



Éditorial

Rougeole : vers l'élimination ?

L'Institut de veille sanitaire vient nous rappeler que la France est en situation de voir réapparaître des épidémies de rougeole. La Suisse (464 cas en 2003, 3 encéphalites) et l'Italie (40 000 cas en 2002, 12 encéphalites et 3 décès en Campania) ont déjà connu cette situation.

La France se doit en outre de répondre à l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé : élimination de la rougeole en 2010. Notre pays se situe au niveau 2 ; la couverture vaccinale à 1 dose est supérieure à 90 %, la morbidité est faible et les épidémies sont périodiques. Pour parvenir à ce but la Direction générale de la santé a mis en place un groupe de travail chargé de proposer un plan national d'élimination de la rougeole. Trois grands axes de réflexion peuvent être tracés :

– **Se doter de moyens fiables de surveillance.** La rougeole est actuellement surveillée par un réseau Sentinelles dont les limites ont été soulignées : diagnostic exclusivement clinique de pertinence très faible lorsque la maladie est rare : seuls 3 % des cas suspects en Angleterre sont confirmés. Par ailleurs, aucun cas de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur n'a été signifié par ce réseau.

La réinscription de la rougeole sur la liste des maladies à déclaration obligatoire a déjà été validée par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique, accompagnée d'une incitation forte à la documentation des cas et aidée par la mise en place des tests salivaires (IgM et PCR).

– **Mieux contrôler la transmission du virus** par la révision des procédures d'investigation et de prévention autour des cas.

– **Améliorer la couverture vaccinale.** Des réflexions sont en cours quant à la modification du calendrier vaccinal : âge minimal de la vaccination lorsque les femmes vaccinées seront en âge de procréer ? Âge optimal de la seconde dose et délai entre les deux ? Une ou 2 doses pour le rattrapage des enfants âgés de plus de 6 ans ? Limite à 13 ans du rattrapage des sujets ayant échappé à la vaccination et à la maladie ?

Une réflexion stratégique s'impose. En effet, les campagnes de rattrapage ont démontré leur efficacité au Royaume-Uni mais ont probablement aussi favorisé les campagnes de dénigrement du vaccin, accusé de provoquer l'autisme. Cette mesure est probablement inenvisageable.

La solution serait de mieux communiquer, avec les familles, le grand public et les médias, sans oublier le corps médical, dont la réticence d'une petite proportion représente un des obstacles essentiels à la réalisation de l'objectif. L'engagement des autorités de santé dans la politique vaccinale doit enfin apparaître plus clairement.

Ces mesures pourraient servir de modèle dans l'optique d'une révision de notre système réglementaire régissant les vaccinations.

Professeur Daniel FLORET

Président du Groupe de Travail Rougeole

La rougeole en France : impact épidémiologique d'une couverture vaccinale sub-optimale

Isabelle Bonmarin, Isabelle Parent du Châtelet, Daniel Lévy-Bruhl

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

L'introduction de la vaccination a fait chuter l'incidence de la rougeole dans beaucoup de pays mais cette maladie est encore la principale cause de mortalité infantile évitable par la vaccination (777 000 décès par an) dans le monde [1].

En 1994, le continent américain s'est engagé dans une politique d'élimination de la maladie et en 2002, seuls deux pays d'Amérique Latine observaient encore une transmission autochtone du virus [2]. Les pays d'Europe, dont la France, se sont engagés à leur tour en 1998 [3] à éliminer la rougeole d'ici 2010. La Finlande n'enregistre déjà plus de cas autochtone depuis 1996 [4].

Le niveau de couverture vaccinale à atteindre pour interrompre la transmission autochtone du virus de la rougeole a été estimé à au moins 95 % avec 2 doses [5,6].

ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE VACCINALE

Le vaccin a été mis sur le marché en France en 1966 et introduit dans le calendrier vaccinal en 1983, à l'âge de 12-15 mois en association avec la vaccination rubéole. Trois ans plus tard, la vaccination contre les oreillons y était associée (vaccin triple). En 1996, une seconde dose, justifiée par la perspective

d'élimination de la maladie, était introduite pour les enfants âgés de 11 à 13 ans et a été avancée entre 3 et 6 ans en 1997 [7]. Cette seconde dose permet de protéger les enfants qui n'ont pas répondu à la primo-vaccination (5 à 10 % d'échecs). Elle évite l'accumulation de sujets non immuns et empêche ainsi l'éclosion de foyers épidémiques.

Jusqu'à 6 ans, il est recommandé d'administrer 2 doses à chaque enfant. Passé cet âge et jusqu'à 13 ans, une seule dose est proposée à ceux qui auraient échappé complètement à la vaccination.

COUVERTURE VACCINALE

La couverture nationale des enfants à 2 ans pour la première dose est passée de 32 % en 1985 à 80 % en 1994 et stagne depuis à moins de 85 %. En 2001, elle était de 84,6 % à 2 ans, de 92 % à 4 ans et de 94 % à 6 ans [8]. Ces niveaux de couverture recouvrent cependant une grande disparité entre les départements, les départements de faible couverture étant localisés en majorité dans le sud de la France.

L'analyse des prescriptions de vaccin triple en milieu libéral [9] est en faveur d'un rattrapage important du statut vaccinal contre la rougeole depuis 1998 chez les enfants au-delà de 6 ans