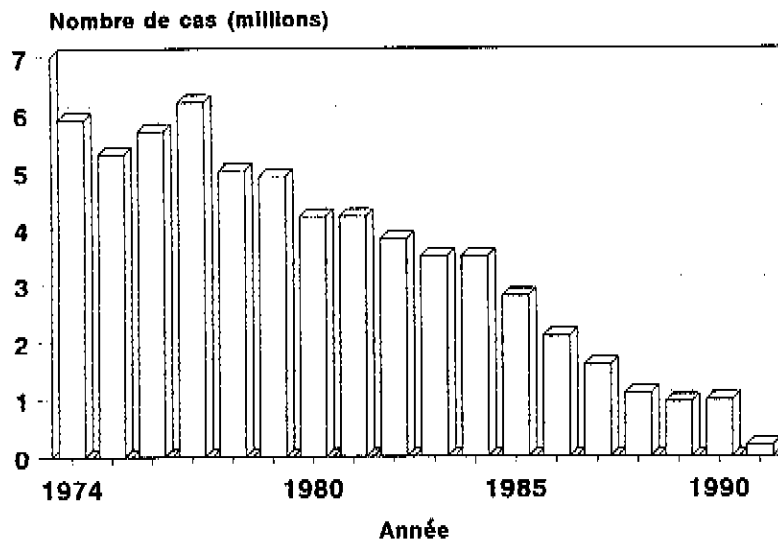
Avec l'extension de la couverture, l'épidémiologie de la rougeole évolue rapidement. Lorsque les taux de couverture sont faibles, on peut s'attendre à des flambées de rougeole. Certains pays aux taux de couverture moyennement élevé ont eux aussi enregistré des flambées chez des enfants n'appartenant pas au groupe d'âge actuellement visé par la vaccination. C'est là une conséquence prévisible d'un programme de vaccination dont la tranche d'âge cible était les enfants de moins d'un an et cela ne signifie pas forcément que le programme a échoué.

Un autre résultat prévisible des taux élevés de couverture est l'augmentation relative de la proportion (mais non du nombre absolu) de cas qui surviennent chez des enfants auparavant immunisés.

Une fois atteints des taux de couverture élevés, il peut s'instaurer pendant plusieurs années une période de faible incidence rougeoleuse, suivie éventuellement d'une épidémie d'importance considérable. Toutefois, les périodes interépidémiques devraient devenir de plus en plus longues dans les programmes à couverture élevée.

Tableau 1

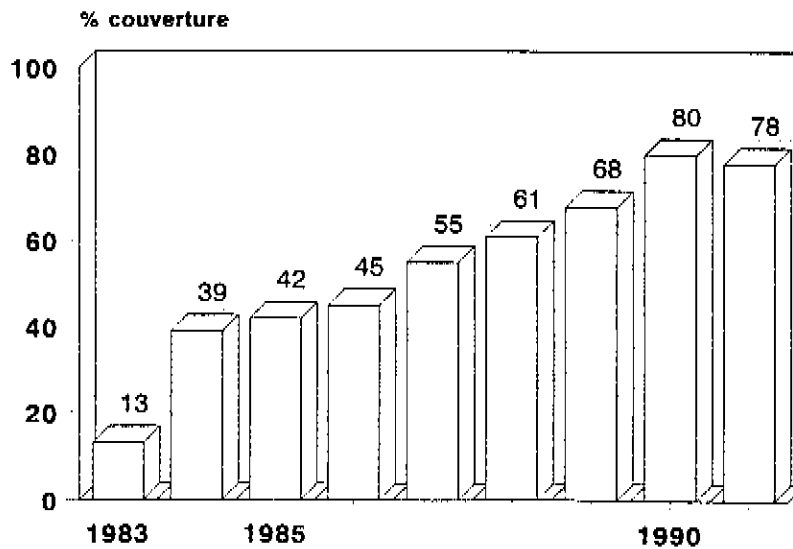
**Nombre de cas de rougeole signalés dans le monde
1974-91**



Source: information communiquée à l'OMS

Tableau 2

**Couverture vaccinale antirougeoleuse dans le monde
1983 - 1991**



Source: information communiquée à l'OMS

V. STRATEGIES D'EXTENSION ET DE MAINTIEN DE LA COUVERTURE VACCINALE

5.1 Cible primaire

Là où la rougeole est endémique, ce sont les enfants de moins d'un an qui doivent être la cible primaire de la vaccination. Tous les enfants devraient recevoir une dose de vaccin antirougeoleux actif le plus tôt possible en tenant compte des recommandations concernant le vaccin utilisé. L'âge exact au moment de la vaccination sera déterminé par le type de vaccin disponible et par la situation épidémiologique dans le pays.

5.2 Groupes cibles secondaires

Malgré les progrès réalisés par de nombreux programmes de vaccination, il arrive souvent que les taux de couverture soient nettement inférieurs à la moyenne dans certains groupes de population, de sorte qu'il faut intensifier les stratégies de vaccination antirougeoleuse pour les atteindre. Il faut pratiquer une surveillance efficace au niveau du district (et même du quartier dans les grandes villes) pour repérer ces groupes.

Lorsque les renseignements épidémiologiques indiquent que les enfants n'appartenant pas au groupe cible primaire sont une source importante de transmission du virus de la rougeole ou bien qu'une proportion importante des enfants plus âgés s'avère vulnérable, il est recommandé de prendre ces groupes comme cible. Les efforts pour vacciner ces groupes secondaires jouent surtout un rôle lors des étapes intermédiaires ou finales de l'action de lutte mais ils ne doivent toutefois pas mettre en péril l'extension et la maintien de la couverture vaccinale dans le groupe cible primaire.

En 1991, on s'est aperçu que l'approvisionnement mondial en vaccin antirougeoleux comportait des lacunes et que des changements d'orientation tel que le fait de se concentrer sur les groupes cibles secondaires risquaient de compliquer encore plus le problème. Lorsqu'on se fixe pour politique nationale d'élargir la cible, il faut commencer par se demander si l'on peut assurer l'approvisionnement en vaccin antirougeoleux.

Il faudra sans doute envisager les groupes suivants :

- Les enfants d'âge préscolaire. Dans les pays où, ces dernières années, la couverture vaccinale antirougeoleuse était moyennement élevée, il se peut qu'une grande proportion des enfants d'âge préscolaire (1-5 ans) n'aient pas été vaccinés contre la rougeole et n'aient pas contracté la maladie.
- Les enfants qui entrent à l'école. Cela vaut également pour les enfants qui entrent à l'école. En fonction de la situation épidémiologique, on

pourra procéder à un criblage et proposer une vaccination qui avait été manquée auparavant. Certains pays ont constaté que l'obligation légale de présenter un certificat de vaccination au moment de l'entrée à l'école était utile pour repérer et vacciner les enfants qui ne l'avaient pas été.

- Les écoliers. Dans certains pays, la couverture vaccinale antirougeoleuse est suffisamment élevée depuis quelques années pour que l'épidémiologie de la maladie en soit modifiée si bien qu'on observe une longue période de faible incidence temporaire. Il risque donc d'y avoir maintenant de très nombreux écoliers non vaccinés et qui n'ont pas contracté la rougeole.

5.3 Groupes et zones à haut risque

Pour les groupes ou zones à haut risque, il faut intensifier les mesures de lutte contre la rougeole. Les zones à haut risque sont normalement les zones à forte densité de population, les zones où la couverture vaccinale antirougeoleuse n'atteint pas 25 % ou encore les zones où l'on enregistre de nombreux cas de rougeole ou décès dus à cette maladie. Ces zones à haut risque varient d'un pays à l'autre et changent à mesure que le programme avance. Les efforts pour dénombrier les districts à haut risque pour la rougeole doivent être intégrés dans une action plus vaste visant à repérer les zones à haut risque pour d'autres maladies telles que le tétanos néonatal, la poliomyélite, les infections respiratoires aiguës et d'autres maladies transmissibles car il risque d'y avoir d'importants chevauchements.

On sait que les *groupes* suivants sont à haut risque pour la rougeole et ses complications :

- Les pauvres des villes. Dans bien des pays, les groupes économiquement défavorisés constituent d'importants réservoirs de sujets vulnérables. Il est indispensable pour la lutte contre la rougeole de protéger les enfants appartenant à ce groupe.
- Les minorités ethniques. Ces groupes ne sont pas toujours bien desservis ou bien hésitent, en raison de leurs croyances, à faire appel aux services de santé ou à accepter la vaccination. Ils peuvent constituer d'importants réservoirs de sujets vulnérables et il faut donc leur accorder une attention particulière.
- Les enfants hospitalisés. Il existe un risque de flambée nosocomiales de rougeole chez les enfants hospitalisés. Pour éviter ces flambées et une

propagation éventuelle dans la communauté, il faudrait vacciner contre la rougeole tous les enfants hospitalisés à partir de l'âge de 6 mois. S'ils sont vaccinés avec un vaccin antirougeoleux type plus tôt que cela est normalement recommandé pour le pays, il faudrait les revacciner avec une seconde dose à l'âge normalement recommandé (par exemple 9 mois).

- Les réfugiés. Avant même l'apparition d'un cas de rougeole dans un camp de réfugiés, il faudrait entreprendre des activités spéciales de vaccination.

5.4 Schéma de vaccination en deux doses

Le PEV/OMS a déjà recommandé l'administration de deux doses de vaccin antirougeoleux pour certains groupes très exposés au risque de décès par rougeole, comme les nourrissons dans les camps de réfugiés et les nourrissons hospitalisés avant l'âge prévu pour la vaccination. L'OMS ne recommande pas actuellement de schéma de vaccination en deux doses pour les pays en développement car elle estime qu'il faut donner la priorité à l'administration d'une dose à tous les nourrissons à l'âge approprié.

Cependant, certains pays appliquent systématiquement des stratégies de vaccination en deux doses. Certains pays développés qui se sont fixé comme buts d'éliminer la rougeole et ont atteint une couverture élevée avec une dose de vaccin ont également adopté des schémas de vaccination en deux doses.

L'objet de la deuxième dose est de réduire le nombre de sujets vulnérables plus âgés qui soit n'ont pas été vaccinés soit n'ont pas réagi à la première dose de vaccin. Les pays qui appliquent ces schémas devraient évaluer l'impact d'une vaccination en deux doses sur l'extension de la couverture et de la protection globales, l'effet de la première dose sur la couverture et enfin les taux d'abandon. Il faudra faire d'autres recherches sur le terrain avant de pouvoir dégager clairement les avantages et les inconvénients d'un schéma de vaccination en deux doses.

5.5 Occasions manquées

L'utilisation d'une fiche de santé sur laquelle est consignée la présence pour des soins cliniques permettra de réduire les occasions manquées de vaccination, qui sont un obstacle majeur à l'extension de la couverture vaccinale antirougeoleuse. Il faudrait faire des études dans les services fixes afin de savoir pourquoi les enfants n'ont pas été vaccinés, et pallier à toute déficience.

5.6 Stratégies de prestations

- Services fixes. Les dispensaires devraient proposer la vaccination à des heures et à des fréquences qui conviennent à la population cible et lui soient adaptées.
- Services périphériques. Ces services devront peut-être être assurés à la population en certains endroits situés à moins d'un jour de voyage du dispensaire de base.
- Équipes mobiles. Des équipes mobiles devront peut-être travailler dans les zones qui sont hors d'atteinte des services fixes ou périphériques.
- Activités spéciales. Il faudrait envisager d'organiser des campagnes là où l'infrastructure de santé n'a pas réussi à étendre la couverture de façon spectaculaire. Ces activités pourront prendre diverses formes, campagnes de publicité seules ou associées à la vaccination et à d'autres services. Les campagnes nationales ou axées sur des zones géographiques à problèmes, devraient proposer la vaccination contre toutes les maladies cibles du PEV y compris le tétanos pour les femmes en âge de procréer. Elles pourront également être axées sur certains groupes d'âge. Elles pourront durer un ou plusieurs jours ou bien avoir lieu pendant toute une semaine ou un mois. La vaccination pourra être pratiquée dans les dispensaires, dans d'autres dispensaires temporaires ou bien par des équipes effectuant des visites à domicile. Il appartiendra aux pays de choisir la formule la mieux adaptée à leurs besoins.
- Stratégies urbaines. Dans les grands centres urbains, il faut envisager tout particulièrement les moyens d'étendre la couverture. En fait, l'endiguement de la rougeole dans les énormes conurbations apparues dans les années 1990 pourrait bien être déterminante pour l'interruption de la transmission. Certains faits donnent à penser que l'on pourrait interrompre la transmission en milieu rural (c'est-à-dire là où la densité de population est faible) avec une couverture relativement peu élevée mais, dans les zones très peuplées, il se peut qu'une couverture de plus de 95 % ne soit pas suffisante. Pour les pauvres des villes, il faudra adopter des approches spécifiques adaptées à la situation. La mise au point de stratégies nouvelles face à ce problème revêt la priorité numéro un.
- Stratégies rurales. Pour résoudre les problèmes d'accès aux soins, il faudra trouver des solutions créatrices pour les communautés rurales, par exemple assurer des services dans les villages reculés. Pour les populations rurales dispersées et les nomades il faudra là aussi de l'imagination mais les solutions seront différentes. On peut envisager

par exemple d'assurer des services autour des points d'eau et des marchés. marchés.

VI. SURVEILLANCE ET CONTROLE CONTINU

6.1 Surveillance dans le cadre du PEV

A mesure que s'accroît le taux de couverture, il devient déterminant pour le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre la rougeole d'augmenter la sensibilité des systèmes de surveillance. La surveillance de la rougeole doit servir d'outil de gestion et il est important de définir les mesures à prendre compte tenu des informations provenant de la surveillance. La décentralisation de la surveillance facilitera les activités au niveau local.

6.2 Activités de surveillance

- Système de notification de base. La notification systématique doit être la base de la surveillance dans la lutte contre la rougeole de même que contre d'autres maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Dans certains cas, ce système de base a été soigneusement défini et est déjà bien en place mais, on ne peut en dire autant de tous les pays de sorte que, parallèlement aux efforts déployés pour éliminer le tétanos néonatal et éradiquer la poliomyélite, il faudra revitaliser ce système de notification systématique, en veillant à ce que tous les cas soient notifiés en temps voulu.

Il faut normaliser la surveillance et assurer systématiquement une rétroinformation en temps utile. Il convient de définir la fréquence d'envoi des rapports - les pays devraient se fixer pour but une notification mensuelle des cas et la notification immédiate des flambées. Il faut mettre au point une information normalisée pour la notification des cas et des flambées de rougeole, ce qui permettra à tous les pays d'adopter un système uniforme de notification. Il faudrait diffuser une définition uniforme du cas que tous les personnels utiliseront (voir appendice 1).

Tous les pays devront revoir leur système de surveillance et prendre des mesures pour pallier éventuellement aux carences de la notification. Des rapports devraient être établis et envoyés tous les mois, même si aucun cas n'a été signalé pendant la période considérée.

- Notification hospitalière. La notification hospitalière devrait déjà faire partie intégrante du système de notification. En tous cas, les pays devraient veiller à ce que les principaux hôpitaux susceptibles

d'accueillir des rougeoleux notifiant les cas. Au mieux, là où la rougeole est rare, chaque cas de rougeole hospitalisé devra être signalé immédiatement.

- Développement des activités. Au fur et à mesure de l'extension de la couverture vaccinale, il faudra prendre d'autres mesures pour améliorer la surveillance. Si ce n'est déjà le cas, on pourrait prendre contact par exemple avec les hôpitaux publics et privés s'occupant des maladies aiguës, les dispensaires communautaires, les pharmacies, etc. Dans bien des villes, ce sont les médecins exerçant à titre privé qui voient la majorité des cas de rougeole et il faut donc les considérer comme une source importante de notification.

Dans de nombreux pays, la rougeole est encore considérée comme une maladie normale de l'enfance et, lorsque les parents soupçonnent la présence de la maladie, ils gardent souvent l'enfant à la maison sans s'adresser aux services de santé. Il faut éduquer les familles, les voisins, les instructeurs des maternelles et les enseignants à propos de la maladie et les encourager à notifier les cas suspects aux agents de santé le plus tôt possible, ce qui donnera aux enfants atteints de complications de meilleures chances de traitement approprié tout en améliorant la notification.

6.3 Informations à recueillir

- Couverture. Ces données, qui pourront être recueillies par l'intermédiaire du système ou rassemblées par enquête, devraient être regroupées et présentées par district. L'analyse des données peut désormais se faire sur ordinateur avec le programme "COSAS" conçu spécialement à cet effet. Ces données sur le taux de couverture serviront à définir le range de priorité des activités. A cause des difficultés inhérentes aux systèmes de collecte systématique de l'information, il faudra peut-être dans de nombreux pays faire des enquêtes sur la couverture. Pour repérer les districts à haut risque, on pourra axer ces enquêtes sur les populations cibles probablement mal desservies, par exemple les pauvres des villes.
- Nombre de cas. Il faudrait au minimum notifier et présenter le nombre de cas dans chaque district, information qu'il conviendrait d'examiner et d'organiser en fonction de la zone géographique et du mois de l'année. On peut calculer des taux simples à partir des données démographiques.
- Autres informations. A mesure que la notification systématique s'améliorera, que le taux de couverture augmentera et que les cas de rougeole se feront plus rares, les pays devront commencer à recueillir d'autres informations sur chaque cas, notamment :

nom, adresse, âge, date d'apparition de la maladie et de l'exanthème, état vaccinal et âge au moment de la vaccination, contact avec d'autres rougeoleux, correspondance entre le cas et la définition du cas de rougeole.

6.4 Utilisations des données de la surveillance

Les données de la surveillance servent surtout à rendre compte des progrès réalisés par le programme, à repérer les problèmes éventuels et à diriger les activités du programme sur les secteurs où les besoins sont les plus grands. A mesure que le taux de couverture et la surveillance s'améliorent, les informations supplémentaires sur les cas peuvent servir à évaluer la répartition des cas par âge et à déterminer si les politiques vaccinales sont axées sur les groupes d'âge appropriés. Les données de la surveillance peuvent également aider à évaluer la qualité de la chaîne du froid.

6.5 Indicateurs qualitatifs

- Exhaustivité de la notification. A chaque niveau du système de santé, il faut un système permettant de retrouver tous les rapports. Chaque niveau d'encadrement doit être en mesure de déterminer l'exhaustivité de la notification pour une période de notification donnée.
- Ponctualité dans l'envoi des rapports. Les rapports doivent être communiqués pendant un laps de temps raisonnable (certainement moins d'un mois). L'évaluation systématique de la ponctualité dans la notification est un outil d'évaluation important.

6.6 Mesures à prendre en cas de flambée

On peut encore s'attendre que des flambées surviennent, même dans les groupes vaccinés. Du fait que les gens considèrent de moins en moins les flambées de rougeole comme une fatalité, ils exigent que des mesures d'endiguement soient prises. Toutefois, ces mesures, surtout si elles sont appliquées assez tard au cours d'une épidémie, risquent de n'avoir aucune efficacité. L'apparition d'une flambée devrait être l'occasion d'analyser la raison pour laquelle elle est survenue, de repérer les zones ou groupes à haut risque et de mesurer l'efficacité du vaccin.

Dans les zones où la couverture est faible, les meilleurs moyens d'action sont d'améliorer la couverture de la vaccination systématique. En cas d'épidémie, il ne faut donc pas réagir à une flambée par des interventions vaccinales dans la plupart des régions où la couverture est faible ou moyenne.

Néanmoins, dans bien des pays, les programmes de vaccination ont permis de réduire l'incidence de la rougeole de sorte que les agents de santé, tout comme la population, ne pensent pas qu'il puisse se produire des flambées de rougeole. Si elles surviennent, il s'exerce de fortes pressions sur le plan politique et social pour que des mesures soient prises. Aussi ces pays devront-ils élaborer des plans d'action pour cette éventualité.

Les lignes directrices pour l'investigation et l'endiguement des flambées épidémiques vont être affinées (voir EPI/GEN/84/6 pour les lignes directrices existantes).

En cas de flambée, il est important d'assurer un traitement approprié aux enfants atteints de complications de la rougeole.

VII. ASPECTS TECHNIQUES

7.1 Le vaccin approprié

Tous les vaccins antirougeoleux doivent satisfaire aux normes de l'OMS, quels que soient la souche, l'activité ou l'âge recommandé pour l'administration du vaccin. L'expérience faite avec l'administration de millions de doses de vaccin antirougeoleux montre qu'il s'agit d'un vaccin très sûr. Dans un contexte de santé publique, il n'y a quasiment aucune contre-indication à la vaccination antirougeoleuse.

7.2 La perspective de la vaccination avant l'âge de neuf mois

Au cours des années 1980, les données se sont multipliées sur l'utilisation de la souche Edmonston Zagreb (EZ) qui semblait plus immunogène et donc mieux à même de résoudre le problème de l'interférence avec les anticorps maternels lorsque l'on utilisait l'activité appropriée, de sorte que ce vaccin a pu être administré aux enfants de moins de neuf mois. Il reste encore à fixer la limite d'âge inférieure, mais il semble que des nourrissons n'ayant pas plus de six mois présentent une bonne réaction en anticorps.

En 1989, l'OMS a recommandé l'utilisation du vaccin EZ de forte activité produit à Zagreb pour l'administrer aux enfants de six mois dans les pays où la rougeole chez les enfants de moins de neuf mois est une cause importante de décès.

En octobre 1991, il est apparu que trois autres marques de vaccin antirougeoleux étaient adaptées à la vaccination des enfants de six mois. Toutefois, le vaccin à titre élevé s'est avéré plus coûteux qu'on ne le pensait et, de plus, des études faites ultérieurement ont révélé une immunogénicité inférieure à celle qui avait été constatée lors des premiers essais. D'autre part, alors que les vaccins à titre élevé semblaient sûrs,

on a commencé à se préoccuper en 1991 de risques rares de réactions indésirables. On ne possède pas à l'heure actuelle de données suffisantes pour recommander des changements de politique concernant l'emploi du vaccin antirougeoleux EZ à titre élevé chez les enfants de six mois mais, à sa réunion d'octobre 1991, le groupe Recherche et Développement du PEV a recommandé que soit faite une réévaluation complète de l'immunogénicité, de l'efficacité et de l'innocuité des vaccins antirougeoleux utilisés chez les enfants de six mois. Les fabricants de vaccin EZ à titre élevé et les pays qui l'utilisent ont été informés de certaines réserves sur ce vaccin et de la réévaluation envisagée.

Ces prochaines années, il est prévu de faire de nouveaux essais sur des vaccins antirougeoleux expérimentaux, et il se pourrait que l'on dispose d'un vaccin qui permette d'abaisser à moins de six mois l'âge minimum de vaccination des enfants.

7.3 Schéma de vaccination

Le vaccin antirougeoleux devrait être administré dès que possible à partir de l'âge recommandé par l'organe consultatif national pour l'administration d'un vaccin d'activité appropriée. L'OMS recommande que cet avis soit formulé en fonction de l'épidémiologie locale de la rougeole. Les recommandations nationales concernant l'âge auquel les enfants devraient être vaccinés fixent actuellement trois grandes catégories :

- à l'âge de 12-15 mois (la plupart des pays industrialisés)
 - à l'âge de neuf mois (la plupart des pays en développement)
 - à l'âge de six mois (les pays où l'incidence de la rougeole est élevée chez les enfants de moins de neuf mois).
- Il n'existe pas encore de vaccin pour la mise en oeuvre de ce schéma particulier.

Le Groupe consultatif mondial du PEV donne périodiquement des avis sur les vaccins disponibles et les schémas de vaccination recommandés. Il faut trouver un vaccin qui puisse être administré à l'enfant au cours des premières semaines de la vie, et il est à espérer qu'un tel vaccin sera disponible d'ici 10 ans. Toutefois, les vaccins antirougeoleux actuels ont fait la preuve de leur innocuité et de leur efficacité aux âges recommandés, et rien ne justifie que l'on attende un nouveau vaccin antirougeoleux pour se lancer dans une action massive de lutte contre la rougeole à l'échelle mondiale.

VIII. ACTIVITES D'APPUI

8.1 Chaîne du froid

Le vaccin antirougeoleux est sensible à la chaleur, et il faut accorder une attention particulière à son transport et son stockage. Toute déficience dans la chaîne du froid doit être repérée et corrigée.

8.2 Formation

Des ateliers de planification seront l'occasion de familiariser le personnel avec les outils disponibles et avec les moyens de lutte contre la rougeole et d'autres maladies cibles. Du matériel de formation sera préparé et mis à la disposition à tous les échelons du programme. La formation insistera sur les méthodes, sur les moyens d'étendre et de maintenir la couverture et sur la surveillance des progrès réalisés. Dans la mesure du possible, on développera la formation pour aider à planifier d'autres activités SSP.

8.3 Diffusion de l'information

La diffusion de l'information dans les pays et dans les Régions est un aspect important de ce programme d'intensification des activités. La création de groupes nationaux consultatifs techniques chargés de conseiller sur la mise en oeuvre des politiques de SSP sera déterminante pour la formulation des recommandations et l'examen des progrès réalisés dans l'effort de lutte contre la rougeole ainsi que dans d'autres initiatives de lutte contre les autres maladies. Il faudrait se servir de revues, bulletins et autres documents appropriés pour informer de l'initiative les agents de santé et les professionnels de santé.

8.4 Messages ciblés

A l'aide de travaux de recherche en sciences sociales, les responsables des programmes nationaux devront déterminer quelle est la meilleure information à donner au grand public. Il faudra faire appel à des consultants en communication qui mettront au point des enveloppes "communication" utilisant divers médias.

On peut éduquer plus complètement les mères en leur remettant un texte normalisé qui les renseignera sur la date à laquelle elles doivent se représenter pour la vaccination et sur les risques que comportent les maladies cibles du PEV. Ces informations devraient être redistribuées régulièrement lors de tous les contacts avec les centres de santé.

8.5 Encadrement

L'encadrement est une activité essentielle à la lutte contre la rougeole comme à toutes les activités regroupées dans le PEV. Il faut préciser les effectifs et le niveau de personnel requis pour l'encadrement sur le terrain, en se concentrant sur les problèmes identifiés, les solutions à leur apporter et la surveillance des progrès accomplis.

8.6 Recherche

Dans les domaines technique et opérationnel, l'appui à la recherche sera fourni par le PEV. C'est également lui qui continuera à recenser les besoins en matière de recherche avec l'aide d'organismes consultatifs. Les priorités du PEV en ce qui concerne la recherche sur la rougeole sont harmonisées de près avec celles du programme OMS pour la mise au point de vaccins qui est responsable de la mise au point de nouveaux vaccins antirougeoleux ou de l'amélioration de ceux qui existent. A elles deux, ces initiatives constituent le programme OMS pour la rougeole. On trouvera à l'appendice 2 la liste des principaux thèmes de recherche recensés jusqu'ici.

IX. TRAITEMENT

9.1 Cible au niveau de la réduction de la mortalité

L'une des principales stratégies de lutte contre la rougeole est d'atténuer le plus possible son impact sur la mortalité. Le but au niveau mondial est de parvenir d'ici à 1995 à une réduction de 95 % du nombre des décès par rapport aux niveaux observés avant la vaccination, ce que l'on atteindra en partie en soignant activement les complications de la rougeole.

La cible fixée en matière de réduction du nombre de décès ne sera pas facile à atteindre à court terme si l'on cherche seulement à relever le taux de couverture. Avant même que la couverture soit assez élevée pour que le nombre de cas de rougeole diminue, l'amélioration de la prise en charge des cas permettra sans doute de réduire sensiblement le taux de létalité de façon à éviter des décès. Il y a entre la rougeole et la malnutrition, la carence en vitamine A, la diarrhée et d'autres complications comme les infections pulmonaires des interactions complexes, d'où l'importance d'une approche pluridisciplinaire. D'autres programmes de l'OMS ont déjà élaboré des lignes directrices sur la prise en charge des cas de diarrhée et d'infection respiratoire aiguë ainsi que sur les bonnes pratiques nutritionnelles. L'initiative de lutte contre la rougeole est pour l'OMS et les ministères de la santé l'occasion de regrouper compétences et ressources pour réduire à un minimum la mortalité par rougeole.

Il faut développer la formation concernant le traitement de la rougeole et encourager les établissements de formation à inscrire dans leurs programmes la prise en charge des cas de rougeole. En dehors des programmes nationaux de vaccination, cette formation doit s'adresser aux médecins exerçant à titre privé. Il découle de tout ceci que l'une des mesures à prendre en cas d'épidémie est d'assurer le traitement des cas.

Il faut renforcer la logistique, le stockage et la distribution des médicaments SSP appropriés nécessaires au traitement des complications de la rougeole. La formation sera inutile s'il n'y a pas de médicaments là où les patients sont en contact avec les services de santé.

9.2 Administration de suppléments de vitamine A

Tout indique que la rougeole est un facteur de risque important pour l'apparition d'une carence grave en vitamine A et d'une cécité due à une lésion cornéenne, complication à laquelle sont exposés les enfants qui vivent dans des zones où il y a carence en vitamine A. L'OMS recommande que les enfants vivant dans ces zones reçoivent des suppléments de vitamine A. L'un des moyens de procéder est d'administrer la vitamine A en même temps que les vaccins dans le cadre du PEV.

9.3 Traitement à la vitamine A

Il faut disposer de suppléments de vitamine A pour le traitement de la rougeole dans toutes les zones où la mortalité rougeoleuse constitue un problème grave. Les cas aigus de rougeole doivent être soignés à la vitamine A dans les zones où il y a carence en vitamine A, ce qui permet de réduire à la fois la morbidité et la mortalité en cas de maladie grave. Les enfants atteints de rougeole qui vivent dans des zones où il y a carence en vitamine A devraient recevoir des doses importantes de vitamine A selon les lignes directrices OMS/UNICEF.

X. RESPONSABILITES

10.1 L'équipe mondiale

Aucune organisation ni aucun groupe ne saurait monopoliser une entreprise humaine aussi ambitieuse que la lutte mondiale contre la rougeole. Au contraire, le succès ne sera possible que grâce aux efforts concertés de nombreux groupes, particuliers et organisations, selon toute vraisemblance sous l'autorité technique de l'OMS. Des appuis devront être recherchés auprès de gouvernements donateurs, d'autres partenaires du système des Nations Unies dont l'UNICEF, le PNUD, le HCR et l'ONUDI, d'organisations non gouvernementales (notamment celles qui participent déjà à des activités de vaccination) et d'autres parties intéressées comme les milieux industriels.

L'UNICEF continuera d'être l'un des principaux acteurs de la lutte contre la rougeole, particulièrement dans les pays en développement. Il s'agit notamment de fournir les vaccins et le matériel pour la chaîne du froid et les injections, de mener les programmes de formation et, enfin, de promouvoir les actions de communication pour accroître la demande de services de vaccination. L'OMS et l'UNICEF continueront à collaborer étroitement pour veiller à la complémentarité de leurs activités à tous les niveaux.

10.2 L'OMS au niveau mondial

L'OMS va élaborer à l'intention des administrateurs des programmes nationaux des lignes directrices qui leur permettront de mener la lutte contre la rougeole. Elle va également élaborer et expérimenter de nouvelles stratégies de lutte antirougeoleuse en insistant particulièrement sur l'interruption de la transmission du virus de la rougeole dans les zones plus possible urbaines très peuplées. Pour guider ces activités d'intensification, le Groupe consultatif mondial du PEV/OMS, composé de spécialistes de la vaccination, va continuer à recommander des stratégies programmatiques; Ces recommandations seront publiées et diffusées. Des conseils sont donnés au secrétariat de l'OMS sur des questions techniques par la Réunion consultative technique qui s'est tenue pour la première fois en avril 1991.

Les stratégies à suivre pour atteindre la couverture vaccinale requise seront réexaminées périodiquement, et les recommandations concernant les activités de vaccination, notamment les schémas de vaccination et le choix des vaccins, seront formulées annuellement. Le PEV aidera à recenser les besoins en matière de recherche et suivra la progression des études en cours, dont il étudiera les protocoles et les résultats. Le Groupe consultatif mondial analysera régulièrement les progrès accomplis et les problèmes rencontrés dans l'effort d'intensification de la lutte contre la rougeole.

Une aide technique pour tous les aspects des opérations de programme sera fournie par l'intermédiaire de l'OMS, qu'il s'agisse d'épidémiologistes, de spécialistes de la chaîne du froid, d'économistes ou d'experts en communication.

Des matériels tels que guides pratiques, fiches d'enquête et autres matériels de formation devront être mis au point, adaptés à la situation de chaque pays et intégrés chaque fois que possible dans les matériels existants.

Pour aider à assurer la formation, l'OMS préparera un manuel pratique mixte sur les activités de lutte contre les maladies cibles. Elle fournira une assistance technique aux Régions et aux pays pour qu'ils puissent adapter le manuel à leurs besoins locaux et elle prêtera son concours pour la planification et la mise en oeuvre des cours de formation et des ateliers.

Ces dernières années, il s'est avéré indispensable que l'OMS, en collaboration avec d'autres partenaires du PEV, veille à ce que tous les pays soient convenablement approvisionnés en vaccin antirougeoleux appropriés. Cette activité va se poursuivre à l'avenir.

10.3 Les Régions de l'OMS

Chaque Bureau régional de l'OMS coordonnera l'ensemble des activités ayant trait à l'effort d'intensification dans la Région concernée. Tous les rapports et demandes d'assistance provenant du terrain passeront par le Bureau PEV régional, qui coordonnera l'assistance fournie par d'autres unités de l'OMS en fonction des besoins. C'est là une tâche essentielle pour garantir la cohérence et la coordination des activités régionales.

On estime qu'il faudra affecter dans les Régions des épidémiologistes et des conseillers techniques du PEV. Ces conseillers auront la charge de plusieurs pays et travailleront sur une base internationale. Ils aideront à évaluer les besoins d'interventions spéciales dans les pays de leur ressort. Ils participeront aux visites des équipes d'investigation et fourniront un appui technique direct en fonction des besoins. Ils aideront le Ministère de la Santé à planifier et mettre en oeuvre les activités d'intensification.

Il faudra d'autre part mettre à la disposition des Bureaux PEV régionaux d'autres personnels de niveau professionnel capables d'aider à coordonner les activités relatives à la surveillance épidémiologique, l'investigation des flambées, la mise au point de stratégies de vaccination et la fourniture d'une assistance technique sous d'autres formes.

10.4 Les activités au niveau des pays

Chaque pays devra, dans le cadre de son plan d'ensemble SSP, élaborer un plan d'intensification de la lutte contre la rougeole. Si nécessaire, l'OMS fournira une coopération technique pour la rédaction des plans d'action nationaux. Il faudra procéder à un inventaire complet des ressources existantes, en recensant avec précision les besoins.

On envisagera d'affecter à long terme des conseillers techniques du PEV dans les grands pays. Il est indispensable de disposer de fonds de démarrage lors de la mise au point des plans d'action et de la signature des accords avec les donateurs qui seront les partenaires du gouvernement dans la lutte contre la rougeole. Il faudrait créer dans toutes les Régions et pays des comités de coordination interinstitutions, comme l'a recommandé le Groupe consultatif mondial, pour examiner les plans d'ensemble PEV ainsi que les initiatives de lutte contre la rougeole, la poliomyélite et le tétanos néonatal et veiller à ce que le PEV contribue à l'élaboration des plans SSP.

Il faudrait encourager d'autres institutions internationales à participer à l'élaboration des plans de travail nationaux de façon à assurer une bonne coordination de l'action des donateurs. Il faudrait recenser dans les plans d'action toutes les ressources nécessaires pour arriver à intensifier les activités, en accordant la priorité à la mobilisation de ces ressources.

La présence de représentants des organismes donateurs garantira que le mandat précis de chacun d'entre eux est respecté et permettra d'éviter le chevauchement trop courant des efforts résultant de l'élaboration parallèle de différents projets.

Le plan national d'action recensera le rôle de toutes les institutions qui participent à l'Initiative nationale.

Le bureau PEV national devrait aider à mener les activités à tous les niveaux, veiller à ce que les besoins de formation soient définis et s'occuper de l'organisation de cours de formation en fonction de ces besoins. Ce bureau devrait aussi servir d'organe centralisateur pour identifier toutes les formes de coopération extérieure et de coordination de l'assistance extrasectorielle en matière de vaccination.

Chaque pays devrait désigner une personne chargée de fournir aux responsables du programme des données épidémiologiques. Il devrait d'autre part s'instaurer une collaboration fonctionnelle entre les responsables du PEV et de la SMI et cet épidémiologiste. Enfin, il faudrait dispenser une formation appropriée à tous les niveaux.

Santé. L'une des principales tâches de ces conseillers devra être de renforcer les activités nationales de surveillance.

XI. BESOINS FINANCIERS

Lorsqu'ils ont été bien définis, les buts de la lutte contre la rougeole sont mesurables et présentent un bon rapport coût/efficacité mais ils ne pourront être atteints et maintenus que moyennant une accélération du PEV. La lutte contre la rougeole aura un impact très positif sur d'autres activités PEV et MSI, ce qui entraînera une diminution spectaculaire de l'incidence d'autres maladies cibles du PEV. L'OMS catalysera l'appui des donateurs à l'initiative de lutte contre la rougeole de façon à renforcer l'ensemble du programme de vaccination. Cette perspective globale devrait retenir tout particulièrement l'attention des chefs d'Etat et des institutions spécialisées qui soutiennent les actions de vaccination. Il faut faire comprendre à la population les avantages de la lutte contre la rougeole pour l'inciter à demander une amélioration des services de vaccination. Il faut donc que les responsables dans chaque pays approuvent sans réserve la proposition et que les organismes extérieurs s'engagent à atteindre, avec l'OMS et l'UNICEF, le but fixé.

11.1 L'OMS

Pour atteindre les objectifs d'ici à 1995, on estime que le PEV devra trouver environ US \$13 560 000 supplémentaires par an pour ses activités. Ces fonds supplémentaires sont surtout nécessaires pour le développement des unités de surveillance, pour la recherche et pour la formation. On aura besoin de moins de personnel supplémentaire dans les Régions, au niveau interpays et dans les pays si du personnel de vaccination est recruté comme prévu dans le cadre de l'initiative de lutte contre la poliomyélite. Dans l'idéal, il faudrait que les crédits soient disponibles au moment de l'élaboration des plans d'action nationaux, pour que les activités puissent être mises en oeuvre immédiatement.

L'OMS coordonnera les activités avec toutes les institutions participantes pour fournir les crédits nécessaires à la réalisation de la lutte antirougeoleuse et donc accélérer l'ensemble du PEV. Les comités nationaux de coordination interinstitutions seront tout naturellement l'instance appropriée pour assurer la coordination au niveau national.

11.2 Les Régions

Les initiatives régionales en matière de lutte, notamment la campagne d'éradication de la poliomyélite aux Amériques, démontrent clairement que les Bureaux régionaux de l'OMS jouent un rôle important dans les stratégies de lutte contre la maladie. Il faudra un appui adéquat pour financer les traitements et les frais de voyage du personnel chargé de la mise en oeuvre et de la coordination du programme régional. Dans l'idéal, il faudrait mobiliser ces ressources dans la Région et les compléter par un appui du PEV Genève.

11.3 Les Pays

C'est dans les pays que la plupart des fonds seront nécessaires pour la lutte contre la rougeole. Le programme devra trouver ces crédits auprès du budget normal du Ministère, d'autres sources de financement dans le pays (par exemple organisations bénévoles) et auprès de donateurs bilatéraux comme l'USAID, les gouvernements et les ONG.

Au moment de l'élaboration des plans nationaux, il faudra préciser les coûts qui comprendront entre autres les traitements du personnel supplémentaire, les frais de transport, les indemnités de subsistance ainsi que le coût des activités de lutte, des véhicules, du carburant, des vaccins et du matériel de la chaîne du froid. Pour l'élaboration du programme, il faudra tenir compte de toutes les dépenses d'équipement et de fonctionnement. Le budget devra également inclure le coût de l'utilisation du temps des médias et de la production de matériels éducatifs.

Etant donné que, dans de nombreux pays, le Ministère de la Santé ne dispose que de ressources limitées, il sera déterminant de concentrer les efforts sur la mobilisation des ressources nationales qui viendront compléter celles qui sont disponibles. Pour cela, la coordination entre différents secteurs publics sera essentielle à l'évaluation du potentiel existant et à la mobilisation des ressources supplémentaires nécessaires. Les secteurs de l'éducation et de l'agriculture, la sécurité sociale et d'autres organisations joueront un rôle de premier plan dans cette entreprise.

Enfin, les communautés et groupes communautaires seront appelés à collaborer et à mettre leurs ressources et talents au service de la réalisation des objectifs. Il faudrait également faire appel aux organisations bénévoles privées, aux groupes professionnels et aux médias pour qu'ils aident à mener les activités de promotion, à distribuer les fournitures et qu'ils participent aux activités de vaccination. Il faudrait mettre au point une stratégie concertée pour associer les actions des pays de chaque Région et promouvoir la coopération technique entre pays pour la planification, la mise en oeuvre et de l'évaluation de programmes.

Toutes les activités de mobilisation des ressources devraient avoir pour but de susciter un engagement de principe et un concours financier qui se maintiennent au-delà de 1995, pour que le PEV puisse remporter d'autres victoires et mettre au point d'autres interventions et d'autres activités de développement des soins de santé primaires.

XII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Les mesures à prendre pour lutter contre la rougeole aideront à renforcer les soins de santé primaires d'ici à la fin de ce siècle. Il est plus que justifié sur le plan humain de faire régresser cette maladie, ce qui aura par ailleurs des effets bénéfiques sur l'ensemble du PEV et sur les autres maladies cibles.
2. Chaque programme devrait se fixer pour cible une réduction de 95 % de la mortalité due à la rougeole et de 90 % de l'incidence de la rougeole d'ici à 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination. Puisque la réalisation d'une couverture vaccinale élevée est une composante fondamentale de la stratégie de lutte contre la rougeole, arriver à une couverture d'au moins 90 % est un but secondaire important. Les taux de létalité devraient être réduits à moins de 1 %. Pour mesurer les progrès accomplis en vue des buts fixés, il faudra développer encore plus les méthodes de surveillance.
3. Le but ultime est l'éradication de la rougeole mais on n'a pas pu encore définir les stratégies optimales qui permettront d'y parvenir. Les enseignements tirés de l'expérience des pays et régions qui se sont déjà lancés dans une action d'élimination pourraient constituer la base des stratégies mondiales d'éradication.
4. Le relèvement du taux de couverture et l'amélioration de la surveillance de la maladie sont les deux éléments clés de l'amélioration des activités de lutte antirougeoleuse. Pour parvenir au but fixé par l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque programme devra disposer d'un système de surveillance de la maladie permettant de notifier à temps tous les cas de rougeole dans tous les districts.
5. Là où la rougeole est endémique, ce sont généralement les enfants de moins d'un an qui constituent la cible primaire. Tous les enfants devraient recevoir le plus tôt possible, en tenant compte des recommandations concernant le vaccin utilisé, au moins une dose de vaccin antirougeoleux actif satisfaisant aux normes de l'OMS. L'âge exact au moment de la vaccination sera déterminé par les vaccins disponibles et par la situation épidémiologique dans le pays.

6. Il est indispensable pour lutter contre la rougeole de recenser les groupes à haut risque et de les atteindre. L'action antirougeoleuse en milieu urbain sera sans doute déterminante pour la lutte au niveau mondial. Il faut une initiative majeure pour arriver à vacciner les pauvres des villes dont les conditions de vie facilitent la transmission de la maladie. D'autres efforts spéciaux devront peut-être être faits pour les zones rurales reculées, les minorités ethniques et les camps de réfugiés. Il faudrait proposer la vaccination antirougeoleuse dans différents cadres, notamment les dispensaires fixes, les services périphériques, les équipes mobiles et les activités spéciales.

7. Des flambées risquent de se produire même dans les zones où la couverture est moyenne à élevée. Il faudrait recueillir et analyser les données sur les flambées survenues dans ces régions pour pouvoir adapter en conséquence les activités de vaccination. En cas de flambée, il faudra prendre des mesures très vigoureuses, notamment entreprendre des activités d'endiguement dans les pays qui se lancent dans une action nationale et régionale d'élimination. Pour les autres, les activités d'endiguement des flambées sont généralement inefficaces compte tenu des ressources limitées, à moins que le taux de couvertures soit déjà d'au moins 90 %.

8. Il faudrait que les pays établissent à l'intention des agents de santé des lignes directrices pour le traitement de la rougeole ou les réexaminent le cas échéant. La vitamine A devrait être utilisée pour le traitement des cas graves de rougeole dans les zones où l'on sait que la carence en vitamine A est un problème de santé publique, et ce traitement devrait être envisagé également pour les cas graves dans d'autres zones. Tous les niveaux du système de santé devraient disposer de suppléments en vitamine A à usage thérapeutique.

9. En matière de recherche sur la lutte anti rougeoleuse, il faudrait mettre au point de nouveaux vaccins, envisager d'autres voies et stratégies d'administration et déterminer les attitudes vis-à-vis de la vaccination et d'autres interventions au niveau des soins de santé primaires à l'aide de techniques des sciences sociales.

10. De nombreux pays en développement auront besoin dans l'avenir prévisible d'un appui extérieur. Pour renforcer le PEV de façon à atteindre la cible fixée en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité rougeoleuses, il faut trouver des ressources supplémentaires. Mais tout investissement réalisé dans le cadre de la lutte contre la rougeole aura automatiquement des retombées positives sur l'ensemble du PEV. Les ressources supplémentaires

serviront surtout à recruter du personnel additionnel et à renforcer les systèmes de surveillance. L'OMS s'efforcera de recueillir jusqu'à US \$13,56 millions par an au cours des cinq prochaines années tandis que les programmes nationaux devront s'efforcer de mobiliser toutes les ressources disponibles dans le pays.

APPENDICE I

DEFINITION DU CAS DE ROUGEOLE

Définition du cas

Il faudrait adopter une définition uniforme du cas de rougeole et, à des fins opérationnelles, la définition suivante est proposée :

- . Exanthème maculo-papuleux généralisé pendant au moins trois jours, ET
- . Antécédents de fièvre au moins 38°C ou 101°F (Faute de mesure de la température, "CHALEUR" au toucher), ET
- . Au moins l'un des trois symptômes suivants : toux, rhinite ou conjonctivite.

Il faut une définition supplémentaire pour aider les agents de terrain à identifier les cas de rougeole survenus au cours des deux semaines précédentes mais qui ne sont plus aigus. Cette définition devra être affinée.

APPENDICE 2

THEMES DE RECHERCHE SUR LA ROUGEOLE

On trouvera ci-après une liste des thèmes qui, de l'avis du groupe Recherche et Développement du PEV, devraient faire l'objet de recherche:

- mettre au point et expérimenter de nouvelles stratégies de lutte, y compris évaluer l'utilité des "*journées de vaccination*" en tant que stratégie d'éradication de la rougeole;
- évaluer à court et à long terme l'innocuité, l'*immunogénicité*, l'*efficacité clinique* et la persistance des anticorps après l'administration de vaccin antirougeoleux aux enfants de moins de neuf mois;
- examiner l'utilité d'*autres voies* d'administration de différentes souches de vaccin antirougeoleux;
- évaluer l'*impact* de la rougeole et de la vaccination antirougeoleuse sur la mortalité parmi les moins de cinq ans dans des pays en développement de différentes Régions de l'OMS;
- faire des études sur l'impact des schémas de vaccination antirougeoleuse en *deux doses* en milieu urbain et en milieu rural;
- évaluer l'effet des *anticorps maternels* sur les aspects quantitatifs et qualitatifs de la réponse immunitaire humorale et cellulaire suscitée par le vaccin antirougeoleux;
- examiner l'efficacité de la vaccination antirougeoleuse peu après l'*exposition* dans la prévention de la transmission de la maladie;
- déterminer les mécanismes biologiques responsables de la supériorité apparente des *souches* de vaccin Edmonston-Zagreb par rapport à d'autres souches vaccinales à des doses équivalentes chez les nourrissons de moins de neuf mois;
- arriver à mieux comprendre l'origine de l'échec de la *vaccination* primaire et de la *disparition de l'immunité*;
- étudier les *réponses immunitaires* générales et liées aux muqueuses dirigées contre une protéine spécifique du virus de la rougeole après infection ou vaccination;

- mettre au point des *modèles animaux* réalistes correspondant à la maladie chez l'homme en vue d'évaluer l'innocuité, la réactogénicité et l'efficacité des vaccins antirougeoleux expérimentaux;
- mettre au point par génie génétique des *vaccins antirougeoleux* (en utilisant des vecteurs tels que le virus de la vaccine ou des adénovirus);
- mettre au point des vaccins antirougeoleux *sous-unités* à la fois sûrs et efficaces;
- étudier l'issue de la *revaccination* des nourrissons chez lesquels la vaccination a échoué;
- étudier l'emploi d'*adjuvants* avec les vaccins antirougeoleux sous-unités;
- mettre au point des vaccins antirougeoleux à *libération lente*;
- faire de la *recherche sociale* pour mieux savoir comment la population perçoit la maladie et la vaccination et pour déterminer les meilleurs moyens de communiquer;
- mettre au point une épreuve rapide de recherche du virus de la rougeole pour le terrain;
- faire une analyse *coût/avantage* de la lutte contre la rougeole et de l'éradication de cette maladie.

= = =