

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**EVENTUEL OBJECTIF MONDIAL
D'ERADICATION DE LA ROUGEOLE : BENEFICES
VERSUS FAISABILITE EN FRANCE ?**

– Groupe n°17 –

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| – BUCKENMEIER Nicolas, IES | – JURVILLIER Thibault- DH |
| – CARDON Stéphane, PHSP | – KORDYLAS Murielle– IASS |
| – ETTWILLER Valérie – DS | – PASCALON Mathilde– AAH |
| – FREYCHE Caroll – D3S | – PERRIN Thierry – D3S |
| – GIBAUD Frédéric – DH | – PIGNOLET Delphine - IASS |
| – GODIN BENHAIM Christine - | |

Animatrice
MUELLER Judith

Sommaire

Introduction	1
1 Légitimité et justification de l'objectif d'éradication de la rougeole	3
1.1 La légitimation de l'objectif d'éradication au regard de l'examen de la gravité de la maladie et de l'efficacité du vaccin.	3
1.1.1 La question de la légitimité de l'objectif d'éradication de la rougeole se pose au regard d'autres maladies à prévention vaccinale figurant parmi les recommandations vaccinales d'autres Etats.....	3
1.1.2 L'efficacité du vaccin permet-elle d'envisager l'élimination de la maladie ?	5
1.2 L'émergence d'une politique globalisée d'élimination de la rougeole.....	6
1.2.1 Un programme de lutte d'abord porté par les Etats.....	6
1.2.2 La nécessaire coordination mondiale pour atteindre l'éradication de la maladie	6
1.2.3 Un souci d'argumenter la poursuite de cet objectif par l'OMS	8
2 La politique française d'élimination	9
2.1 Dans un contexte d'incidence faible de la maladie en France, le plan 2005-2010 dessinait une politique ambitieuse mais dont la mise en œuvre a tardé.	10
2.1.1 La politique française désormais formalisée dans le plan suit 3 axes	10
2.1.2 Une application progressive du plan	11
2.2 Un contexte d'épidémie a requis une adaptation du plan et a renforcé la nécessité de faire évoluer ses outils	13
2.2.1 Confronté à des flambées épidémiques ces 3 dernières années, le plan a dû être adapté	13
2.2.2 Enseignements de la politique menée depuis 2005.	14
3 La faisabilité de l'élimination de la rougeole en France	18
3.1 L'objectif d'éliminer la rougeole à l'échelle de la France semble lié à des freins clairement identifiés.....	18
3.1.1 La compréhension des blocages vise à lever certaines résistances à la surveillance de la rougeole et à l'extension de la couverture vaccinale	18
3.1.3 Une approche organisationnelle à simplifier.....	21
3.2 Les axes d'amélioration en vue d'une élimination de la rougeole en France....	22

3.2.1 Renforcer le dispositif de la vaccination de la rougeole	22
3.2.2 Améliorer les actions menées en faveur de la vaccination de la rougeole.....	23
3.2.3 Proposer de nouvelles pistes d'amélioration	25
Conclusion générale	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes	I

Remerciements

Nous tenons à adresser nos remerciements à :

- Madame Judith MUELLER, médecin épidémiologiste, professeure à l'EHESP, animateur de notre groupe de travail qui nous a apporté ses conseils pour mener notre étude.
- Nos différents interlocuteurs, qui dans des délais très contraints, ont accepté de nous recevoir et de nous faire bénéficier de leurs connaissances et expertise dans le domaine de la prise en charge de la rougeole en France.
- Nos différents interlocuteurs qui ne pouvant nous recevoir, ont néanmoins accepté de nous accorder des rendez-vous téléphoniques, afin de nous aider à cheminer dans notre réflexion.
- L'ensemble de l'équipe chargée de l'organisation du MIP, pour les moyens logistiques mis à notre disposition.

Méthodologie

Le module interprofessionnel, qui s'est déroulé sur 9 jours, a été pour notre groupe de 11 professionnels l'occasion d'étudier une problématique de santé publique en permettant le décloisonnement entre les filières de formation, la confrontation de logiques différentes et le partage de savoirs.

L'école nous a permis d'avoir à disposition un local de travail pourvu de matériel informatique, d'un téléphone et l'accès au centre de ressources documentaires. Des moyens matériels tels que : deux dictaphones et un budget destiné aux transports nous ont été octroyés.

L'accompagnement dans cette démarche a été réalisé par une animatrice en présentiel et par courriel selon les besoins du groupe.

Organisation du travail du groupe

- « Brain storming » avec l'animateur
- Définition du sujet, élaboration d'une première problématique, de façon à redéfinir le sujet. Structuration : 3 grands axes se sont rapidement dégagés au terme des échanges. Il a été arrêté par le groupe que la rubéole congénitale n'entrait pas dans le champ de notre étude.
- Répartition des membres du groupe sur les 3 axes, en formant 3 sous-groupes.
- Nous avons réfléchi aux interlocuteurs les plus pertinents. Prise de rendez-vous avec les différents interlocuteurs dès la première semaine.
- Elaboration collective de grilles d'entretien, recensement des questions à poser à chaque interlocuteur.

Recherche documentaire

Les sources institutionnelles régionales (ARS), nationales (Ministère de la santé, InVS, INPES) et internationales (OMS, ECDC) ont constitué l'essentiel des documents consultés par Internet. La lecture des textes réglementaires a pu utilement compléter les sources quant à la politique française. Sur certains points spécifiques, des articles de journaux scientifiques nous ont permis d'appuyer notre réflexion. La recherche par mots-clés (« rougeole » + « vaccination ») au centre documentaire de l'EHESP nous a en outre orientés vers des ouvrages traitant de la politique vaccinale.

Méthode d'analyse

Au sein de chaque sous-groupe, une même méthode a été adoptée. Partir de faits établis et incontestables (données épidémiologiques, études scientifiques, corpus législatif et réglementaire en vigueur) pour en extraire les données les plus pertinentes susceptibles d'apporter des réponses aux questions soulevées par le sujet, ce qui nous a permis une analyse critique et d'aboutir à des préconisations.

Cette méthode nous a conduits à construire nos entretiens, sur un mode semi-directif, selon le même procédé en consultant les acteurs les plus impliqués sur la question : la DGS pour son rôle central dans la définition des politiques de santé et en particulier le pilotage du plan, l'InVS pour sa vision nationale sur l'état épidémiologique de la population, les ARS qui déclinent au niveau régional de la politique nationale, et également les acteurs de terrain (CHU, MEN) pour leur connaissance de la population vis-à-vis de la maladie. Chaque entretien a donné lieu à une restitution devant le groupe pour que chacun puisse exploiter toutes les informations nécessaires à la partie dont il avait la charge.

Au regard de tous les éléments collectés au terme de nos recherches et entretiens nous est apparue la nécessité d'adapter la structure de notre étude, en la resserrant autour des éléments cruciaux de la problématique.

Liste des sigles utilisés

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS	Agence Régionale de Santé
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CAM	Caisse d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CIRE	Cellule Interrégionale d'Epidémiologie
CRPV	Commission Régionale de la Politique Vaccinale
CV	Couverture Vaccinale
CVAGS	Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaires
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DO	Déclaration Obligatoire
DT	Délégation Territoriale
ECDC	European Center for Disease prevention and Control - Centre européen de contrôle des maladies
EGB	Echantillon Généraliste des Bénéficiaires
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS	Institut de Veille Sanitaire
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MEN	Médecin de l'Education Nationale
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies

PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programmes Médicalisés des Systèmes d'Informations
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIRAM	Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund ou Fonds des Nations unies pour l'enfance
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

« *Comptez vos enfants après la rougeole* »¹ a-t-on coutume de dire dans certains pays. Aussi, les mères ne prénomment leurs enfants que lorsqu'ils ont survécu à la rougeole.

Causée par un virus, la rougeole, historiquement connue sous le nom de « peste de Galien » est une maladie très contagieuse. Parmi les maladies évitables par la vaccination, elle reste une des principales causes de décès chez l'enfant.

La rougeole a ainsi marqué l'histoire par ses épidémies meurtrières en décimant l'armée romaine. Elle a été responsable du décès de deux tiers des indigènes qui avaient survécu à la variole en 1529 à Cuba. On la retrouve au Honduras, au Mexique, en Amérique Centrale et dans la civilisation inca. En Europe, des épidémies sévèrent en 1840, 1860 et 1880. En 1954, le virus causant la maladie peut être isolé aux États-Unis, ce qui permettra quelques années plus tard de développer un vaccin devenu disponible en 1963.

Plus récemment, avant la mise en place de la vaccination généralisée en 1980, la rougeole causait environ 2,6 millions de décès chaque année. La mortalité a été divisée par trois à la fin des années 1980, après dix ans d'une politique de vaccination de masse. Entre 2000 et 2010, une baisse de 74%² de la mortalité a été enregistrée.

Néanmoins, la rougeole reste à l'origine de centaines de milliers de morts par an, ce qui représente 380 décès par jour ou 15 par heure dans le monde.

Toutefois, l'élimination de la rougeole, à savoir la disparition de la transmission autochtone du virus d'une zone géographique, est possible comme en témoigne la réussite sur le continent américain et en Finlande par exemple. Cette volonté d'élimination du virus s'inscrit dans le cadre du quatrième objectif du millénaire pour le développement – réduire la mortalité infantile – porté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La zone européenne de l'OMS est également engagée dans le processus d'élimination de la maladie. La rougeole est surveillée par le centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). 90% des cas recensés en 2011 par cet organisme sont concentrés sur 5 pays : l'Italie, la Roumanie, l'Espagne, l'Allemagne et le France. Cette dernière représente à elle seule 50% des cas de la zone ECDC.

¹ OMS, « L'enfant, la rougeole et l'œil », avril 2012, Aide mémoire n° 286, p.15.

² OMS, Measles facts sheets n°286, avril 2011

Ce constat reste valable malgré les investissements de la France dans le cadre du Plan d'élimination de la rougeole 2005-2010. En effet, de nombreux pics de résurgence sont à déplorer dans plusieurs régions françaises.

La question de l'éradication de la rougeole se pose aujourd'hui comme en témoigne les travaux de l'OMS, d'autant plus que cette maladie répond aux critères correspondant aux maladies éradicables :

- le réservoir du virus est exclusivement humain ;
- il existe un vaccin efficace et de surcroît peu coûteux ;
- des tests diagnostiques sont disponibles et permettent une surveillance affinée.

L'éradication est la situation où il n'y a plus de pathogène en circulation. L'élimination est celle où il n'y a plus de cas de maladie mais le pathogène circule toujours. Donc, pour atteindre l'objectif à terme d'éradication du pathogène, l'élimination de la maladie dans toutes les zones du globe constitue un préalable indispensable. C'est cette cible qu'il s'agit aujourd'hui de poursuivre. Dans cette étude, le terme éradication renvoie donc à l'objectif global tandis que le terme élimination renvoie aux politiques nationales de santé publique.

Outre la question de la légitimité d'une élimination et de la priorité à donner ou non à la lutte contre la rougeole parmi les politiques de santé, la faisabilité de cet objectif fait aujourd'hui débat. Quel est le bilan coût-avantage du dispositif d'élimination de la rougeole ? Au regard de ce dernier et de l'épidémiologie de la rougeole, serait-il envisageable de ne pas poursuivre les actions menées en faveur de l'élimination ?

Aussi, dans une première partie nous envisagerons la légitimité et la justification de l'objectif d'élimination de la rougeole. Ensuite un deuxième volet traitera de la politique française de lutte contre la maladie. Enfin, nous conclurons ce travail en étudiant les freins et les axes d'amélioration de la faisabilité de l'élimination de la rougeole.

1 Légimité et justification de l'objectif d'éradication de la rougeole

1.1 La légitimation de l'objectif d'éradication au regard de l'examen de la gravité de la maladie et de l'efficacité du vaccin.

Les données générales sur la maladie présentées en annexe n°1bis démontrent que :

- la rougeole, considérée à tort comme une maladie infantile bénigne peut avoir des conséquences graves du fait de ses complications ;
- la vaccination apporte une protection efficace et sûre.

Forts de ces constatations, nous avons choisi de porter spécifiquement notre analyse sur deux points particuliers :

- la gravité de la maladie justifie-t-elle un objectif spécifique d'élimination voire d'éradication, par comparaison avec d'autres maladies virales à prévention vaccinale ?
- l'efficacité du vaccin et des stratégies vaccinales permet-elle d'envisager sérieusement l'élimination voire l'éradication de la maladie ?

1.1.1 La question de la légitimité de l'objectif d'éradication de la rougeole se pose au regard d'autres maladies à prévention vaccinale figurant parmi les recommandations vaccinales d'autres Etats.

La varicelle est également une maladie virale très contagieuse, le plus souvent bénigne mais responsable néanmoins de 20 décès chaque année en France en l'absence de vaccination généralisée. On recense ainsi 700 000 cas de varicelle par an dont 90 % ont moins de 10 ans, entraînant 3000 hospitalisations dont 75 % ont moins de 10 ans et 20 décès dont 70 % chez des personnes de plus de 10 ans³. La varicelle est surveillée par le réseau Sentinelles depuis 1990. Sa gravité augmente avec l'âge du patient. Elle peut entraîner des surinfections cutanées, des complications neurologiques ou pulmonaires et également un risque de fœtopathie et de varicelle néonatale quand une femme enceinte est infectée.

La vaccination des enfants de plus de 12 mois n'est cependant pas recommandée en France. Le vaccin est recommandé dans certaines circonstances en l'absence d'antécédents de varicelle : adolescents de 12-18 ans, femmes en âge de procréer, vaccination post-

³<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Varicelle/Qu-est-ce-que-la-varicelle>

exposition, professionnels de santé et personnels en contact avec la petite enfance, personnes en contact étroit avec des personnes immunodéprimées et enfants candidats receveurs à une greffe d'organe solide⁴. Dans son avis du 5 juillet 2007 relatif aux recommandations de vaccination contre la varicelle, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) ne préconise pas la vaccination généralisée contre la varicelle dès l'âge de 12 mois, comme en Allemagne ou aux Etats-Unis. Pour fonder sa décision, il s'appuie notamment sur l'expérience américaine, l'efficacité limitée du vaccin, les risques liés à la varicelle chez la femme enceinte voire au manque d'adhésion des professionnels de santé et des familles au vaccin. Le HCSP souhaite éviter que se produise en France, en l'état des connaissances scientifiques sur la maladie et le vaccin, un déplacement de l'âge de survenue des cas et corrélativement une augmentation des complications de la varicelle. Certains Etats, comme les Etats-Unis ou le Canada, ont fait le choix pourtant de recommander la vaccination arguant des conséquences potentiellement graves de la maladie y compris chez les jeunes enfants. Certains professionnels rencontrés considèrent qu'à plus ou moins brève échéance, le vaccin contre la varicelle pourrait également entrer dans le calendrier vaccinal français à condition d'être associé par exemple au vaccin Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) (annexe XIV).

Afin de pouvoir comparer la gravité de ces deux maladies, il faut se replacer dans un contexte antérieur à la généralisation de la vaccination. L'examen comparé de données épidémiologiques recensant mortalité et morbidité associées à la varicelle et à la rougeole, avant la généralisation des vaccins respectifs, montre un caractère de gravité de la varicelle inférieure à celui de la rougeole⁵.

Si la vaccination a eu pour effet d'espacer les épidémies de rougeole, de diminuer leur intensité, de réduire l'incidence de la maladie dans toutes les tranches d'âge, elle a eu aussi pour effet d'augmenter lors des épidémies le pourcentage de cas dans les tranches d'âges les plus âgées.⁶

Concernant la varicelle, avant la généralisation du vaccin, les Etats-Unis connaissaient environ 4 millions de cas de varicelle par an (et un nombre similaire de cas de rougeole)

⁴ Recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section des maladies transmissibles, 19 mars 2004.

⁵ Peter M. Strebel^[4], Mark J. Papania, Gustavo H. Dayan, Neal A. Halsey Measles vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. Saunders Elsevier; 2008

⁶ <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Qu-est-ce-que-la-rougeole>

causant 100 à 150 décès par an et jusqu'à 13 000 hospitalisations lorsque la rougeole causait 500 décès et 48 000 hospitalisations par an⁷.

En conclusion, il apparaît justifié de concentrer les efforts sur le contrôle de la rougeole en l'absence d'un programme de vaccination contre la varicelle en France.

De plus, un consensus existe actuellement sur le fait que, comme le HCSP le craint à propos d'une vaccination généralisée contre la varicelle, la vaccination contre la rougeole a entraîné un décalage de l'âge de survenue de la maladie avec corrélativement une croissance du nombre de cas graves. En conséquence, il n'apparaît plus y avoir d'autres alternatives pour limiter l'incidence de la maladie que de poursuivre la politique d'élimination de la rougeole en augmentant la couverture vaccinale de la population.

1.1.2 L'efficacité du vaccin permet-elle d'envisager l'élimination de la maladie ?

Afin d'atteindre l'élimination de la rougeole, préalable indispensable à son éradication, il est nécessaire d'obtenir une proportion de personnes immunes dans la population située entre 90 et 95 %, en raison de la contagiosité élevée de la maladie (R_0 rougeole entre 10 et 20 : une personne malade en contamine entre 10 et 20). L'efficacité du vaccin permet d'atteindre ces taux d'immunité. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) dans son guide vaccination 2012 indique en effet que *« le taux de séroconversion immédiate à la suite d'une vaccination contre la rougeole réalisée après l'âge de 12 mois est très élevé ; il varie suivant les études entre 97 % et 100 %. Le pouvoir protecteur réel, tel que les enquêtes épidémiologiques peuvent le mesurer à l'occasion de phénomènes épidémiques, varie entre 90 % et 95 % pour des enfants vaccinés plusieurs années auparavant. Les enquêtes ayant conclu à un pouvoir protecteur voisin de 95 % sont cependant majoritaires. »*⁸

Partant de l'ensemble de ces constats, les Etats ont dès les années 1960 entrepris, sinon d'éliminer, au moins de limiter la rougeole sur leur territoire en généralisant la vaccination. Des expériences encourageantes d'élimination de la rougeole ont été conduites en Finlande, aux Etats-Unis et plus récemment en Grande Bretagne. L'objectif d'élimination en France ne peut qu'être poursuivi malgré les constats effectués : recul de l'âge

⁷ Anne A. Gershon, Michiaki Takahashi, Jane F. Seward Varicella vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. Saunders Elsevier; 2008

⁸http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_la_rougeole.pdf.

d'apparition de la maladie et augmentation parallèle des complications qui ne pourront être limités qu'en augmentant la couverture vaccinale de la population française.

La faisabilité technique est une condition nécessaire mais non suffisante pour éliminer la maladie. La coordination des politiques nationales est un autre élément indispensable pour endiguer la rougeole à l'échelle mondiale.

1.2 L'émergence d'une politique globalisée d'élimination de la rougeole

L'élimination de la rougeole est envisageable techniquement et souhaitable d'un point de vue épidémiologique. Un tel projet implique une volonté forte pour réussir cet objectif de santé publique. Nous nous sommes donc particulièrement intéressés aux points suivants :

- Quels ont été les acteurs porteurs de la politique d'élimination de la maladie ?
- Comment justifient-ils la poursuite de cet objectif ?

1.2.1 Un programme de lutte d'abord porté par les Etats

Les Etats-Unis sont le premier pays à pratiquer une vaccination de masse à partir de 1963. En France, la première autorisation de mise sur le marché (AMM) a été délivrée en 1966. Pour autant, ce n'est qu'en 1983 que la vaccination a été introduite dans le calendrier vaccinal. La seconde dose de ROR a été insérée dans le calendrier vaccinal en 1996, initialement à l'âge de 11-13 ans.

Depuis 1960, la plupart des pays ayant atteint un niveau de développement suffisant de leur système de santé ont déployé un programme de vaccination permettant d'atteindre dans certains cas l'élimination de la maladie, notamment sur le continent américain.

Mais la contagiosité de la maladie, la circulation des personnes et la pauvreté endémique de certaines régions du monde nécessitent une action concertée entre plusieurs acteurs interétatiques et non-gouvernementaux.

1.2.2 La nécessaire coordination mondiale pour atteindre l'éradication de la maladie

L'incidence de la maladie et ses effets sont très contrastés dans les différentes régions du monde. Schématiquement, elle est éliminée en Amérique où il n'y a plus de rougeole endémique mais simplement des cas importés. A l'inverse, elle est très présente et létale dans des pays pauvres sans système de santé structuré. Les pays de l'Europe et notamment la France sont au milieu du gué avec une couverture vaccinale qui a permis de réduire

drastiquement l'incidence et les conséquences de la maladie mais qui n'a pas permis de l'éliminer.

Cela conduit à des enjeux locaux assez différents pour la réalisation d'un objectif de santé mondial. Dans les pays les plus touchés, il s'agit toujours de réduire considérablement l'incidence et les conséquences de la maladie. Dans les pays comme la France, l'objectif est de continuer à augmenter la protection vaccinale pour mettre un terme à la circulation du virus et aux épidémies sporadiques qui ont des coûts humains et financiers. Dans les pays où elle est d'ores et déjà éliminée, l'atteinte de l'objectif au niveau mondial permettrait de consolider la situation en évitant de nouveaux cas importés et éventuellement d'éradiquer définitivement la maladie. Du fait de la circulation des personnes, l'éradication mondiale n'est possible que si la maladie est éliminée dans toutes les régions du monde.

A ce titre, l'OMS joue un rôle prépondérant mais non exclusif dans la politique d'élimination de la rougeole. En effet, si c'est à son niveau et dans ses antennes régionales que sont discutées et étudiées l'opportunité et la faisabilité des objectifs, ce sont les administrations des Etats qui mettent en œuvre les programmes. Dans les Etats où le système de santé est défaillant, les organisations non gouvernementales (ONG) vont se substituer aux autorités locales pour pratiquer la vaccination.

Par ailleurs, la lutte contre la rougeole tient une place importante dans le quatrième objectif du millénaire pour le développement qui est consacré à la réduction de la mortalité infantile et post-infantile. L'accès aux vaccins de la rougeole par les plus pauvres et la diminution de la mortalité par la rougeole sont des indicateurs suivis pour évaluer l'atteinte de l'objectif. Dans un document de 2011, l'Organisation des Nations Unies (ONU) constate qu'*«entre 2000 et 2008, une meilleure couverture vaccinale combinée à la possibilité d'administrer une seconde dose a entraîné une baisse de 78 % des décès attribuables à la rougeole dans le monde. Ces décès évités représentent un quart de la baisse de la mortalité toutes causes confondues pour les enfants de moins de 5 ans.»*⁹ Ces résultats sont encourageants. Mais dans le même document, il est fait état de menaces qui pèsent sur la poursuite de l'objectif. Il s'agit notamment de la réduction des fonds destinés aux activités antirougeoleuses qui pourraient conduire certains pays à manquer de ressources pour les vaccins de routine et les campagnes de vaccination, ce qui expliquerait le nombre croissant d'épidémies.

⁹ ONU, Rapport de 2011 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, p.27

La réalisation de cet objectif est notamment portée depuis 2001 par l'American Red Cross, la Fondation des Nations Unies, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, l'UNICEF et l'OMS, sous le nom d'Initiative contre la rougeole et la rubéole.

La réussite de la politique d'élimination de la rougeole nécessite une politique globale et coordonnée. Cette politique ne peut être portée sans une justification étayée par l'OMS et une appropriation de celle-ci par les Etats.

1.2.3 Un souci d'argumenter la poursuite de cet objectif par l'OMS

En 2009, un rapport du secrétariat de l'OMS¹⁰ consacré à l'élimination de la rougeole, pose la question de savoir si cet objectif ambitieux était faisable et bien-fondé. Dans ses communications ultérieures, une réponse positive est apportée à ces interrogations¹¹.

Les principaux arguments avancés sont la faisabilité biologique, la faisabilité programmatique et opérationnelle, la disponibilité des vaccins, le rapport coût/efficacité. A cet égard, il serait intéressant de réaliser un bilan coût bénéfice d'une politique aboutie d'élimination de la maladie, incluant non seulement le coût du vaccin mais aussi le coût de la communication et de la logistique au regard du coût de la maladie dans les systèmes de santé. Le renforcement des systèmes de santé dans les pays qui mettent en place une politique permettant l'élimination est également indiqué.

L'élimination de la maladie dans la région panaméricaine est mise en avant comme exemple de faisabilité de l'objectif. Il conviendrait de s'interroger sur les déterminants qui ont permis cette réussite, y compris dans des pays dans lesquels le système de santé n'est pas aussi développé qu'en Europe où cet objectif n'est pas atteint dans tous les pays. Des dates butoir, successivement repoussées, ont été assignées aux différentes régions de l'OMS pour atteindre ces objectifs. Ainsi, la date de 2010 avait été retenue pour l'Europe et 2020 pour l'Afrique.

Dans ce contexte, la politique française s'inscrit à la fois dans un cadre de protection de la santé de sa population et dans un cadre plus global où le non-respect de ses engagements retarde l'éradication de la maladie au niveau mondial. A ce titre, elle fait partie des pays d'Europe de l'Ouest cités par l'OMS avec des résurgences notables de la maladie.

¹⁰ OMS, Elimination mondiale de la rougeole, rapport du secrétariat EB125/4

¹¹ OMS, Eradication mondiale de la rougeole, rapport du secrétariat, A63/18

2 La politique française d'élimination

Contexte d'élaboration du plan français d'élimination

La France, liée par ses engagements au sein de l'OMS et en particulier par l'objectif d'éliminer la rougeole de la zone européenne à l'horizon 2010, a décidé avec le Plan d'élimination de la rougeole 2005-2010 de rénover sa politique d'action contre la maladie. En 2004, l'analyse de la situation de la France concernant la lutte contre la rougeole faisait apparaître certaines caractéristiques auxquelles le plan devait répondre :

- Le niveau de couverture pour une dose s'établissait à 84 % à 2 ans et 90-91 % à 5-6 ans, des niveaux de couverture vaccinale insuffisants pour atteindre l'objectif d'élimination de la maladie. ¹²

- La période qui a suivi l'introduction de la vaccination en France a été marquée par un fort recul de l'incidence de la maladie, passant de plus de 300 000 cas par an en 1986 à 10 500 cas en 2003 correspondant à un taux d'incidence de 16 cas pour 100 000. (cf. annexe D)

- Une circulation active du virus dans le sud-est de la France au cours du premier semestre 2003 a révélé l'exposition de la population au risque épidémique, lié à un niveau d'immunité sous-optimal.

- Lacunes du système français de surveillance depuis l'abandon de la déclaration obligatoire des cas de rougeole (cf. annexe II)

- Les indicateurs internationaux placent la France en retrait au regard du contrôle de la maladie (cf. annexe III)

La France, membre de la Région Européenne de l'OMS et par ailleurs consciente des limites de sa stratégie, a décidé d'entrer dans la démarche initiée par l'institution. De ce fait, un groupe de travail a élaboré un plan national d'élimination de la rougeole, fixant les grands axes de la stratégie française et rénovant ses moyens.

Deux ans après la fin du plan et à l'heure où les objectifs d'élimination sont réaffirmés par la zone européenne de l'OMS, cette seconde partie s'attache à analyser la politique menée par la France depuis 2005 pour lutter contre la rougeole. Il s'agit d'étudier plus précisément la mise en œuvre des différentes mesures et les résultats obtenus. Le retour d'expérience lié au plan permettra d'évaluer l'écart entre la situation actuelle et les

¹² InVS, Surveillance de la rougeole en France, Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie, 2004.

objectifs à atteindre. Pour y parvenir, une attention particulière sera portée aux leviers d'action les plus pertinents au regard de la période précédente.

Lancé dans un contexte d'incidence faible de la maladie en France, le plan 2005-2010 dessinait une politique ambitieuse mais dont la mise en œuvre a tardé. L'épidémie de rougeole enregistrée en 2008-2011 a requis une adaptation du plan et a renforcé la nécessité de faire évoluer ses outils.

2.1 Dans un contexte d'incidence faible de la maladie en France, le plan 2005-2010 dessinait une politique ambitieuse mais dont la mise en œuvre a tardé

2.1.1 La politique française désormais formalisée dans le plan suit 3 axes

A) Les mesures visant à améliorer la surveillance épidémiologique

L'objectif ultime de la surveillance est de s'assurer de l'élimination du virus. Cependant en amont de cet objectif, l'intérêt est de documenter la circulation du virus pour adapter les actions de prévention. Afin de bénéficier d'une surveillance efficace, le plan préconise quatre mesures visant d'une part à collecter les informations sur la circulation du virus et d'autre part à s'assurer de la représentativité des données ainsi recueillies.

De ce fait, la rougeole redevient une maladie à déclaration obligatoire (MDO) auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) – puis de l'Agence Régionale de Santé (ARS) – et les professionnels de santé ont à leur disposition les moyens d'identification biologique de la maladie, avec une incitation forte à y recourir. Cette identification peut être réalisée à partir d'une analyse sanguine en laboratoire ou d'un test salivaire mis à disposition des cliniciens en période de flambée de la maladie.

Pour confirmer les déclarations, la mise en place d'un réseau de laboratoires est préconisée. Les données arrivent alors en doublons avec celles fournies par les praticiens, mais après un délai plus important. L'objectif n'est pas de traiter dans l'urgence les cas, mais bien de s'assurer d'un taux de déclaration suffisant.

B) Une adaptation du calendrier vaccinal

Le calendrier vaccinal est modifié, tant concernant la vaccination des nouvelles générations que des mesures de vaccination de rattrapage, concernant les générations antérieures.

La première dose de vaccin trivalent est désormais recommandée à l'âge de 12 mois voire à 9 mois pour les enfants accueillis en collectivité. La deuxième dose de vaccin trivalent doit être administrée au cours de la deuxième année.

Concernant les générations nées avant l'entrée en vigueur du plan, des mesures de rattrapage sont prévues avec une deuxième dose de vaccin pour les enfants nés après 1992 et l'administration d'une dose de vaccin trivalent pour les personnes nées entre 1980 et 1991.

C) Conduite à tenir autour des cas

Le plan révisé la conduite à tenir autour d'une suspicion ou d'une confirmation de cas de rougeole. Des mesures particulières sont également prescrites pour les cas groupés.

Lorsqu'un cas de rougeole est présumé, le médecin en contact avec le patient réalise une déclaration obligatoire (DO) auprès de la DDASS (ARS). Il recherche ensuite parmi les contacts « proches » du patient des personnes n'ayant pas été vaccinées et n'ayant jamais exprimé la maladie. Si le cas de rougeole est confirmé biologiquement, le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DDASS (ARS) procède à une recherche similaire pour les contacts en collectivité. Des vaccinations post-exposition et/ou l'administration d'immunoglobulines pour les personnes à risque peuvent être proposées.

Lorsque la DDASS (ARS) se trouve face à des cas groupés de rougeole, elle applique les mesures présentées ci-dessus et informe la population par communiqué de presse puis adresse un rapport d'investigation à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) à la fin de l'épisode.

2.1.2 Une application progressive du plan

A) 2005-2008 : une période de faible appropriation du plan par les acteurs

Acteurs institutionnels

Plusieurs facteurs ont conduit à ce qu'une faible publicité soit donnée à ce plan et que son appropriation par les différents acteurs ne soit pas immédiate.

La diminution de l'incidence de la rougeole jusqu'en 2008 a peut-être conduit à une faible mobilisation des acteurs autour de cette maladie. Peu d'initiatives gouvernementales ont en effet été enregistrées entre 2005 et 2008.

Selon le responsable de la politique vaccinale et de la lutte contre la rougeole au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, les difficultés de mise en œuvre du plan s'expliquent entre autres par le transfert en 2005-2006 des activités de vaccination et d'autres activités de prévention des collectivités locales vers la DDASS. La redéfinition des missions des Centres départementaux de vaccination a mobilisé les services aux dépens du plan.

Professionnels de santé

La première mesure mise en œuvre, la classification de la rougeole comme maladie à déclaration obligatoire (MDO), bien que rapidement adoptée, a souffert d'un manque d'adhésion de la part des professionnels de santé. Les premières années du plan ont donc été marquées par une sous-déclaration extrêmement importante, les professionnels de santé sur le terrain n'ayant pas réellement intégré cette problématique. Pour preuve, les premiers signalements sensibles n'ont été enregistrés qu'à partir de 2007-2008. De plus cette maladie était parfois perçue par les médecins comme bénigne. La communication envers eux n'a peut-être pas été suffisante pour qu'ils s'approprient les enjeux de cette déclaration.

B) Mise en œuvre réglementaire du plan

Certaines mesures préconisées ont vu leurs textes réglementaires publiés sans délai, ce qui a permis une mise en œuvre rapide. Ce fut le cas notamment pour le passage de la rougeole en MDO¹³. Mais pour beaucoup de mesures, les textes ont été adoptés plus tard. En effet, il faut attendre la circulaire du 4 novembre 2009¹⁴ pour que les mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des principaux axes du plan soient diffusées.

C) Un plan à long terme

Enfin, le délai de mise en œuvre du plan doit être mis en relation avec la nature particulière des mesures qu'il prescrit. En effet, le plan d'élimination de la rougeole pose les principes d'une politique de lutte contre la rougeole à long terme. La quasi-totalité des mesures qu'il prévoit sont appelées à se prolonger au-delà de 2010, jusqu'à ce que les objectifs soient atteints, c'est-à-dire que la rougeole soit éliminée en France.

Si cela permet une constance dans la stratégie mise en œuvre, et contribue à inscrire les actions prescrites dans un temps plus long nécessaire à l'adaptation des structures et plus propre à influencer les comportements des individus, la reconduction automatique du plan nécessiterait en parallèle une évaluation régulière de ses dispositions et de ses résultats.

¹³ Décret no 2005-162 du 17 février 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire

¹⁴ Circulaire N° DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés

La résurgence du virus de la rougeole en France à partir de l'année 2008 a d'ailleurs amené à faire évoluer certaines des mesures prévues par le plan, et conduit à envisager des aménagements souhaitables dans la politique française de lutte contre la rougeole.

2.2 Un contexte d'épidémie a requis une adaptation du plan et a renforcé la nécessité de faire évoluer ses outils

2.2.1 Confronté à des flambées épidémiques ces 3 dernières années, le plan a dû être adapté

A) Le phénomène d'accumulation des susceptibles

Les rédacteurs du plan ont évoqué l'hypothèse, vérifiée depuis, que chaque génération comprend une frange d'enfants non vaccinés¹⁵. Année après année, ces sujets viennent « gonfler » le nombre relatif de population non immunisée (la population immunisée étant constituée des vaccinés nés après 1980 et des immunisés par le virus « sauvage » nés avant 1980). Ce groupe atteint au bout d'un certain temps un nombre suffisamment important d'individus pour qu'une épidémie se répande au sein de la population.

Une fois que l'épidémie a touché une part importante des sujets non immuns, le groupe de sujets susceptibles est réduit et insuffisant pour permettre la poursuite de l'épidémie. Cependant ce « stock » de sujets non immunisés se reconstitue si la couverture vaccinale reste insuffisante.

B) Certaines mesures du plan sont apparues peu adaptées à une phase épidémique et ont dû être réajustées

Cette flambée épidémique s'est traduite pour les services par une surcharge considérable de travail. Le plan initial proposait une organisation adaptée au contexte de 2005, soit une cinquantaine de cas par an. Dans des situations telles que celles de l'épidémie de 2008 à 2011, avec parfois jusqu'à plus de 4000 cas par mois, le système s'avère engorgé. Lors de la phase épidémique, tous les services (DDASS, InVS, Centre National de Référence) ont dû gérer les situations en mode dégradé – les services procédaient par exemple à une saisie non-exhaustive des informations pour chaque déclaration – faute d'avoir eu à leur disposition des moyens supplémentaires. C'est pourquoi au début de l'année 2011, une instruction du Directeur général de la santé a été adressée aux Directeurs généraux des ARS pour adapter de manière transitoire les mesures de surveillance et de gestion autour

¹⁵ Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010, Ministère de la Santé, 2005, p-7

des cas de rougeole. Cette instruction fixe par exemple le mode opératoire transitoire selon lequel la confirmation biologique doit être réalisée.

C) Réactions des pouvoirs publics

Pour faire face à l'épidémie qui a duré trois ans, plusieurs mesures ont été prises.

Le DGS a saisi le 4 février 2011 le HCSP au sujet des recommandations vaccinales contre la rougeole. Le HCSP n'a pas profondément modifié le calendrier vaccinal. Il a renforcé les mesures de rattrapage afin que toute la population bénéficie d'une même immunité contre la rougeole.

Concomitamment à l'augmentation de l'incidence de la rougeole, la communication institutionnelle sur ce sujet est montée en puissance. Cette communication dénote une préoccupation des autorités face à cette maladie et constitue en soi une action de prévention. Ainsi, deux conférences de presse du Ministère de la santé ont été consacrées à la rougeole le 23 mars et le 13 octobre 2011. Dans le calendrier vaccinal 2011, la rougeole occupe une place de choix dans l'éditorial du bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) le présentant. De même dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination du 21 au 27 avril 2012, la rougeole est l'un des thèmes principaux.

Par ailleurs, le groupe d'études sur la vaccination de l'Assemblée Nationale a proposé le 13 mars 2012 de rendre obligatoire la vaccination contre la rougeole. La communication et la préoccupation institutionnelle sont donc fortes sans pour autant atteindre une intensité et une mobilisation équivalentes à celles de la pandémie grippale de l'automne 2009.

La présence de la rougeole dans la presse ces dernières années atteste aussi d'une visibilité accrue de la maladie dans l'espace public.

Enfin, plusieurs campagnes de communication ont été lancées par l'INPES afin d'alerter la population sur cette épidémie. L'INPES propose désormais un site *info-rougeole.fr*. De plus, en 2012 l'INPES contactera pour la deuxième année consécutive tous les élèves de 6ème et de 2^{nde} n'ayant pas leur calendrier vaccinal à jour.

Pour les interlocuteurs rencontrés à la Direction Générale de la Santé (DGS) et à l'InVS, la hausse significative de la vente des vaccins en 2011 est un signe que cette politique a porté ses fruits.

2.2.2 Enseignements de la politique menée depuis 2005.

A) Expliquer la pérennisation du plan

La DGS pourrait clarifier la situation en communiquant clairement à destination des différents acteurs de la santé publique et notamment les ARS, au sujet des suites à donner

au plan. En effet, certaines personnes interrogées considèrent que le plan est « caduc » depuis la fin de l'année 2010. L'adoption d'un plan succédant au plan 2005-2010 ne semble à ce jour possible qu'une fois les mesures actuelles ancrées dans les pratiques. Il visera à être plus ambitieux. D'ici là, il apparaît nécessaire d'actualiser le plan actuellement en vigueur, en intégrant dans un document unique les adaptations adoptées depuis 2005 et en réaffirmant la priorité donnée à la lutte antirougeoleuse. Cela donnerait une meilleure visibilité à la stratégie gouvernementale auprès des acteurs de terrain et aux yeux des partenaires internationaux.

B) L'influence nouvelle des ARS sur la mise en œuvre des politiques de santé

La création des ARS a pu constituer une opportunité permettant de mieux répondre aux spécificités régionales. En effet, les régions françaises sont inégalement touchées par la rougeole, selon un gradient Nord-sud (cf. annexe IV). Nos interlocuteurs au sein de la DGS tout comme au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon¹⁶ expliquent cette disparité par plusieurs facteurs, notamment :

- dans les régions du sud, des opinions anti-vaccination plus marquées au sein de la population et parmi les médecins
- des flux de populations plus importants et notamment la présence de populations immigrées qui n'ont pu bénéficier de la vaccination.

Afin de lutter contre ces différences régionales, les ARS développent des actions spécifiques. Par exemple, au sein de l'ARS Languedoc Roussillon s'est mise en place une Commission Régionale de la Politique Vaccinale (CRPV) qui rassemble tous les acteurs de la vaccination comme les services de l'Etat, des collectivités territoriales, l'Education nationale, etc. La CRPV locale a produit en décembre 2011 une synthèse de la couverture vaccinale ROR allant jusqu'à un niveau infra-départemental afin de « proposer des actions ciblées en direction des professionnels de santé, des acteurs locaux, des usagers »¹⁷.

D'autre part, lorsqu'un foyer épidémique est identifié par l'ARS, comme c'est le cas actuellement dans le département des Pyrénées-Orientales, elle communique vers la population et les médecins afin de répondre à la situation de crise.

Cependant, l'autonomie conférée aux ARS dans la définition des politiques régionales peut entraver la mise en œuvre de priorités nationales sur l'ensemble du territoire. Le lancement

¹⁶ La région a compté 1337 cas de rougeole en 2011. Sa couverture vaccinale était de 73% en 2009 pour la première dose du ROR à 2 ans. Site ARS Languedoc Roussillon

¹⁷ Synthèse « Couverture vaccinale Rougeole-oreillons-rubéole en région Languedoc Roussillon », groupe de travail « Connaître la couverture vaccinale », piloté par la Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon (CIRE), Décembre 2011

d'une nouvelle action au niveau national implique désormais l'adhésion de l'ensemble des agences.

C) Renforcer l'effort de communication en matière de lutte contre la rougeole.

Ce sujet reste globalement méconnu des acteurs non experts, et peine à émerger comme un sujet de santé publique de premier plan. Paradoxalement, la hausse de l'incidence de ce pathogène pendant la durée d'application du plan n'a pas permis une forte mobilisation en faveur de la vaccination, et a même pu décrédibiliser certains objectifs, comme la hausse de la couverture vaccinale, les efforts consentis les années précédentes ne donnant pas d'effets suffisamment visibles. Les autorités politiques se sont même montrées réticentes à investir fortement sur le renforcement de la politique de vaccination, affaiblie suite à la campagne contre la grippe H1N1 en 2009-2010, comme le confirmait un responsable de la politique vaccinale du ministère de la santé.

Aujourd'hui, il semble que l'on soit arrivé en phase basse du cycle épidémique, comme en témoignent les premières données d'incidence pour le début de l'année 2012 (cf. annexe IV). Nous semblons donc entrer dans une période pendant laquelle les effets du non aboutissement de la politique vaccinale seront moins visibles. Dans ce contexte, il est possible de se demander si le même niveau de communication sera maintenu. Cela serait pourtant recommandé, afin de continuer à améliorer la couverture vaccinale et limiter les risques d'épidémies futures.

D) Amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale de la population

Enfin, une faiblesse du système français de lutte contre la rougeole tient aux difficultés à estimer la couverture vaccinale de la population. L'objectif d'amélioration de la connaissance du niveau de la couverture vaccinale et d'immunisation de la population, figurant au plan 2005-2010, reste à poursuivre aujourd'hui. Il est d'ailleurs à noter que les données françaises de couverture vaccinale concernant la rougeole ne figurent pas parmi les données de l'European Center for Diseases Control (ECDC).

Les données concernant les enfants les plus jeunes sont connues avec une précision satisfaisante grâce aux certificats de santé renseignés obligatoirement tous les ans pour les enfants de huit jours, 9 mois et 24 mois. Ceux-ci sont complétés par les enquêtes de couverture vaccinale en milieu scolaire menées tous les trois ans pour les enfants âgés de 6 ans, 10 ans et 15 ans. Néanmoins, ces données ne sont disponibles qu'après un délai important – de deux à trois ans –, ce qui ne permet pas une grande réactivité et un suivi actualisé de la couverture vaccinale, nécessaire aux prévisions épidémiologiques. En outre, les données disponibles fiables ne concernent que la frange la plus jeune de la population.

Ces limites ont donc amené à l'utilisation d'informations plus exhaustives et plus fiables en exploitant les données des régimes d'assurance maladie. Le système national d'informations inter régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), créé par la loi de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 1998, est aujourd'hui utilisé à cette fin. Un échantillon de 500 000 bénéficiaires représentatif est sélectionné et suivi pendant 20 ans. L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) se révèle être un outil particulièrement intéressant pour le suivi des couvertures vaccinales, notamment grâce à sa grande réactivité, depuis le début de son utilisation par l'InVS en avril 2009. Il permet ainsi d'obtenir un suivi continu avec seulement quelques mois de décalage de la couverture vaccinale, en fournissant des estimations fiables.

Conclusion :

Le plan 2005-2010 a constitué une étape importante pour l'engagement de la France dans la lutte contre la rougeole. Sa mise en œuvre a cependant été difficile et a connu une application ralentie du fait d'une faible appropriation de ses objectifs par les acteurs, et il a dû être aménagé lors des vagues épidémiques de 2008-2011. Certaines des dispositions du plan n'étaient en effet pas adaptées à un contexte caractérisé par un plus grand nombre de cas de rougeole.

La politique française de lutte contre la rougeole pourra s'appuyer sur les avancées permises par le plan, parmi lesquelles les réseaux de surveillance, la mise à disposition de moyens de confirmation biologique ou les procédures de gestion des cas. Parallèlement, des efforts importants devront être portés pour donner suite au plan, comme mis en évidence dans la grille S.W.O.T. (cf. annexe V) : continuer à étendre la couverture vaccinale et améliorer sa connaissance, sensibiliser davantage les professionnels de santé à la problématique de la rougeole et graduer la mise en œuvre des procédures de gestion des cas en fonction de la situation épidémiologique.

La stratégie qui succèdera au plan 2005-2010 devra ainsi tirer parti des forces du système actuel et remédier aux faiblesses de celui-ci pour s'intégrer pleinement dans la politique menée au niveau européen et bénéficier de l'impact positif de celle-ci.

3 La faisabilité de l'élimination de la rougeole en France

Au regard de l'état des lieux de la rougeole en France, la vaccination demeure incontournable dans un objectif d'élimination. Toutefois cette maladie contagieuse, potentiellement grave, persiste à cause d'une couverture vaccinale insuffisante. Il apparaît que certains freins pourraient être levés permettant d'envisager des axes d'amélioration.

3.1 L'objectif d'éliminer la rougeole à l'échelle de la France semble lié à des freins clairement identifiés.

3.1.1 La compréhension des blocages vise à lever certaines résistances à la surveillance de la rougeole et à l'extension de la couverture vaccinale

Dans le cadre de la préparation du suivi de la campagne nationale, le ministère de la Santé a mené des études entre 1994 et 2002. « *Ces données permettent de disposer d'informations sur l'évolution des attitudes, opinions et comportements de la population générale ainsi que des médecins généralistes sur ce thème* »¹⁸. Il est à noter que les résultats de ces enquêtes sont corroborés par les entretiens que nous avons effectués auprès des professionnels : Médecin de l'Education Nationale (MEN) et référents rougeole des ARS Bretagne et Midi-Pyrénées/Ariège. Ces enquêtes quantitatives et qualitatives ont mis en exergue un certain nombre de freins à la réussite de l'objectif d'élimination de la rougeole en France.

Tout d'abord, il est intéressant de constater que la population générale a globalement une bonne opinion de la vaccination : 90% des personnes interrogées ont conscience des enjeux de prévention individuelle et collective de la vaccination. Plus d'une personne sur deux est favorable à l'obligation vaccinale avec des différences importantes selon l'âge et le niveau d'étude¹⁹.

La rougeole est perçue comme une maladie bénigne tant dans la population générale qu'auprès des professionnels de santé. De même, l'immunité naturelle est ressentie comme supérieure à celle acquise par la vaccination. Ces représentations induisent alors des

¹⁸ Extrait Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 « Les freins à la vaccination... »

¹⁹ Enquête Nicolle 2006, connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux. Sous la direction d'Arnaud Gautier, édition INPES, Novembre 2008

comportements de rejet de la vaccination par les parents. La couverture vaccinale des nourrissons demeure insuffisante bien qu'elle ait progressé entre 2004 et 2007²⁰

En outre, alors que la deuxième dose apparaît indispensable selon les dernières préconisations, là encore s'observe un seuil de couverture vaccinale inférieur aux recommandations. Pour autant, une amélioration est constatée en ce qui concerne le rattrapage de la première et deuxième dose²¹.

Différentes explications sont alors associées à ce constat. La nature des freins exprimés permet alors d'identifier des leviers potentiels d'adhésion à la vaccination, clé de voûte de la réussite de l'objectif d'élimination.

L'approche socioculturelle des familles influe sur la pratique vaccinale et la connaissance de la maladie. Notamment cette pratique est inversement liée au niveau de connaissances médicales. Les parents « vaccinant non systématique » s'explique par une vision plus optimiste de l'état de santé des français²². De surcroît, les mesures sont mieux acceptées chez les jeunes et chez les personnes ayant un faible niveau d'études².

Par ailleurs, les nouveaux modes de vie qui prônent un retour à « plus de nature » des familles, obèrent la pratique systématique à la vaccination. Cette approche convient à l'épithète « Ecologistes » exprimé à travers la typologie établie²³ (cf. annexe VI). Ce paramètre a été confirmé lors de l'entretien avec la référente rougeole de la DT Ariège où vit une forte communauté adhérant à cette idéologie. La démarche individuelle se révèle un paramètre indissociable des pratiques de non vaccination systématique. En effet, la protection de soi ou de l'enfant se fait au détriment de l'intérêt collectif.

Ensuite l'approche psycho-sociale de l'engagement met en exergue l'incidence que peut avoir le manque d'adhésion à la vaccination si le médecin lui-même n'est pas convaincu du bien-fondé de cette pratique de prévention et plus généralement de son manque de connaissance vis-à-vis de cette maladie²⁴.

Par ailleurs d'autres facteurs sont à l'origine des comportements bloquants l'élimination de la rougeole en France, identifiés lors de l'évaluation des politiques déjà mises en place.

On retrouve parmi ces freins l'idée que la vaccination a un coût sans réel bénéfice. Or une enquête au Japon démontre le contraire²⁵. Les informations erronées sur la dangerosité du

²⁰Couverture vaccinale à 24 mois, INVS publié en avril 2011, « Observer, Surveiller, Alerter »

²¹ Figure 2 Couverture vaccinale à 24 mois, INVS publié en avril 2011, « Observer, Surveiller, Alerter »

²²Janvrin M.P., Baudier F., Rotily M., Arènes J., Opinions et attitudes des parents face aux vaccinations ROR et H, Santé Publique n°4 décembre 1996, Société Française de Santé Publique.

²³ Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010, Ministère de la Santé

²⁴ Conférence de presse, Epidémie de rougeole, Présentation de la campagne de communication, INPES, Ministère de la Santé, InVS, Dossier d'information jeudi 13 octobre 2011

²⁵Takahashi et al. The economic disease burden of measles in Japan and a benefit cost analysis of vaccination, a retrospective study. BMC Health Services Research 2011 11 :254.

vaccin participent de la difficulté de faire adhérer la population à la vaccination. La semaine européenne de la vaccination pourrait être une source d'information fiable, mais elle demeure trop méconnue du grand public et des professionnels de santé. Pour autant, les actions de sensibilisation au risque de résurgence menées par les autorités de santé publique ont un effet limité.

Enfin, les expériences françaises de la vaccination contre l'hépatite B et la grippe H1N1 ont alimenté une suspicion autour de la pertinence des vaccins. On retrouve des freins socioculturels dans les pays anglo-saxons avec une corrélation entre l'autisme et la vaccination contre la rougeole, non certifiés scientifiquement.

3.1.2 L'approche institutionnelle apporte son expertise scientifique afin de mieux appréhender les obstacles à l'élimination de la rougeole sur le territoire.

La proportion actuelle des Français vaccinés contre la rougeole est insuffisante pour empêcher la circulation du virus. Cela a pour conséquence, outre l'augmentation du risque d'épidémies sporadiques, un déplacement générationnel, c'est-à-dire l'atteinte de plus en plus fréquente et alors plus sévère de grands enfants ou d'adultes. Les plans d'actions ont tenu compte partiellement des travaux de modélisation de la rougeole (1997 et 2011)²⁶ qui prévoyaient les épidémies.

Une sous-estimation liée à une sous déclaration met en exergue une différence entre la ville et l'hôpital⁸. Cet écart s'expliquerait par la contrainte administrative de la déclaration obligatoire (DO). Les médecins libéraux investissent moins leur temps à la gestion administrative, priorisant leurs consultations. L'effet direct de cette pratique limite l'analyse des complications et fausse les comparaisons entre les études²⁷

En outre, les outils des programmes médicalisés des systèmes d'informations (PMSI) et le réseau Sentinelles ont montré quelques limites lors de la surveillance de la maladie par manque de précision²⁸. Or, ils apparaissent comme indispensables au processus de surveillance de la rougeole notamment lors des pics épidémiques.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217873/pdf/1472-6963-11-254.pdf>

²⁶Baudon C., Caractéristiques de l'épidémie de rougeole démarrée en France depuis 2008 : bilan des déclarations obligatoires pour les cas survenus jusqu'au 30 avril 2011, BEH n°33-34 du 20 septembre 2011, InVS, pp. 353-358

²⁷ Bulletin de veille sanitaire, CIRE Midi-Pyrénées, n°5, Aout 2011, 12p

²⁸Surveillance de la rougeole en France, journées de réflexion du 28 février 2011, Saint-Maurice, InVS

La mauvaise couverture vaccinale des professionnels de santé²⁹déjà évoquée dans le paragraphe précédent induit en sus un risque non négligeable de transmission nosocomiale. Cette difficulté s'appréhende alors d'un point de vue sociologique mais également dans un cadre plus contraint qu'est l'obligation de se vacciner.

Ensuite, le manque de synergie entre les différents acteurs est largement perceptible (ARS, PMI, CPAM, MSA, médecine du travail, médecine scolaire). Ce frein a été évoqué lors des entretiens. Il semblerait notamment que la mise en place des ARS ne permette plus aux délégations territoriales de réagir rapidement et efficacement lors d'épidémies par manque de lisibilité entre les différentes institutions et leurs missions³⁰.

Une politique de santé publique en faveur de la vaccination ne se conçoit pas sans campagne d'information et de communication. Il s'agit alors d'instituer une communication adaptée selon le public visé. Elle se doit d'être claire et la plus complète possible. Une frange de la population est capable d'appréhender les limites de la vaccination et se montrera réfractaire si elle perçoit les informations comme réductrices. Par exemple, il convient d'être précis sur l'immunité conférée par le vaccin. Les réfractaires à la vaccination font primer l'immunité naturelle sur la vaccination et occultent les risques d'une maladie plus sévère chez l'adulte ou chez l'enfant. Toutefois, l'argumentaire de l'immunité naturelle à vie reste très discuté scientifiquement.

3.1.3 Une approche organisationnelle à simplifier

Une première difficulté concerne le contexte de mondialisation avec de nouveaux génotypes émergents³¹. Il apparaît alors difficile de maîtriser intégralement la maladie. D'autant plus que la France contribue ces dernières années à l'exportation de la rougeole dans certains pays européens et dans la région des Amériques.

Par ailleurs, l'importance que revêt la généralisation de la deuxième dose et/ou la dose de rattrapage pour les naissances entre 1980 et 2010 focalise la thématique du suivi de la première dose et des personnes n'ayant pas développé une immunité complète. D'autant que la recommandation des deux doses est très récente et ne permet pas encore d'évaluer ses effets. La problématique est alors de rattraper les générations non couvertes du fait des

²⁹Numéro thématique-Vaccination et risque infectieux chez le personnel des établissements de santé. BEH hebdomadaire 27 septembre 2011/ n°35-36, p371.

³⁰Entretien avec Mme T, référent rougeole, Délégation Territoriale de l'Ariège de l'ARS, réalisé le 09 mai 2012, extraits en annexe.

³¹Delaporte E, Jeannot E, Sudre P, Wyler Lazarevic CA, Richard JL, Chastonay P. Measles in Geneva between 2003 and 2010: persistence of measles outbreaks despite high immunisation coverage. Euro Surveill. 2011;16(39):pii=19980. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19980>

recommandations qui ne tenaient pas compte de l'importance des deux doses. Ce constat se vérifie par l'observation d'une sous couverture vaccinale des adolescents³².

En outre, la gratuité relative de la vaccination lors des rattrapages génère très certainement un frein à la motivation et au bon vouloir de la population à se vacciner contre la rougeole. Le reste à charge est dû au titre des franchises lors de la consultation médicale, des déplacements et de la multiplicité des consultations en lien avec la non disponibilité des vaccins chez les praticiens.

Egalement, les centres de vaccination restent méconnus du grand public. Ils sont par ailleurs peu mobiles n'incluant pas dans leur mission la possibilité de se déplacer auprès des populations réticentes à l'accès aux soins (à l'exemple des gens du voyage) ou lors d'épidémies circonscrites à un territoire délimité. En effet, cet aspect pose le thème des occasions de vaccinations manquées (OVM). Or il est certain que pratiquer une vaccination sur une population cible, limitée dans l'espace, présente un avantage certain en termes d'approche et de logistique³³.

Enfin, les difficultés d'ordre pratique soulèvent le problème du recensement des cas et des écarts entre le nombre enregistrés par les délégations territoriales et l'InVS³⁴. Plus largement, ce constat est directement lié à la thématique de la coordination des institutions françaises de santé.

3.2 Les axes d'amélioration en vue d'une élimination de la rougeole en France

3.2.1 Renforcer le dispositif de la vaccination de la rougeole

Le premier objectif est de légitimer le recours à la vaccination de la rougeole³⁵ et le suivi de la maladie lors des épidémies en renforçant le suivi des vaccinations de l'école maternelle à l'université.

En parallèle, renforcer le rattrapage vaccinal permettrait d'accroître la couverture vaccinale pour les générations antérieures aux recommandations récentes et des groupes à risques et réfractaires à cette pratique. Le recours au «Catch up» (actions de vaccination ciblées) à intervalles réguliers³⁶ peut être envisagé.

³²Nathalie GUIGNON et Christine de PERETTI, La situation vaccinale des adolescents des classes de 3^e, Etudes et résultats, DREES, n°409, juillet 2005, 8p.

³³Kan Koffi, Michèle Menin, Armelle Tania Andoh, Efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins (PIVS) sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées en Côte d'Ivoire, Recherche en Soins Infirmiers n°106, septembre 2011, publications ARSI

³⁴Entretien avec Mme T, référent rougeole, DT de l'Ariège de l'ARS, réalisé le 09 mai 2012

³⁵Conférence de presse, Epidémie de rougeole, Présentation de la campagne de communication, , INPES, Ministère de la Santé, InVS, Dossier d'information jeudi 13 octobre 2011

³⁶ECDC. Surveillance Report. European monthly measles monitoring (EMMO). Issue 8 :21, February 2012. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SUR_EMMO_European-monthly-measles-monitoring-February-2012.pdf

Par ailleurs, il apparaît essentiel de poursuivre les enquêtes visant l'identification des perceptions du grand public sur la vaccination et la rougeole afin de mettre en exergue les éventuels changements notamment dans un contexte de défiance vis-à-vis des autorités sanitaires suite aux différents scandales récents.

Afin de mieux suivre la résurgence des épidémies et de les limiter, l'amélioration du système de DO semble être un levier important. En effet, il convient de comprendre la différence de déclaration systématique à l'hôpital, à l'inverse d'une moindre déclaration de la médecine ambulatoire³⁷ On pourrait envisager un objectif ciblé via la contractualisation de la médecine ambulatoire avec l'assurance maladie, mentionnant une sanction en cas de non déclaration.

Enfin, le décloisonnement des divers organismes (association d'utilisateurs, CPAM, MSA, centres de vaccination, ARS) peut s'envisager avec la création d'un comité de pilotage qui permettrait de fédérer l'ensemble des acteurs et d'assurer la communication autour des données scientifiques.

L'analyse économique du coût des complications dues à la rougeole est envisageable mais ne peut être qu'un argumentaire annexe au vu de l'impact limité sur la population. En effet, cette approche apparaît incontournable au titre des dépenses de santé, du coût de l'hospitalisation et des arrêts de travail. Toutefois il ne faut pas négliger les conséquences sociales d'une éviction prolongée de l'école sur l'avenir de l'enfant. Le retard scolaire et la possible mise à l'écart par son groupe de pairs deviennent des arguments plus percutants auprès des parents qui priorisent l'avenir de leur progéniture.

3.2.2 Améliorer les actions menées en faveur de la vaccination de la rougeole.

Dans un premier temps, il convient d'éclaircir l'idée que la rougeole n'est pas une maladie bénigne. Même si l'utilisation de la peur en prévention de santé publique n'est pas une méthodologie adaptée, on ne peut occulter les complications pulmonaires et neurologiques, voire des décès liés à la rougeole. Toutefois, une situation vécue³⁸ a montré qu'une expérience malheureuse telle qu'une encéphalite post-rougeole a eu un impact sur le taux de vaccination d'un village initialement réfractaire au vaccin. Cependant, « *trop de peur inhibe et fait fuir le public non captif. Pas assez ne donne aucune motivation à agir. En revanche, une inquiétude non dramatiquement anxiogène crée un climat propice à une*

³⁷Rapport « Surveillance de la rougeole en France - Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie », INVS, 2004, 19 :21.

³⁸Entretien avec Mme T, référent rougeole, Délégation Territoriale de l'Ariège de l'ARS, réalisé le 09 mai 2012, extraits en annexe.

action pédagogique efficace et claire »³⁹. Les études cognitivo-comportementales montrent que l'utilisation de la peur peut-être contre-productive⁴⁰.

La population doit aussi être sensibilisée sur le fait que les complications sont plus importantes après l'âge de 15 ans et notamment pour les personnes fragiles comme les femmes enceintes, les personnes âgées et immuno-déprimées. Il s'agit alors de faire primer l'intérêt collectif sur l'intérêt individuel.

De même, on ne peut négliger la transmission nosocomiale de la rougeole qui concerne également les professionnels de santé. Les actions menées par les services de médecine du travail doivent alors rechercher des pistes plus efficaces, à commencer par un meilleur suivi de la vaccination des professionnels. L'idée d'une vaccination obligatoire pour les professionnels de santé déjà documentée⁴¹ est ressortie lors d'un entretien auprès de l'ARS de Bretagne (cf. annexe IX).

Deuxièmement, les actions de formation auprès des professionnels de santé sont à renouveler afin de mettre à jour leurs connaissances et limiter les oublis de déclaration obligatoire. L'exemple de l'encéphalite a montré que les cas de rougeole n'avaient pas été déclarés, ne permettant pas une prévention efficace¹⁹. Ainsi, une obligation de formation sur la vaccination dans le cadre du développement professionnel continu peut s'avérer utile. Toutefois, au regard de l'exigence croissante demandée aux médecins, il conviendrait de pouvoir leur délivrer des outils informatiques tels que des logiciels, leur permettant de mieux suivre les vaccinations de leurs patients, avec par exemple un rappel programmable selon l'âge du patient évitant l'oubli de la deuxième dose. En outre, la mise en place d'un logiciel informatique commun permettant de collecter les informations des déclarations obligatoires permettrait de simplifier le dispositif de saisie et de favoriser le recensement des cas de rougeole, à l'échelle régionale.

Des outils existants sont pour l'instant peu utilisés. Il en va ainsi pour la carte individuelle de vaccination, différente du carnet de santé, qui recense lisiblement l'ensemble des vaccinations d'un individu. Cette dernière est mal exploitée et il conviendrait de la diffuser plus largement auprès des professionnels de santé tant au sein des établissements de santé que pour les soins ambulatoires. A l'attention des professionnels de santé, l'INPES a mis en place une roulette de vaccination simplifiant la lisibilité des recommandations vaccinales

³⁹Morin Michel, Du bon usage des campagnes de prévention, La santé un enjeu de société, éditions sciences humaines, 2010 pp 206 à 216

⁴⁰Oullier O, Mieux prévenir grâce aux sciences du cerveau, pp 221 à 224 in La santé un enjeu de société, Editions sciences humaines 2010

⁴¹ Numéro thématique-Vaccination et risque infectieux chez le personnel des établissements de santé. BEH hebdomadaire 27 septembre 2011/ n°35-36, p371. InVS

selon l'âge du patient. Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) peuvent jouer un rôle moteur dans l'amélioration de partenariat entre les professionnels de santé, par l'intermédiaire des revues de mortalité et de morbidité, notamment dans le cadre d'un groupe de travail.

Par ailleurs, par le biais du paiement à la performance des médecins, on pourrait prévoir une rémunération complémentaire sur des objectifs de santé publique, à l'instar de la vaccination anti-grippale⁴².

Enfin, il convient de clarifier les rôles des différents protagonistes, même si le médecin généraliste demeure l'acteur principal de la vaccination de la rougeole. Par exemple, les sages-femmes jouent un rôle de veille et de vaccination auprès des femmes enceintes à l'instar des pédiatres pour la vaccination des enfants. De plus, les centres de vaccination sont méconnus du grand public, des actions impliquant les écoles ou les PMI par exemple permettrait de sensibiliser la population sur l'intérêt de la vaccination.

3.2.3 Proposer de nouvelles pistes d'amélioration

Aujourd'hui en France, la vaccination contre la rougeole est seulement recommandée. Le groupe d'études sur la vaccination de l'Assemblée Nationale s'est prononcé pour rendre ce vaccin obligatoire. Cela permettrait une meilleure couverture vaccinale grâce au respect de la loi et par l'adhésion d'une partie de la population au motif qu'une maladie dont la vaccination est obligatoire prend un caractère de gravité dans la représentation collective.

A contrario, l'obligation vaccinale peut être perçue comme une atteinte à la liberté et se révéler contre-productive en alimentant la suspicion à l'égard des vaccins en général. Les opposants à l'obligation vaccinale soulignent qu'il est possible d'éliminer la maladie avec une vaccination recommandée comme en témoigne l'exemple finlandais.

Le parcours de santé du patient comporte des frais pouvant induire une difficulté d'accès à la vaccination. Ainsi, le déplacement au cabinet médical, la franchise sur les consultations et sur le montant du vaccin sont des facteurs discriminants. Aujourd'hui le vaccin est remboursé jusqu'à l'âge de 17 ans révolus. Une étude du type coût/bénéfice sur la gratuité du vaccin pour les individus de plus de 18 ans permettrait de connaître l'impact d'une telle mesure et de favoriser ainsi le rattrapage vaccinal de la deuxième dose.

A l'heure actuelle, la vaccination n'est pas une mission des services de santé de l'Education Nationale. Les MEN ne peuvent vacciner que dans le cadre d'une réquisition

⁴²Vaccination contre la grippe saisonnière Lancement de la campagne 2011/2012 DOSSIER DE PRESSE Vendredi 23 septembre 2011, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNAMTS, InVS.

par le préfet. Dans un souci d'efficacité de la politique d'élimination de la rougeole, on pourrait envisager la vaccination en milieu scolaire. Des vaccins pourraient être conservés au sein même des établissements selon les règles de la chaîne du froid. Cela se heurte toutefois au manque de moyens des services de santé à l'école mais aussi aux séquelles laissées par la vaccination contre l'hépatite B. Dans cette affaire, les médecins de l'éducation nationale ont eu le sentiment d'être désignés comme responsables lorsque ce vaccin a été accusé de déclencher la sclérose en plaques⁴³. Comme le préconise le groupe parlementaire, on peut « *renforcer l'utilisation de la possibilité de déléguer l'administration des vaccins aux infirmiers.* »⁴⁴ De même, on pourrait envisager que les médecins généralistes puissent conserver des vaccins à leur cabinet alors que la loi ne le leur permet pas aujourd'hui. La vaccination serait matériellement réalisable dès la première consultation.

Le groupe d'études sur la vaccination de l'Assemblée Nationale préconise également de faire signer aux patients, qui refuseraient un vaccin recommandé par leur médecin traitant, une décharge de responsabilité. Comme il existe un consentement éclairé pour les opérations chirurgicales, il s'agit ici d'imposer aux parents, la signature d'un document les informant des conséquences possibles, pour eux-mêmes et leur entourage, de l'absence de vaccination. C'est une façon d'officialiser le refus de se faire vacciner en dépit des recommandations de leur médecin qui garantit que l'information leur a été délivrée et la décision prise en conscience par les patients⁴⁵. Dans un souci de responsabilisation du patient, le remboursement partiel des soins affectés à la rougeole en cas de non vaccination volontaire et éclairé des patients est à envisager.

Pour augmenter la couverture vaccinale, le dispositif de vaccination a besoin de gagner en visibilité. Il existe aujourd'hui des centres de vaccination qui restent parfois méconnus de la population et donc sous-utilisés. Dans certains pays Anglo-Saxons, des campagnes de vaccination sont conduites dans les supermarchés. Cela renverse la charge de la démarche, ce n'est plus l'individu qui va chez le médecin mais les services de santé qui entrent en contact avec la population dans sa vie quotidienne. Ce modèle ne pourrait pas selon nous être introduit tel quel en France car le rapport culturel aux produits de santé n'est pas le même. Nous proposons donc de créer un centre de vaccination itinérant. Cette unité mobile, à l'image des bus du don du sang, offre la possibilité d'une action ciblée dans le

⁴³Entretien avec Mme D, Médecin de l'éducation nationale, EHESP, Rennes, réalisé le 03 mai 2012, extraits en annexe.

⁴⁴ Vaccin : convaincre et innover pour mieux protéger. Rapport de M. Paul BLANC, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé n° 476 (2006-2007) - 28 septembre 2007

⁴⁵ Vaccin : convaincre et innover pour mieux protéger. Rapport de M. Paul BLANC, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé n° 476 (2006-2007) - 28 septembre 2007

cadre de la prévention. De plus, en cas de début d'épidémie localisée, le bus pourrait se déplacer sur site.

Enfin, la nouvelle mise en place des maisons de santé peut être une opportunité de fédérer des professionnels de santé autour de missions en faveur d'une couverture vaccinale optimale, adaptée à la spécificité de la population locale. Ces missions pourraient s'inscrire dans le travail du comité de pilotage à l'échelon régional. Ce dernier doit intégrer les différents acteurs et reposer sur des objectifs de vaccination inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS. Les objectifs de vaccination peuvent reposer sur les résultats du comité de suivi du plan d'élimination de la rougeole français, recommandé par l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

En conclusion, avec un objectif d'élimination de la rougeole en France qui n'a pas été atteint suite au plan national, on peut donc constater que des modifications récentes ne sont pas encore bien intégrées par les professionnels de santé. Il faut alors du temps et de la persévérance dans les actions menées et renforcer le partenariat entre les différents acteurs. Toutefois, même si le médecin généraliste demeure le pivot indispensable de la vaccination en France, les actions de santé publique auprès de la population doivent se concentrer vers les poches réfractaires et nécessite donc des actions plus ciblées dans le prolongement de celles menées jusqu'à maintenant.

Conclusion générale

La situation de la France face à la rougeole peut donner l'impression d'une certaine stagnation. Déjà en 2002 pouvait-on lire : « *la couverture vaccinale n'est pas assez élevée pour éviter l'accumulation de sujets susceptibles comme le confirment les études sérologiques et l'écllosion de foyers épidémiques. La France est encore dans la phase « lune de miel* »⁴⁶

Dix ans après, le pic épidémique des trois dernières années a illustré de façon spectaculaire que le problème de fond d'insuffisante couverture vaccinale pour arrêter la circulation du virus n'est pas réglé. Au regard de l'état des lieux actuel, il est permis de se demander si dans dix ans la situation ne sera pas celle du constat dressé en 2002.

Selon un scénario pessimiste, dans un contexte de défiance croissante d'une frange de la population et même d'une partie du corps médical vis-à-vis des institutions, il restera une part incompressible de la population qui ne sera pas vaccinée. Par conséquent, la couverture vaccinale nécessaire pour faire cesser la transmission du virus ne sera jamais atteinte. La politique vaccinale aura tout de même permis de réduire l'incidence et la mortalité liée à la rougeole mais avec des effets paradoxaux comme des cas de rougeole sur des sujets plus âgés et des cycles épidémiques.

Selon un scénario optimiste, les conditions nécessaires à l'élimination seront remplies par une meilleure implication des professionnels de santé et des actions de santé publique plus ciblées envers la population. A terme, l'éradication à l'échelle mondiale permettra de mettre fin à la vaccination contre la rougeole car il n'y aura plus de virus circulant.

L'adhésion massive de la population à l'objectif d'élimination de la rougeole représente un défi dans une démocratie en termes de confiance et de transparence des institutions, alors que les nouveaux moyens de communication sont propices à la circulation de rumeurs non étayées scientifiquement et que l'idée de progrès est battue en brèche notamment par des mouvements qui prônent un retour à la nature. C'est également la question de la liberté et de la responsabilité individuelle face à un enjeu de santé publique collectif qui est posée, alors que le comportement de passager clandestin est parfois préféré. En attendant, les retards pris dans l'atteinte de l'objectif d'élimination dans les différentes régions du monde et dans l'éradication globale de la rougeole sont autant de vies perdues et d'argent inutilement gaspillé.

⁴⁶ I. BONMARIN, D.LEVY-BRUHL, Bulletin européen sur les maladies transmissibles, commission européenne, avril 2002

Bibliographie

I) Textes législatifs et réglementaires :

LOI du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales : prévoit la recentralisation des activités de prévention sanitaire confiées aux départements par les lois de décentralisation de 1983, hormis la protection maternelle et infantile

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2005-162 du 17 février 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire. Journal officiel, n°

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 23 mai 2011 relatif à la notification obligatoire des cas de rougeole.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000024079784&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n°DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles de l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour de cas groupés[en ligne]. [visité le 4 mai 2012], disponible sur Internet :

II) Ouvrages :

Enquête Nicolle 2006, « *connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux* ». Sous la direction de Arnaud Gautier, édition INPES, Novembre 2008

MORIN M., 2010, « *Du bon usage des campagnes de prévention* », in La santé un enjeu de société, éditions sciences humaines, pp 206 à 216.

OULLIER O, 2010, « *Mieux prévenir grâce aux sciences du cerveau* », in La santé un enjeu de société, éditions sciences humaines pp 221 à 224.

III) Articles :

« *Le cahier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique* », mars 2011, BEH, n°10-11 ; InVS.

« *Vaccination et risque infectieux chez le personnel des établissements de santé* », septembre 2011, BEH – numéro thématique, n°35-36, InVS.

BAUDON C., septembre 2011, « *Caractéristiques de l'épidémie de rougeole en France depuis 2008 : bilan des déclarations obligatoires pour les cas survenus jusqu'au 30 avril 2011* », BEH, n°33-34, pp.353-358.

I.BONMARIN, D.LEVY-BRUHL, Bulletin européen sur les maladies transmissibles, commission européenne, avril 2002

Bulletin de veille sanitaire, CIRE Midi-Pyrénées, n°5, Aout 2011, 12p.

DELAPORTE E, JEANNOT E, SUDRE P, WYLER LAZAREVIC CA, RICHARD JL, CHASTONAY P. Measles in Geneva between 2003 and 2010: persistence of measles outbreaks despite high immunisation coverage. Euro Surveill. 2011; 16(39):pii=19980.
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19980>

DESMARAIS P., avril 2011, « *La vaccination obligatoire* », Cahiers Hospitaliers n°277

FLORET D., mars 2011, « *Grippe, rougeole, méningites...un mandat bien rempli !* », BEH n°10-11, pp, 101-102.

GERSHON A.A., TAKAHASHI M. , SEWARD J. F. *Varicella vaccine*. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. Saunders Elsevier; 2008

JANVRIN M.P., BAUDIER F., ROTILY M., ARENES J., décembre 1996, « *Opinions et attitudes des parents face aux vaccinations ROR et HB* », Santé Publique n°4, Société Française de Santé Publique.

KAN KOFFI M., MENIN A., ANDOH T., septembre 2011, « *Efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins (PIVS) sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées en Côte d'Ivoire* », Recherche en Soins Infirmiers n°106, publications ARSI.

STREBEL P. M. , PAPANIA M. J . , DAYAN G. H. , HALSEY N. A. *Measles vaccine*. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. Saunders Elsevier; 2008

ROTILY M., BAUDIER F., JANVRIN M., MOATTI J.P., décembre 1996, « *Les médecins généralistes français et la vaccination : le modèle du ROR et de l'HB* », Santé Publique n°4, Société Française de Santé Publique

TAKAHASHI et al., 2011, The economic disease burden of measles in Japan and a benefit cost analysis of vaccination, a retrospective study. BMC Health Services Research 11:254. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217873/pdf/1472-6963-11-254.pdf>

IV) Rapports :

GUIGNON N., De PERETTI C., juillet 2005, « *La situation vaccinale des adolescents des classes de 3^e* », Etudes et résultats, DREES, n°409, 8p.

INPES, *Guide vaccinations*, 2012

http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_la_rougeole.pdf

InVS, « *Surveillance de la rougeole en France – Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie* », 2004.

InVS, « *Surveillance de la rougeole en France* », journées de réflexion du 28 février 2011, Saint-Maurice.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France – 2005-2010[en ligne]. 82 pages. [visité le 4 mai 2012], disponible sur Internet :

Synthèse des recommandations du groupe d'études de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé OPEPS, Assemblée nationale, 13 mars 2012

<http://pdf.20mn.fr/2012/autres/ge-vaccination.pdf>

Recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section des maladies transmissibles, 19 mars 2004.

http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/a_mt_190304_varicelle_def.pdf

Lancement de la campagne 2011/2012, « *Vaccination contre la grippe saisonnière* »
Dossier de presse Vendredi 23 septembre 2011, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNAMTS, InVS.

Synthèse « *Couverture vaccinale Rougeole-oreillons-rubéole en région Languedoc Roussillon* », groupe de travail « Connaître la couverture vaccinale », piloté par la Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon (CIRE), Décembre 2011

V) Conférences :

Conférence de presse, « *Epidémie de rougeole* », Présentation de la campagne de communication, INPES, Ministère de la Santé, InVS, Dossier d'information, jeudi 13 octobre 2011

VI) Sites Internet :

DREES, *L'état de santé de la population en France 2011*. [visité le 10 mai 2012],

disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_population_2011.pdf.

ECDC. Surveillance Report. European monthly measles monitoring (EMMO). Issue 8 :21, February 2012.

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SUR_EMMO_European-monthly-measles-monitoring-February-2012.pdf

IDSA 2011: Vaccine Perceptions in the Physician Community By Daniel Weiss Published Online: Thursday, October 20, 2011 <http://www.hcplive.com/conferences/idsa-2011/IDSA-2011-Vaccine-Perceptions-in-the-Physician-Community>

OMS, *L'enfant, la rougeole et l'œil*. [visité le 10 mai 2012], disponible sur Internet : http://www.who.int/immunisation_delivery/interventions/ChilMeaslesFR72.pdf.

Site du ministère de la santé : <http://www.travail-emploi-sante.gou.fr/>

Site de l'INVS : <http://www.invs.sante.fr/>

Site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/default.asp/>

Site « info-rougeole » : <http://www.info-rougeole.fr/>

Site de l'ARS Languedoc-Roussillon : <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr>

Site de l'ARS Midi-Pyrénées : <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr>

Liste des annexes

- Annexe I** Incidence mensuelle de la rougeole de janvier 1985 à décembre 2002.
- Annexe 1 bis** La rougeole : maladie- données économiques- prévention par le vaccin
- Annexe II** Les lacunes du système de surveillance de la rougeole en France avant la réintroduction de la déclaration obligatoire.
- Annexe III** Evaluation du niveau de contrôle de la maladie en France au regard des indicateurs internationaux et recommandations de l’OMS pour la surveillance de la rougeole
- Annexe IV** Données épidémiologiques récentes
- Annexe V** SWOT
- Annexe VI** Typologie des attitudes de mères réticentes ou réfractaires à la vaccination combinée contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
- Annexe VII** Tableau des entretiens
- Annexe VIII** Extrait de l’interview Infirmière de santé publique, délégation territoriale de l’ARS en Ariège
- Annexe IX** Entretien avec Mme le Dr X– MISP à la délégation territoriale du Finistère chargée de la veille sanitaire
- Annexe X** Entretien avec Mme le Dr D. MEN, EHESP
- Annexe XI** Entretien avec Mr le docteur A., médecin épidémiologiste à l’InVS.
- Annexe XII** Entretien avec le Docteur X., médecin inspecteur de la santé publique au

sein de l'ARS de Bretagne (CVAGS)

Annexe XIII Compte rendu de l'entretien téléphonique avec la personne en charge de la politique vaccinale et de la lutte contre la rougeole au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon

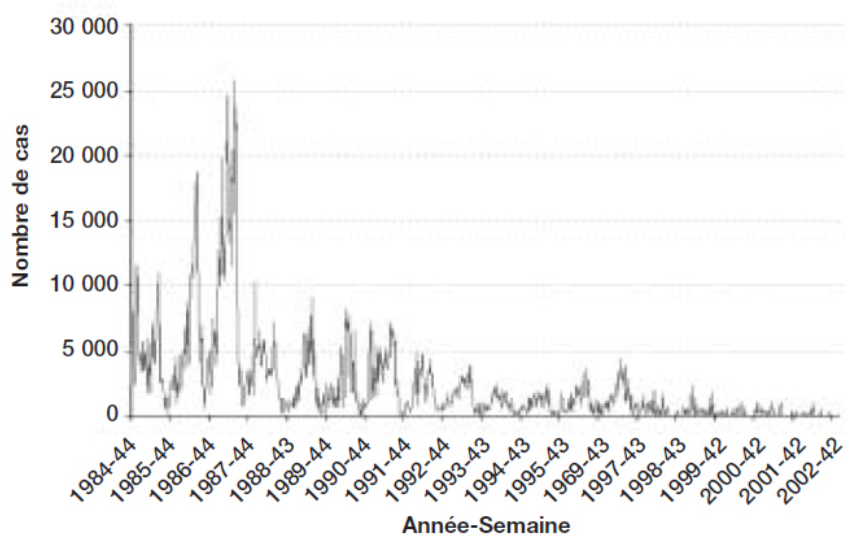
Annexe XIV Entretien avec un pédiatre hospitalier d'un CHU

Annexe XV Entretien avec le Médecin du bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale à la Direction Générale de Santé

Annexe I : Incidence mensuelle de la rougeole de janvier 1985 à décembre 2002.

Figure 1 - Incidence mensuelle de la rougeole de janvier 1985 à décembre 2002

Les estimations sont obtenues par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées, représentées selon le modèle du « serpent de Serfling » (source : réseau Sentinelles, Inserm U444).



La rougeole : maladie- données économiques- prévention par le vaccin

La maladie

La rougeole est une maladie virale hautement contagieuse considérée à tort comme une maladie infantile bénigne en tout cas lorsqu'elle se déclare dans les pays développés.

Il est vrai que les formes les plus sévères de la rougeole apparaissent chez le jeune enfant souffrant de malnutrition. Selon l'OMS, en 2008, 164 000 décès par rougeole ont été recensés dans le monde, dont une majorité d'enfants de moins de cinq ans. Plus de vingt millions de personnes en souffrent chaque année et plus de 95% des décès par rougeole survient dans des pays à faible revenu⁴⁷.

Pour autant la maladie est également dangereuse dans les pays disposant d'un système de soins de qualité. Ainsi, en France, un cas sur trois cas déclarés donne lieu à une hospitalisation. Selon l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), parmi les personnes hospitalisées en 2010, 29% ont subi des complications. Si l'hospitalisation ne signifie pas nécessairement des conséquences graves pour le malade, elle a en revanche un coût pour le système de santé.

Ce sont les complications de la rougeole qui entraînent dans certains cas le décès de la personne atteinte. Plusieurs types de complications ont été recensés : pneumonies, encéphalites, diarrhées sévères, otites moyennes aiguës ou encore conjonctivites pouvant évoluer vers des atteintes de l'œil voire une cécité. Pour l'année 2011 en France, 14 966 cas ont été notifiés, dont 16 ont présenté une complication neurologique, 714 une pneumopathie grave et 6 sont décédés, selon l'InVS⁴⁸. La première cause de décès est la pneumonie chez l'enfant et l'encéphalite aiguë chez l'adulte. Plusieurs éléments toutefois sont en faveur d'une sous-estimation de l'incidence actuelle et laissent penser qu'au moins le double de cas a pu survenir depuis 2008.

La rougeole n'est pas seulement une maladie infantile. En France en 2010, si le taux d'incidence chez les moins d'un an est supérieur à 140/100000, il est tout de même supérieur à 60/100000 chez les 11-20 ans et à 40/100000 chez les 21/30 ans.

La généralisation de la vaccination a permis de réduire notablement le nombre de décès et de complications liés à la rougeole mais parallèlement a eu pour conséquence de décaler

⁴⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/index.html>

⁴⁸ <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites>

l'âge de survenue de la maladie. La rougeole touche désormais des personnes plus âgées non immunisées plus susceptibles de développer des complications.

Rapport coût- bénéfiques de la maladie vs la politique vaccinale :

Parallèlement, à ce coût humain s'ajoute un coût financier important, pesant sur un système de protection sociale certes performant, mais notoirement affaibli dans un contexte budgétaire contraint : la rougeole est en effet susceptible d'engendrer des arrêts maladie, congés pour enfants malades voire même hospitalisation, dépenses de santé liées à la morbidité associée.

L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) rappelle qu' « *en tant que stratégie préventive, la vaccination a un effet socio-économique positif. Dans les pays en développement, l'absence de stratégie vaccinale aggrave les coûts de dépenses de santé des budgets publics, ainsi que ceux des budgets des foyers qui ne bénéficient pas de protection sociale efficace. La désorganisation sociale résultant de certaines épidémies (comme le sida en Afrique noire) produit par ailleurs des effets secondaires néfastes sur le développement scolaire, économique, cognitif.* »⁴⁹

S'il n'existe pas de traitement curatif autre que symptomatique de la rougeole, le vaccin antirougeoleux est un mode de protection efficace et sûr.

L'efficacité du vaccin contre la rougeole.⁵⁰

L'efficacité du vaccin est établie. L'examen du statut vaccinal des cas déclarés en 2010 montre que 86 % n'étaient pas vaccinés et 11 % n'avaient reçu qu'une dose.

Le vaccin contre la rougeole est un vaccin à virus vivants atténués. Recommandé en France depuis 1983, il a réussi à faire baisser considérablement la morbidité et la mortalité dues à la rougeole. Le nombre de cas est ainsi passé de 331 000 en 1986 à 4448 en 2004 selon les données du réseau Sentinelles (Inserm, unité 707).⁵¹

Ceci est constaté également aux Etats-Unis où les campagnes de vaccination ont débuté dès les années 1960. Depuis 1997, environ 200 cas d'infections ont été répertoriés aux Etats-Unis chaque année, la maladie n'y est plus considérée comme endémique. La plus grande diminution est apparue chez les enfants âgés de moins de 10 ans.

⁴⁹ <http://www.inserm.fr/thematiques/microbiologie-et-maladies-infectieuses/dossiers-d-information/vaccins-et-vaccination>

⁵⁰ INPES (Institut National Pour la Prévention et l'Education à la Santé)- Argumentaire en faveur de la triple vaccination rougeole-oreillons-rubéole. Mars 2012

⁵¹ <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole>

Néanmoins, le vaccin n'est pas systématiquement efficace dès la première dose chez 5 à 10 % des individus vaccinés, ce qui rend nécessaire l'administration d'une seconde dose pour augmenter la couverture vaccinale. Des études ont montré qu'au moins 90 % de ceux qui n'ont pas répondu à la première dose répondent à la seconde. Par ailleurs, il est impossible d'immuniser 100% de la population : en raison des rares contre-indications, du nombre de personnes échappant à la stratégie vaccinale (opposantes à la vaccination ou pour raisons économiques) mais également du nombre de personnes chez qui les deux doses resteront inefficaces.

Pour éviter le risque de flambées épidémiques et stopper la transmission endémique du virus de la rougeole, une couverture vaccinale de 95 % est nécessaire pour les deux doses.

Concernant la durée d'efficacité du vaccin, le vaccin contre la rougeole faisant partie des vaccins vivants atténués, est un vaccin fortement immunogène ne nécessitant pas, en l'état des connaissances actuelles, de rappel et conférant une immunité à vie.

Lors de plusieurs entretiens, la question de la persistance de ce caractère immunogène à vie a été soulevée dans un contexte d'élimination où le virus ne circulerait plus, ne jouant plus chez les personnes vaccinées, voire les personnes ayant déjà contracté la rougeole, le rôle de « rappel naturel ». L'introduction d'une troisième dose vaccinale pourrait alors être envisagée.

La sécurité du vaccin.⁵²

Les effets indésirables liés à la vaccination sont faibles : fièvre, éruption cutanée et réactions transitoires et d'intensité modérée au site d'injection prédominant. Une analyse des données de pharmacovigilance disponibles pour ces vaccins sur une période similaire de commercialisation dans le monde confirme leur bonne tolérance avec un taux de notification global (toutes gravités confondues) de 1,25 cas pour 100 000 doses vaccinales. En tout état de cause, ces risques de survenue d'effets indésirables, même graves, sont largement inférieurs aux risques de complications de la maladie contractée par un individu non vacciné⁵³.

⁵² INPES (Institut National Pour la Prévention et l'Education à la Santé)- Argumentaire en faveur de la triple vaccination rougeole-oreillons-rubéole. Mars 2012

⁵³ Un tableau de comparaison des complications de la maladie et de la vaccination est présenté par l'INPES (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1174.pdf>)

Question particulière du lien entre ROR et autisme.⁵⁴⁵⁵

En 1998, une étude publiée dans la revue médicale britannique *The Lancet*⁵⁶ a émis l'hypothèse d'un lien entre la vaccination contre la rougeole et l'autisme. De nombreuses études ultérieures ont permis d'infirmer cette hypothèse, en même temps que d'importants manquements éthiques et scientifiques, et même une manipulation frauduleuse des données ont été démontrés.

Si cet épisode ne semble pas avoir suscité de craintes à l'égard du vaccin en France, il a eu cependant des conséquences importantes sur la couverture vaccinale de la population en Grande Bretagne et démontre à quel point la question de la vaccination est également liée à des données sociologiques.

⁵⁴ [Dépêche AFP du 2 février 2010 : « La revue Lancet se rétracte sur une étude liant vaccin et autisme »](#)

[AFP: La revue Lancet se rétracte sur une étude liant vaccin et autisme](#)

⁵⁵ Marc Mennessier, « Un vaccin a semé la panique à cause de données falsifiées », *Le Figaro*, 7 janvier 2011

[Le Figaro - Sciences : Un vaccin a semé la panique à cause de données falsifiées](#)

⁵⁶ (*Lancet* 1998;351[9103]:637-41; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9500320>)

Annexe II : Les lacunes du système de surveillance de la rougeole en France avant la réintroduction de la déclaration obligatoire⁵⁷

La poussée épidémique du premier trimestre 2003 a contribué à mettre en lumière les lacunes du système français de surveillance de la maladie, indispensable au suivi de l'évolution de la maladie.

La rougeole n'étant plus une maladie à déclaration obligatoire depuis 1985, son incidence est surveillée par un réseau d'environ 300 médecins généralistes libéraux sentinelles (Inserm, Unité 444), qui notifient chaque semaine, les cas de rougeole sur des critères essentiellement cliniques. Ainsi, seuls les cas vus en médecine générale sont rapportés (les cas hospitalisés ou vus par les pédiatres ne sont pas notifiés). Si ce système a permis de montrer l'impact de la vaccination antirougeoleuse introduite dans le calendrier vaccinal, il est devenu moins adapté à mesure que le nombre de cas s'est réduit, grâce aux efforts de vaccination. En 2003, l'estimation de l'incidence a été extrapolée à partir de 18 cas rapportés et l'intervalle de confiance à 95 % était ainsi estimé à 6 000 – 15 000⁵⁸ reflétant un système de surveillance qui n'est plus adapté aux plus faibles incidences.

Cette constatation fait craindre que de petites épidémies ne puissent être détectées, d'autant qu'aucun cas de rougeole n'a été rapporté par le système en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) au cours du 1er semestre 2003, alors qu'une circulation active du virus était documentée. Ces éléments appelaient donc à renforcer le système de surveillance pour obtenir une image plus fidèle de l'épidémiologie de la maladie.

⁵⁷ InVS, Surveillance de la rougeole en France, Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie, 2004

⁵⁸ Sentiweb, www.inserm.fr

Annexe III : Evaluation du niveau de contrôle de la maladie en France au regard des indicateurs internationaux⁵⁹ et recommandations de l'OMS pour la surveillance de la rougeole

Les difficultés rencontrées par la France à atteindre les objectifs des programmes de vaccination ont pu être analysées comme résultant de paramètres autres que la couverture vaccinale et l'incidence. Une étude comparative des programmes vaccinaux et de l'impact épidémiologique de la vaccination contre la rougeole réalisée par le réseau ESEN avance ainsi que la comparaison des données au niveau européen doit prendre en compte les différences en matière d'organisation du système de santé (secteur public versus secteur libéral, obligation versus recommandations vaccinales...). Elle a permis de classer huit pays européens en fonction de leur niveau de contrôle⁶⁰ :

- niveau de contrôle très élevé : Finlande, Suède ;
- niveau de contrôle élevé : Danemark, Angleterre-Pays de Galles, Pays-Bas ;
- niveau de contrôle insuffisant : France, Allemagne, Italie.

En 2004, le niveau de contrôle de la rougeole en France est estimé « élevé » selon les critères OMS – c'est-à-dire un niveau de contrôle insuffisant pour atteindre l'élimination – associant un taux de couverture vaccinal atteint tardivement et un risque épidémique, nécessitant une surveillance avec notification individuelle des cas et des capacités de confirmation biologique.

Tableau 9 - Recommandations OMS pour la surveillance de la rougeole

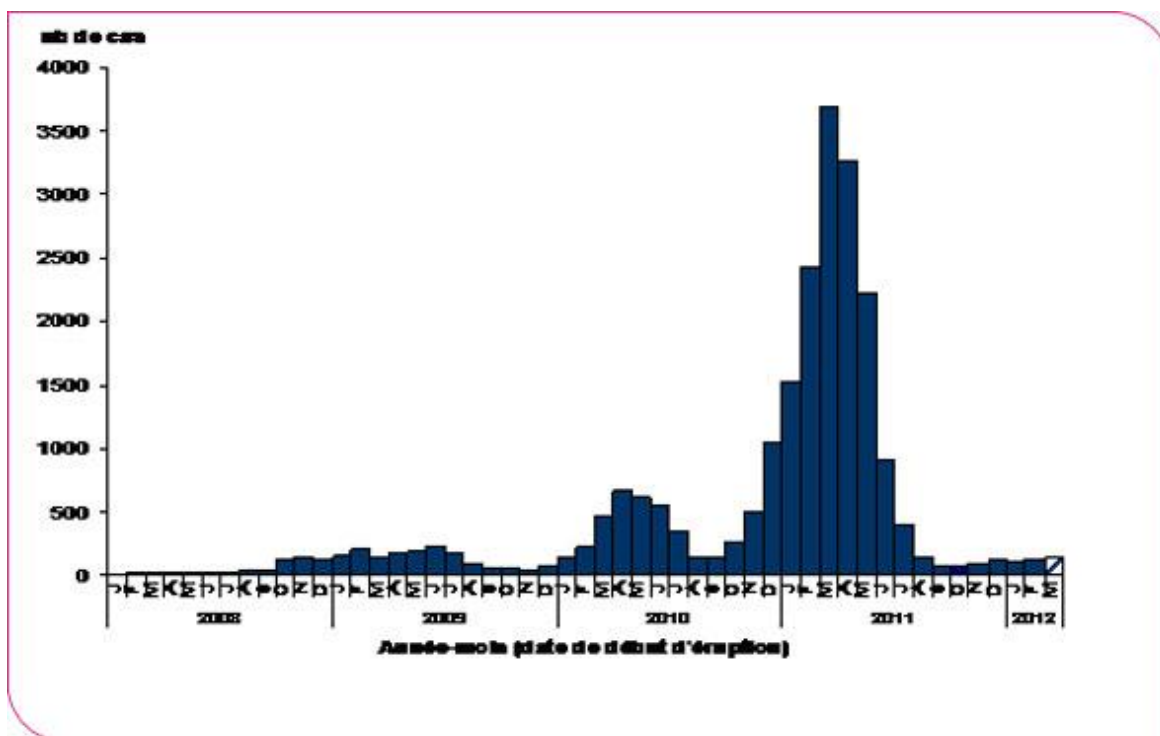
Niveaux de contrôle	Couverture vaccinale	Situation épidémiologique	Activités minimales de surveillance
I. Niveau faible	≤ 90 %	Morbidité importante Fréquentes poussées épidémiques Intervalles entre épidémies < 5 ans	Données agrégées par groupes d'âges, statut vaccinal, zones géographiques Investigation des épidémies
II. Niveau élevé	> 90 % et durable pour 1 dose au minimum	Faible morbidité avec poussées épidémiques périodiques Intervalles entre épidémies > 5 ans	Activités niveau I Notification des cas au niveau national Renforcement des capacités de laboratoire pour la confirmation biologique
III. Quasi-élimination	> 95 % et durable par 2 doses	Interruption de la transmission endémique Faible niveau de susceptibilité dans la population	Notification systématique des cas Investigation de tout cas suspect incluant test biologique

⁵⁹ InVS, Surveillance de la rougeole en France, Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie, 2004

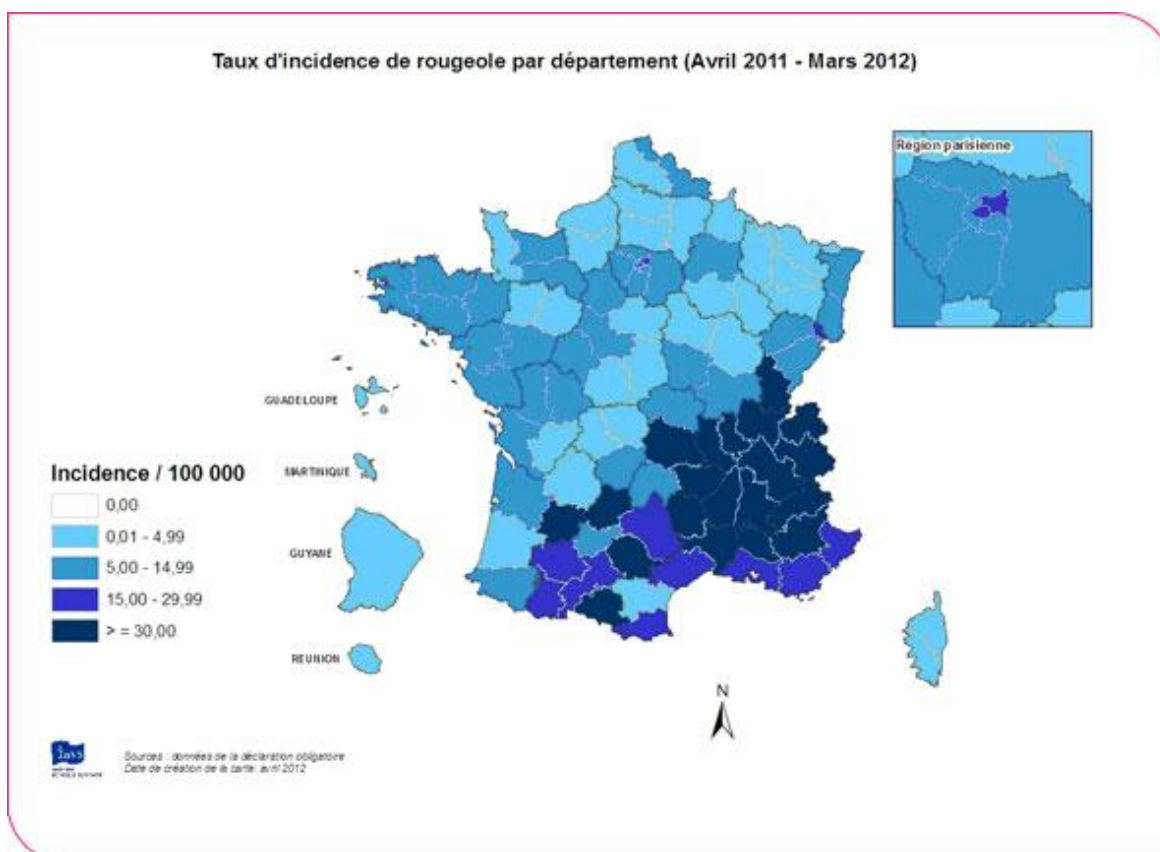
⁶⁰ Levy-Bruhl D, Pebody R, Veldhuijzen I, Valenciano M, Osborne K. ESEN: a comparison of vaccination programmes, Euro Surveill 1998

Annexe IV : Données épidémiologiques récentes

Cas de rougeole par mois, DO, France, janvier 2008, mars 2012 (InVS).



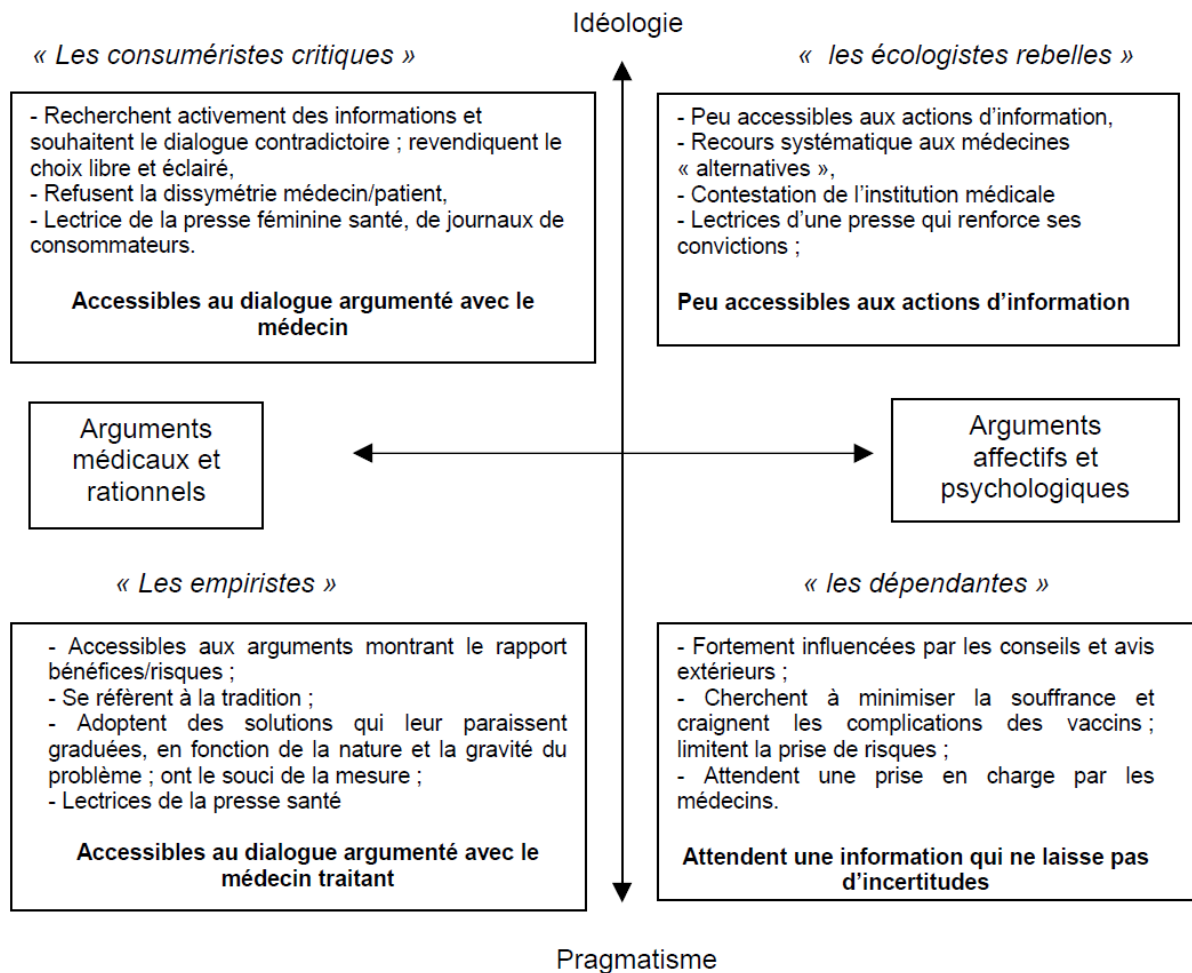
Taux d'incidence de la rougeole par département (avril 2011 – mars 2012).



Annexe V : SWOT

	POSITIFS	NEGATIFS
INTERNES	<p><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscription de la rougeole au calendrier vaccinal - Ressources mobilisables des données de la CPAM - Déclaration obligatoire de la rougeole - Surveillance et confirmation des cas - Identification biologiques à la disposition des professionnels de santé - Qualité du réseau de laboratoires - Mesures de gestion d'un (des cas groupés) hors période épidémique - Adaptation des ARS en fonction des besoins de la population du territoire - Communication auprès de populations ciblées récemment améliorée 	<p><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Couverture vaccinale sous optimale - Possibles différences de priorisations selon les ARS / difficultés pour le ministère d'avoir une politique homogène - Connaissance de la couverture vaccinale - Protection vaccinale « aux mains » de la médecine de ville - Données des vaccinations de rattrapage manquantes - Mesures de gestion d'un (des cas groupés) en période épidémique - Mise en œuvre des réformes - Manque de sensibilité des professionnels de santé à la politique mise en œuvre - Manque de communication au moment du lancement du plan
EXTERNES	<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs fixés par l'OMS - Echanges réguliers entre les partenaires Européens permettant les réajustements des mesures engagées - France située en niveau de contrôle II 	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Décalage de l'âge moyen de contraction de la maladie - Accumulation progressive de sujet non immuns = sources potentielles de foyers épidémiques - Poches de résistances anti-vaccinations - Disparité Nord/Sud persistantes - Flux de population

Annexe VI : Typologie des attitudes de mères réticentes ou réfractaires à la vaccination combinée contre la rougeole, les oreillons et la rubéole



Opinions, attitudes et comportements par rapport à la vaccination contre la rougeole en France : résultats des études menées par le CFES/INPES, 1994-2002, in plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France, 2005-2010

Annexe VII : Tableau des entretiens.

RDV	Nom	Date	Heure	Lieu	Fonction
INVS	Frédéric GIBAUD Murielle KORDYLAS Nicolas BUCKENMEIER Stéphane CARDON	10 mai 2012	17h00	Paris	Médecin Epidémiologiste
DGS	Frédéric GIBAUD Murielle KORDYLAS Nicolas BUCKENMEIER Stéphane CARDON	10 mai 2012	11h00	Paris	Médecin
MEN	Mathilde PASCALON Caroll FREYCHE Thierry PERRIN	3 mai 2012	16h30	Rennes EHESP	Médecin de l'Education Nationale
ARS Bretagne	Delphine PIGNOLET Mathilde PASCALON Valérie ETTWILLER	9 mai 2012	14h-14h30	Rennes 4 ^{ème} Etage	MISP
ARS MIDI- PYRENEE	Thierry PERRIN Caroll FREYCHE	9 mai 2012	14h00	Foix (DT)	IDE Santé Publique
DT Bretagne (Finistère)	Delphine PIGNOLET Valérie ETTWILLER Thierry PERRIN	15 mai 2012	14h00	Entretien téléphonique	MISP
ARS LANGUEDOC ROUSSILLON	Murielle KORDYLAS Nicolas BUCKENMEIER	9 mai 2012	14h00	Entretien téléphonique	Cadre de Santé Publique
CHU de Rennes	Thibault JURVILLIER	14 mai 2012	11h00	Rennes	PUPH

Annexe VIII : Extrait de l'entretien avec l'infirmière de santé publique de la délégation territoriale de l'ARS ARIEGE

Contexte du département face à l'épidémie de rougeole et la couverture vaccinale :

Taux de couverture vaccinale antirougeoleuse (1 dose) à 24 mois estimé par départements à partir des données de certificats de santé pour la région Midi-Pyrénées entre 2005-2010

- Moyenne Midi-Pyrénées : tous inférieurs à 85% sauf le Tarn et Garonne = 91%⁶¹
- Ariège 78%
- Moyenne nationale (2008) 89.1%⁶²

Année 2011 : discordance entre chiffres DT (189 cas) et InVS (157 cas)

Ariège : couverture vaccinale insuffisante pour 2 raisons :

Une population réfractaire à la vaccination, public avec idéologie nature++ qui préfère la mise en contact direct avec le virus.

Population pas assez avertie qu'il existe des complications de la rougeole.

Remise en question d'un éventuel « terrorisme médical » qui utilise la peur pour convaincre or il semble être porteur : ex de 2 encéphalites post rougeole en Ariège circonscrite dans un village. Dans les deux cas famille de 3 enfants dont les deux premiers n'étaient pas vaccinés et c'est le troisième qui est affecté, ici avec forme plus sévère. Cet exemple a incité la population locale à recourir plus facilement à la vaccination.

Des professionnels de santé - il existe des médecins généralistes réfractaires - qui ne mettent pas à jour leurs connaissances.

De plus, le médecin n'avait pas tenu compte (exemple de l'encéphalite cité ci-dessus) du profil vaccinal de l'entourage et n'avait pas déclaré les 30 cas de rougeole précédents.

NB : idée de maison de santé pluridisciplinaire avec projet de santé publique intégrant les objectifs de vaccination.

Actions développées localement :

- ✧ semaine de vaccination (européenne)
- ✧ PMI : flyers pour journées portes ouvertes au centre de vaccination
- ✧ livret Mikalou pour expliquer aux enfants la vaccination, déposé par les délégués CPAM dans les salles d'attentes des médecins
- ✧ soirée débat sur la vaccination en mai 2011 avec PMI et santé scolaire, à l'intention

⁶¹ BVS n°5 août 2011, Cire-ARS MP/INVS

⁶² Conférence de presse Epidémie de rougeole dossier d'information ; INPES – Ministère de la santé InVS

des médecins libéraux : 1 seul médecin généraliste présent !

- ⤴ une réunion publique organisée par président de l'URPS (union régionale des professions de santé) des médecins : résultat identique avec peu de médecin présent.

Idées :

- ⤴ comité de pilotage qui se met en place au sein de l'ARS avec PMI, CPAM, MSA et médecin du travail
- ⤴ idée de déplacer centre de vaccination pour atteindre les gens du voyage sans logement fixe
- ⤴ donner l'opportunité aux médecins scolaires de vacciner en temps réel et aussi aux médecins généralistes mais cela suppose une logistique avec frigo pour conserver les vaccins sur les lieux de consultation
- ⤴ manque de médecins au sein des ARS et de moyens pour la collecte des résultats par exemple
- ⤴ manque de communication entre ARS siège et DT
- ⤴ problème signalisation maladie DO existe numéro de téléphone pour aider médecin mais n° en 0800 donc payant : diminution des déclarations
- ⤴ il existe un carnet de vaccination pour les adultes (différents du carnet de santé) et disque INPES, mais peu connus
- ⤴ certains professionnels de santé à l'hôpital ne sont pas vaccinés.

Annexe IX : Entretien avec Mme le Docteur X.– MISp à la délégation territoriale du Finistère chargée de la veille sanitaire .

D'une manière générale quelles sont vos missions au sein de l'ARS Bretagne ?

MISP, je suis médecin de veille sanitaire, responsable de pôle en délégation territoriale, chargée de la surveillance pour le Finistère et le Morbihan.

J'ai une casquette régionale de responsable vaccination et suis médecin référent en santé – environnement.

Sur le plan de lutte contre la rougeole 2005-2010 et la politique vaccinale au sein de l'ARS Bretagne.

Le plan a-t-il été décliné en orientations particulières dans la région ?

Il a été diffusé tel quel, sans orientations particulières pour la Bretagne. « *Il n'y a pas lieu avec du recul de prévoir une diffusion particulière* »

Considérez-vous que ce plan a été un échec au regard de la recrudescence de cas en 2011 notamment ?

C'était d'abord des recommandations de l'OMS qui ont présidé à l'élaboration du plan.

La France a adhéré au plan pour pouvoir éliminer la rougeole qui était devenue suffisamment rare à l'époque. Mais le plan est bon, plein de choses restent à faire. La réponse au plan n'a peut-être pas été aussi rapide que souhaitée.

Pour vous est-il caduque (car intitulé "2005-2010") ou au contraire toujours en vigueur ?

Il n'y a pas eu d'autres informations du ministère à ce jour. Nouvel objectif Europe repoussé à 2015. Les recommandations du plan sont toujours d'actualité et de bons sens. On pourrait peut-être tirer et rajouter des leçons sur le plan épidémiologie.

La rougeole était une priorité de l'ARS Bretagne en 2011, comment cela s'est-il traduit en pratique ?

On en a fait la priorité la semaine de la vaccination qui a réuni tous les acteurs régionaux. Le Copil régional a diffusé des informations sur la vaccination. Lors de la journée régionale de veille sanitaire de novembre 2011, j'ai fait une intervention particulière sur la rougeole.

Nous n'avons pas les moyens nécessaires pour évaluer les impacts de l'information diffusée.

Le problème est que les médecins pensent savoir. Il faut donc essayer de toucher les médecins dans les lieux où ils avaient de toute façon l'intention d'aller. Ils ne se déplacent pas forcément pour des conférences sur le sujet. Nous avons fait un courrier à tous les médecins libéraux lors de la semaine de vaccination : gynécologues, pharmaciens,

médecins traitants, pneumologues, pédiatres et leur avons envoyé des plaquettes, des infos...

80% des vaccinations sont faites par les médecins traitants. Ce sont donc eux la cible, mais il est difficile de les toucher.

On sait qu'il y a en France un problème de sous déclaration des maladies à déclaration obligatoire par les professionnels de santé et plus précisément les médecins généralistes.

Qu'en est-il dans la région ? Quelles mesures ont été prises ou pourraient être prises en Bretagne pour sensibiliser les professionnels à la déclaration obligatoire ?

La rougeole était une maladie avec un bon profil pour être une maladie à DO ce qui n'est pas la même chose pour la coqueluche. Il faut sans cesse sensibiliser les gens, avec un réseau, la rétro information (que l'on n'a pas le temps de faire)

Les médecins doivent comprendre la raison des signalements, à quoi ça sert pour les mobiliser. La non informatisation de certains médecins reste un frein à la communication.

Y a-t-il au niveau de l'ARS un croisement des déclarations obligatoires avec les déclarations faites par les laboratoires ?

Cela existe sur le plan national mais pas au niveau régional.

Pouvez-vous nous donner quelques axes d'améliorations possibles ?

Il y a une réglementation sur la délivrance des vaccins. Il faudrait rendre plus accessible et plus simple l'acte vaccinal et l'Etat devrait s'en charger. Les infirmiers ne peuvent pas, c'est une prescription médicale. Il faudrait simplifier l'accès au vaccin, les médecins devraient avoir les vaccins dans leur frigo. Dans trois départements c'est le Conseil Général qui est en charge des centres de vaccination, dans le Finistère c'est l'ARS. L'important c'est le médecin traitant. Il ne faut pas rater une occasion. Par exemple lorsqu'un jeune va voir son médecin traitant pour obtenir un certificat médical dans le cadre d'activités sportives. Sinon lorsqu'on voit un médecin en dehors de ce contexte c'est qu'on est malade et donc ce n'est pas le moment.

Sur la couverture vaccinale de la région

Avez- vous connaissance des certificats du 24ème mois recensés par la DRESS ?

Oui.

Je regrette souvent que les données InVS soient un peu anciennes.

Nous utilisons également les enquêtes réalisées en milieu scolaire.

Avec la PMI on arrive à récupérer des chiffres 2012-2011(enfant nés en 2008 = 53% à 24 mois pour une dose). On n'a pas deux doses assez tôt (24 mois)

Ce sont des chiffres et non des enquêtes de couverture vaccinale avec des taux de retour très faibles, par exemple dans les Côtes d'Armor un taux de 64%.

L'Education Nationale fait augmenter le taux de vaccination par son investissement sur le sujet. Le problème est que cela touche uniquement les établissements publics.

Une enquête avait été réalisée par un pédiatre Dr Gaudelus (Vaccinoscopie), très bien faite mais financée par un laboratoire. Je me demande pourquoi on ne diligente pas ce type de sondage au niveau national, c'est certainement lié à des freins financiers. On devrait pouvoir dans notre pays réaliser des enquêtes de couvertures vaccinales un peu réactives.

Sur un éventuel objectif mondial d'éradication de la rougeole

Cet objectif vous paraît-il pertinent ?

Je ne savais qu'il existait, pour moi on en était à l'élimination.

Que pensez-vous de l'idée de rendre obligatoire la vaccination contre la rougeole comme cela a été proposé par le Parlement en mars 2012 ?

Il faut réussir sur l'entretien motivationnel avec les professionnels, avoir plus de rigueur, car les vrais opposants il n'y en pas beaucoup et on n'arrivera pas à les convaincre. Le vaccin contre la rougeole ne deviendra pas obligatoire. Il faut prendre des mesures autres par exemple pour un enfant non vacciné les parents ont décidé de prendre un risque, s'il s'avère que celui-ci a pu être en contact avec un cas, alors on devrait pouvoir décider de son éviction pendant 15 jours pour éviter une contamination aux autres.

Il s'agit de ne pas oublier les professionnels de santé en contact avec la petite enfance et d'ailleurs avec eux cela devrait être plus facile car la vaccination protège le travailleur. Il faudrait même la rendre obligatoire pour certains professionnels.

La vaccination c'est tout au long de la vie : en France il n'y a pas encore une vraie politique vaccinale. Il faut se donner les moyens de rattrapages sinon on déplace le problème.

Concernant la légitimité de l'éradication, nous nous sommes demandé si d'autres maladies à prévention vaccinale (nous pensions à la varicelle par exemple) ne seraient pas tout aussi légitimes à éradiquer ou au moins éliminer. La question peut-elle se poser en ces termes selon vous ?

C'est un projet d'élimination et non d'éradication. Il faut en rester à l'objectif OMS Europe et donc à l'élimination. Avoir des moyens forts d'éviction scolaire par exemple si on ne peut pas avoir une obligation de vaccination pour la rougeole.

Pourquoi, comme certains les proposent (opposants au vaccin contre la rougeole et médecins), ne pas vacciner plus tard les enfants pour qu'ils développent la maladie "naturellement" et proposer le vaccin plus tard (comme pour la varicelle par exemple)?

Autant pour la varicelle cela peut-être vrai. Mais pas pour la rougeole car tout petit on a des formes sévères et on prend des risques bien plus importants. Il y a un bénéfice risque important pour la vaccination contre la rougeole.

Pensez-vous que l'on puisse utiliser la publicité d'un cas et la peur qu'elle suscite comme moyen de motivation ?

En matière de santé publique, lorsqu'il y a un cas de rougeole et que l'on fait « une note » cela porte de façon immédiate et remotive les médecins traitants et les personnes en général. La peur, comme instrument de motivation ? Je ne sais pas....cela a été utilisé à propos du Sida et du tabac...les effets n'ont pas été extraordinaires.

Voyez-vous d'autres choses qui pourraient être mises en place et fonctionner ?

L'assurance maladie a aussi des choses intéressantes dans leur programme avec des axes particuliers sur la rougeole.

On a les bonnes recommandations sauf celle de l'éviction qui peut être valable aussi pour d'autres maladies que la rougeole. Lorsqu'il y un risque infectieux pour la collectivité ça c'est autre chose...Selon leur choix, les parents font avec le CNED, avec papa/maman qui restent à la maison ou des enseignants à domicile.

Annexe X : Entretien avec Madame le Docteur D. , MEN à l'EHESP.

En cas d'épidémie MEN = conseiller technique pour l'école et +/- éviction scolaire de l'enfant, information des parents par plaquettes par exemple.

Si rougeole grave avec complications = MEN mise en place de cellule de crise

Pas de mission de vaccination pour le MEN, si vaccination alors nécessite plan organisé avec cadre précis et réquisition par le Préfet.

Recommandation du MEN pour les vaccins lors des bilans mais problème pour le suivi par manque de moyens (sauf si pathologie particulière existe bon suivi).

MEN bien sensibilisés par rapport à la gravité de la rougeole donc favorables à la vaccination et respectent les recommandations de HAS et ministère de l'Education Nationale.

Comment parler aux parents ? Instaurer la confiance rapidement d'autant plus que dans ce cas pas de liberté de choix du praticien.

La question de créer une relation de confiance.

- Situation la plus fréquente : l'oubli de la vaccination. Des gens qui diffèrent la vaccination dans le temps mais ne sont pas opposés.
- Des gens réticents avec qui on peut discuter.
- Des gens complètement opposés à toutes vaccinations, c'est compliqué de les convaincre en 20 minutes. Ils sont sur une forte défensive. Des échanges où on demande leurs arguments. Si on entre en conflit, on rate le reste de la consultation. Si on arrive à dire « expliquez-moi quelles sont vos réticences » ils vont amener eux-mêmes leurs arguments et on peut répondre mais c'est difficile de leur faire changer d'avis.
- *« Il arrive que les gens qui soient un peu hésitants, aient entendu des choses, soient méfiants vis-à-vis des laboratoires. Si on a un argumentaire qui relève du bon sens où l'on prouve que la rougeole n'est pas bénigne et reste une des lères causes de mortalité dans le monde on peut arriver à ce que les gens engagent leur réflexion, après, à eux d'aller voir le médecin car on ne vaccinera pas. »*

Les opposants sont opposants pour tous les vaccins, je n'ai jamais rencontré de gens qui ne voulait pas vacciner que pour un vaccin. Sauf pour le Gardasil, certains sont opposants que pour ce vaccin là car ça met en cause d'autres choses.

Parfois certains opposants font faire à leurs enfants les premières vaccinations obligatoires mais pas toujours. Des fois on rentre dans de vrais conflits, quand l'enfant n'a aucune

vaccination, « *parfois ça va jusqu'à signaler au conseil de l'ordre que les enfants ne sont pas vaccinés* ». Un certificat fourni à l'école d'un médecin disant que l'enfant ne peut recevoir aucune vaccination, on sait que ce n'est pas bon car ça n'existe pas les contre-indications générales à l'ensemble des vaccinations

« *Il y a des contre-indications par vaccin, ms des contre-indications à l'ensemble des vaccins n'existent pas.* »

« *Ce qui prime, c'est l'obligation scolaire par rapport à l'obligation vaccinale* » mais c'est un choix presque moral parce que ce sont des niveaux de lois similaires : « *l'obligation vaccinale est inscrite dans la loi, l'obligation scolaire est inscrite dans la loi, on est loi contre loi.* »

Qu'est-ce qu'on veut pour un enfant ? L'enfant n'est pas vacciné donc il y a des risques pour lui-même et après se pose la question des risques pour les autres.

Mais le risque d'imposer une scolarisation à domicile pour ça, n'est-il pas plus élevé que le risque de ne pas vacciner ?

« *On mobilise la convention internationale des droits de l'enfant, le droit à l'éducation, l'intérêt supérieur de l'enfant, qui est plutôt au niveau de la scolarisation* »

« *Vous n'aurez jamais le droit d'imposer une vaccination contre la rougeole, ce n'est pas une vaccination obligatoire, même dans cas d'une épidémie.* »

Quand on arrive dans une période d'épidémie, avec des enfants gravement malades, beaucoup de gens sont prêts à revoir leur position à ce moment-là car ils se disent qu'il faut protéger leurs enfants.

Un débat intéressant parce qu'on a développé une frilosité par rapport à la vaccination à l'école alors certes on peut dire que ce n'est pas le rôle de l'école.

Comme on a une population qui est captive, la solution de facilité c'est de dire « ils sont tous là donc on va tous leur faire la même chose sur les questions de santé. C'est hyper contreproductif parce qu'en fait on ne pose jamais la vraie question de : « qu'est-ce qu'il faut et à quel moment précisément ? » et qui du coup peut avoir un impact plus fort. » Pour la vaccination, on est un peu là-dedans avec la campagne contre l'hépatite B où les pré-ados étant tous à l'école, on a vacciné à l'école. L'attaque autour de cette vaccination a laissé des traces. D'où la faible mobilisation dans les établissements scolaires pour la grippe A.

Il y a des endroits où quand on se retrouve avec des poches de rougeole et des épidémies très fortes et qu'il faut vacciner, l'école pourrait être un bon lieu, mais ça veut dire un bon lieu à un moment précis, pour une raison précise et accompagné d'une explication forte

aux familles aux enfants. C'est différent d'une vaccination systématique sans réfléchir pour tout le monde en imposant.

Si c'est quelque chose de plus construit car on constate qu'il y a un défaut de vaccination, des risques élevés, ça devient une construction de santé publique et l'école peut redevenir un lieu pertinent.

« L'école peut être un lieu pertinent pour vacciner dans une situation d'épidémie bien précise, avec un territoire bien précis, avec une gravité bien précise, où il faut absolument vacciner pour interrompre cette épidémie. Mais autrement, l'école entre dans une démarche de santé publique avec une action ciblée. »

Il a eu des vaccinations de masse à l'école qui ont créé des réticences vis-à-vis de la vaccination à l'école.

Les MEN et les infirmières scolaires ne peuvent vacciner que dans le cadre d'une réquisition car ce n'est pas dans leurs missions normales, mais lorsqu'ils sont réquisitionnés, ils ne peuvent pas refuser.

La vaccination est un geste médical, le MEN fait la consultation, recueille les antécédents et prescrit le vaccin, l'infirmière fait l'injection.

Le MEN n'a aucun lien avec le ministère de la Santé au plan statutaire, mais ce sont des médecins qui en tant que tel se réfèrent à la HAS et suivent les recommandations du ministère de la Santé tel que le calendrier vaccinal. Il appartient à chaque médecin de faire une démarche personnelle de recherche d'information. L'Education Nationale a écrit une circulaire de mission dans laquelle il n'y a pas la vaccination, qui relève de la responsabilité du conseil général.

Depuis la fin des années 1980, les personnels de l'Education Nationale ne sont plus vaccinateurs. Il y a peu de travail interministériel entre la santé et l'éducation, hormis sur des choses extrêmement précises à un moment donné. Ça manque, par exemple, pour les médecins de l'Education Nationale, la formation devrait être co- construite et en réalité le ministère de la Santé ne dit jamais rien. Ça reste un peu cloisonné.

La formation des MEN

Initiale statutaire, souvent déjà vacataires.

Objectif de santé publique, formation de santé publique généraliste. Les fondamentaux + mise en œuvre de projet de santé publique appliqué à l'Education Nationale.

La ½ journée de formation sur les questions de vaccination permet aux MEN d'actualiser les connaissances pour mieux préparer leur argumentaire vis-à-vis des familles réticentes. Ils doivent être capable d'argumenter l'intérêt et les limites de la vaccination et d'amener

les familles au moins à en discuter. La formation leur permet de mieux remplir leur rôle de conseil technique. La vaccination contre la tuberculose n'est plus obligatoire.

Les parents sont toujours invités pour le bilan de 6 ans et présents à 90%. Il est inscrit au code de la Santé publique et de l'éducation. Les employeurs sont tenus de libérer les parents pour cette visite.

C'est un bilan de dépistage, avec une approche très globale sur les besoins de l'enfant, la façon dont ils vont aborder l'école à partir du CP ou leur épanouissement extrascolaire.

Mais ce bilan n'est pas forcément effectué à l'école car il peut être fait par n'importe quel médecin.

La démographie de la médecine scolaire est en baisse, aussi la tendance est de faire en sorte que les enfants soient vus par l'infirmière et les médecins voient ceux pour lesquels un problème a été repéré.

Le médecin peut agir sur demande quand les enseignants ont un doute sur un problème de vue ou encore si un enfant présente des troubles du comportement, du langage, de l'apprentissage.

Un adolescent est d'abord reçu seul puis éventuellement le médecin voit la famille.

La PMI intervient chez les enfants de moins de six ans et aborde les questions de vaccination.

Il y a des bilans intermédiaires infirmiers : en classe de CE2, 6^e et 2nde avec une vérification du carnet de santé et vaccination. On peut alors solliciter les parents par écrit avec un mot dans le carnet de santé. Le suivi est fait par l'infirmière qui sollicite le médecin si la situation est problématique. Il y a 7500 infirmières scolaires contre 1200 MEN. Les infirmières sont mieux implantées dans les établissements.

Dans le cadre de la formation des MEN à l'EHESP, ils font un travail d'études de situation professionnelles. Il y en a eu un sur la grippe A et donc la vaccination mais pas sur la rougeole.

Un tel travail mobilise la réflexion générale autour de la vaccination, « quel discours tenir dans les établissements, que développer pour amener les familles à revoir leurs positions et vacciner leurs enfants. »

La sociologie, en France on a beaucoup imposé les vaccins et s'est contreproductif. Ça renvoie à l'injonction thérapeutique en général. Elle peut être intéressante pour atteindre une population qui n'entrerait pas au contact du soin autrement, mais il faut très vite inverser l'injonction thérapeutique en confiance thérapeutique.

« L'injonction thérapeutique ça ne marche pas, ça permet de rencontrer les gens, mais après il faut, si on veut que les gens entre dans une démarche de soin, très rapidement quitter l'injonction et l'imposition. »

L'évolution de la société fait que nous sommes dans un pays qui a de la chance et qui a un peu oublié que la rougeole est une maladie grave. Dans d'autres pays, les gens seraient ravis de pouvoir faire vacciner leurs enfants car ils savent que l'on meurt de la rougeole.

L'avenir de la vaccination dans nos sociétés passe par une démarche participative pour que les familles soient associées à cette pratique.

La maladie a des impacts sur le plan scolaire. Un enfant dont la mère s'est opposée à la vaccination a déclaré consécutivement la coqueluche et la rougeole. L'enfant a été fragile sur le plan scolaire et ses maladies l'ont empêché d'aller à l'école pendant deux mois. Cela peut compromettre la réussite de l'année scolaire ainsi que la vie sociale de l'enfant.

Il y a peu de collaboration entre les médecins de ville et la médecine scolaire, d'autant que celle-ci est assez méconnue chez les médecins. Cela renvoie à une question phare « Comment décloisonner l'approche du patient ? »

Des pays comme le Québec ont essayé de repenser cette approche du patient avec des hôpitaux ou ce sont les médecins qui se déplacent vers les patients et non l'inverse. Cela oblige les médecins à travailler ensemble.

Ce sont des pratiques intéressantes qu'il faut développer hors de l'hôpital. Le patient travaille ou va à l'école et doit intégrer dans ce contexte ses problématiques de santé. Le médecin doit aussi intégrer ça dans son approche et travailler en collaboration avec la médecine scolaire ou du travail.

« Arriver à faire travailler les médecins ensemble, c'est arriver à les faire aller dans le même sens. Ça sera forcément intéressant notamment pour la vaccination. » Si les médecins se contredisent sur cette question face à une famille indécise, elle n'ira pas vers la vaccination.

Les MEN remplissent des rapports d'activité statistique chaque année, mais le système d'information n'est pas très performant et les données ne sont pas pleinement exploitées.

Dans tous les pays en Europe, il y a un service de santé à l'école. Souvent, comme en Pologne, ils sont vaccinateurs ou dépêchés pour vacciner.

Annexe XI: Entretien avec Madame le docteur A., médecin épidémiologiste à l'InVS.

L'INVS, établissement public placé sous la tutelle du ministère de la Santé, réunit les missions au niveau national de surveillance, de vigilance et d'alerte sanitaire dans tous les domaines de la santé publique.

Dans le cadre de ses missions de veille et de vigilance sanitaires, il rassemble les données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés constituant le réseau national de santé publique.

Les maladies infectieuses, notamment la rougeole qui est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005, font l'objet d'un tel suivi.

Au sein de l'Institut, le docteur A. du bureau des maladies à prévention vaccinale, est en charge de la surveillance de la rougeole.

Elle était donc un interlocuteur incontournable pour :

- Recueillir des données épidémiologiques sur la rougeole en France ;
- Evaluer la situation actuelle après les pics épidémiques de 2009, 2010 et 2011 ;
- Apporter un éclairage sur la coopération avec les Agences Régionales de Santé et les CIRE (Cellules Inter Régionales d'Epidémiologie), antennes locales de l'INVS en Régions ;
- Donner une opinion sur le plan d'éradication de la maladie en France ;
- Donner un avis sur la politique vaccinale française.

Le circuit de la déclaration obligatoire est concrètement le suivant : les médecins et biologistes envoient en parallèle la déclaration à l'ARS (le plus souvent à la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires), qui renvoie les données à l'InVS.

Le Centre National de Référence reçoit les kits salivaires. Ces kits dans un premier temps devaient permettre une détection et une confirmation rapide des cas. Ils devaient être utilisés pour tous les cas, mais en considérant l'ampleur de l'épidémie, un usage prioritaire a été défini.

Les cas de rougeoles ayant entraîné un décès sont recensés par l'INSERM.

Le taux de sous déclaration par les médecins et biologiste est estimé autour de 30-40%.
qui envoient une fois par an à l'InVS le nombre d'analyses de rougeole positives. Ce travail en réseau est basé sur l'adhésion volontaire des laboratoires. Dans les années à venir, ce fonctionnement devrait être officialisé et l'InVS pourrait accéder « en temps réel » aux informations des laboratoires.

En 2012, l'épidémie devrait être en ralentissement : les poches de personnes susceptibles sont en diminution et la couverture vaccinale est en augmentation.

La couverture vaccinale est connue grâce aux certificats de santé, réalisés lors des examens obligatoires à 8 jours, 9 mois et 24 mois. Lors de ces examens, le médecin renseigne entre autres éléments si l'enfant a été vacciné ou non. Il n'y a pas de mention de quel dose a été administré (1ère ou seconde).

Ce certificat est envoyé en partie aux caisses d'allocations familiales, et en partie aux conseils généraux (voire DT ARS selon les départements). Les conseils généraux les renvoient ensuite à la DRESS, qui renvoie les informations à l'INVS.

Annexe XII : Entretien avec le Docteur X., médecin inspecteur de la santé publique au sein de l'ARS de Bretagne (CVAGS)

L'objectif de cet entretien était d'une manière générale d'obtenir des renseignements quant à l'application du plan 2005-2010, la spécificité de la Bretagne au regard de la rougeole et son avis quant à l'objectif d'éradication.

Le Dr X., en poste à Rennes depuis peu, nous a encouragé à compléter cet entretien avec le Dr X., MISP dans le Finistère et plus spécifiquement en charge de la politique vaccinale, entretien que nous avons eu ensuite le 15 mai 2012 par téléphone.

Monsieur Y., infirmier de santé publique à la CVAGS est venu en cours d'entretien compléter les propos du Docteur X. et nous apporter quelques données chiffrées.

Equipe MIP : qui porte la politique vaccinale au sein de l'ARS ?

Docteur X. : au sein de la CVAGS nous traitons les signalements. Mais le département prévention est plus en charge de la politique vaccinale et de son évaluation.

Concernant l'évaluation de la politique, le taux de couverture devrait être de 95 % mais on en est loin. Nous suivons la couverture vaccinale via le retour des certificats du 24^{ème} mois. Mais nous n'avons pas de chiffres annuels par agence concernant la couverture vaccinale.

Equipe MIP : quelles sont les missions spécifiques concernant la rougeole au sein de l'ARS ?

Docteur X. : au sein de la CVAGS, nous recevons tous les événements à déclaration obligatoire ou non. Puis un médecin et un infirmier de santé publique enquêtent et recensent les cas contacts autour des cas déclarés, ils orientent ensuite les personnes concernées vers les professionnels de santé.

Equipe MIP : comment la coordination entre l'ARS et la CIRE se fait-elle ?

Docteur X. : la CVAGS et la CIRE forment une plate-forme de veille sanitaire. Nous gérons les cas concrets et travaillons en étroite collaboration. La CIRE fait remonter les données à l'InVS. Nous participons au comptage des cas de rougeole. En 2011, nous avons reçu 319 signalements au sujet de la rougeole (enregistrés dans l'outil informatique « ORAGE ») mais non forcément validés comme des cas de rougeole réels. Sur ces 319 signalements, 142 provenaient du département du Finistère, non pas parce que ce département a connu plus de cas l'an passé, mais plutôt parce qu'il y a depuis longtemps une véritable culture de la déclaration dans le Finistère.

Equipe MIP : concernant les déclarations obligatoires, qui apparaissent comme sous déclarées, qu'en est-il dans la région ?

Docteur X. : cela embête les médecins de déclarer. Le taux de déclaration est en lien avec sa qualité. On sait qu'en milieu hospitalier les déclarations sont plus fiables. Un biais est possible donc et nécessite de lire les épidémies sur plusieurs années.

Il y a probablement eu plus de cas, puis une meilleure qualité du recueil qui explique une augmentation des déclarations, sans compter les flux des personnes en situation de précarité.

Certains médecins ne sont pas non plus au courant que la rougeole fait partie des maladies à déclaration obligatoire depuis 2005. La déclaration obligatoire ne s'est réellement mise en place que vers 2006-2007.

Equipe MIP : quelles mesures ont été prise en Bretagne en matière de sous déclaration ?

Docteur X. : nous passons par les conseils de l'ordre, pour sensibiliser les médecins à la déclaration des maladies obligatoires. Les relations sont délicates entre les médecins et l'ARS. Ils se demandent pourquoi ils doivent déclarer les maladies car cela représente une tâche en plus. Le problème de la rougeole est qu'elle n'était pas considérée comme une maladie grave. En Afrique, c'était l'inverse. En Algérie où j'ai travaillé on disait qu'on comptait ses enfants une fois que la rougeole était passée. En Europe, nous avons oublié qu'elle pouvait avoir des complications et causer des encéphalites par exemple. En 1983, après l'introduction du ROR la situation s'est améliorée, puis nous avons connu une vague anti vaccin, y compris chez les médecins, avec les complications du vaccin et la maladie n'était plus considérée comme si grave que cela.

On a éradiqué la variole car le traitement de la maladie et les complications de la vaccination revenaient plus cher que l'éradication. Le repérage des cas de variole était simple et donc la vaccination était facile aux USA.

Equipe MIP : les déclarations obligatoires sont-elles bien renseignées ?

Docteur X. : oui il n'y a pas de problème.

Il n'y a pas toujours de sérologie diagnostic accompagnant le diagnostic clinique et cela peut être problématique quand il y a des femmes enceintes dans l'entourage des cas car il y a des immunoglobulines à faire et il faut alors une validation biologique de la rougeole.

Les complications de la rougeole chez une femme enceinte sont des risques de fausse couche. Les erreurs ne sont pas fréquentes, en tout cas non chiffrées mais on sait qu'elles existent.

Equipe MIP : les deux phases de déclaration et de notification sont-elles bien effectuées ?

Docteur X. : notification, oui quand ils pensent que c'est cela. En situation d'épidémie, il n'est plus nécessaire de valider tous les cas. Nous avons reçu une circulaire qui le précise, car cela représente un coût. On considère que les autres personnes autour d'un cas confirmé qui présentent les symptômes sont également bien porteuses de la maladie.

Equipe MIP : y-a-t-il au niveau de l'ARS un croisement des déclarations obligatoires avec celles des laboratoires ?

Docteur X. : non, il faudrait voir cette question avec la CIRE, c'est possible quand l'épidémie n'est pas trop forte. Après, lors d'une épidémie, on s'écarte des laboratoires. On regarde au départ pour valider au début de l'épidémie la souche et puis on s'en écarte. Cela est fait sur le département pour la tuberculose.

Equipe MIP : des kits de dépistage (IgM salivaires) sont présents à l'ARS ? Les validations biologiques par les laboratoires sont réalisées comment (sérologie, test salivaires, détection virus par PCR...) ?

Docteur X. : les kits sont demandés par les médecins traitants, les services d'urgence pédiatriques. C'est l'ARS qui gère le stock.

Equipe MIP : l'objectif d'éradication vous paraît-il pertinent ?

Docteur X. : l'éradication est un objectif qui va être difficile à atteindre à cause des guerres, des flux de personnes. C'est un idéal, il faut l'avoir en objectif même si on aura du mal à l'atteindre. Il faut tenir compte du fait également que la vaccination ne fonctionne pas chez tout le monde, environ 2% de la population n'est pas réceptif aux deux doses.

Equipe MIP : l'objectif d'éradication vous paraît-il légitime ? L'argent investi dans la poursuite d'un tel objectif ne serait-il pas plus utile pour lutter contre d'autres types de maladies ?

Docteur X. : je ne pense pas qu'il faille opposer les maladies. La rougeole est très contagieuse. Il y a une question de coût également à prendre en compte. Il faut se

demander pour chaque maladie infantile quel bénéfice on tire à développer la vaccination. La coqueluche est aussi préconisée en vaccination.

L'éradication de la rougeole me paraît une utopie au regard de la situation des autres pays également : il faudrait atteindre 95% pour la première dose et 80% pour la seconde dose pour arriver à l'éradiquer et c'est déjà difficile dans nos pays alors dans les pays en voie de développement !

Equipe MIP : que pensez-vous d'une éventuelle vaccination obligatoire ?

Docteur X. : je ne vois pas comment, avec la montée de l'individualisme et autres on va pouvoir y arriver (ex hépatite B). On se vaccine aussi pour les autres. Ceux qui ne se vaccinent pas aujourd'hui sont protégés par les autres. Parce qu'on ne voit pas les maladies dans les autres pays. Dans la vaccination il y a toujours un risque de complications. Il faut un bon vaccin, pas cher...10-15% de la population n'est pas vaccinée et va former une cohorte qui est excessivement contagieuse.

Equipe MIP : on sait que la généralisation de la vaccination a eu pour conséquence de décaler l'âge de survenue des maladies. Certaines personnes – opposants à la vaccination mais également médecins - proposent de pas vacciner les enfants, petits, afin de leur permettre de développer la maladie à partir du virus sauvage et d'acquérir une immunité naturelle, une manière de protéger les tranches d'âge plus élevées de risque de complications mais de proposer le vaccin plus tard, au moment de l'adolescence par exemple. Qu'en pensez-vous ?

Docteur X : en tant que médecin de santé publique je ne peux pas entendre cela ! Il s'agit de voir les complications possibles pour votre enfant. La rougeole tue, il y a des sujets très fragiles, la maladie se déroule différemment selon les personnes. Certains font une maladie plus grave que d'autres. Montrez-moi bien que réellement c'est vraiment plus grave de vacciner ! Et dites-moi quelle tranche d'âge vous êtes prêtes à sacrifier ?

Le problème que l'on rencontre c'est qu'il existe des groupes de pression qui sont pertinents et avancent des éléments qui semblent solides. Parmi les opposants il y a les gens du voyage qui ont peur et n'ont pas confiance dans les vaccins, les catholiques traditionnalistes aussi, nous avons eu des soucis avec un camp scout d'Europe dans lequel plusieurs cas de rougeole avaient eu lieu, le camp se déplaçait et les responsables refusaient de nous communiquer le nom des jeunes du camp, nous avons eu gain de cause finalement, les gens qui tournent autour de l'écologie également.

Monsieur Y.: nous avons eu 11 cas depuis le début de l'année en Ile et Vilaine.

L'ARS ne fait pas le suivi des complications du vaccin. On essaie de déterminer les personnes contacts avec le cas et ce qu'il faut mettre en œuvre autour.

Nous vérifions que la personne a bien reçu les deux doses, sinon nous l'encourageons à se rendre chez son médecin traitant rapidement. Le vaccin doit être fait dans les 72 heures pour les personnes contacts. Nous vérifions également si des femmes enceintes ont pu être en contact avec le cas déclaré.

Nous ne savons pas vraiment où nous en sommes avec la rougeole.

Nous sommes sûrs qu'il y a de la sous déclaration en recoupant les informations. Les personnes qui nous disent qu'untel de leur cousin avait la rougeole il y a quinze jours dans un secteur pour lequel nous n'avons reçu aucune DO. Quelques fois les médecins font alors la DO mais 15 jours plus tard, c'est difficile de faire les recherches de cas contacts dans ces conditions.

Les vecteur qui marchent bien sont la PMI car elle se déplace même si elle ne suit que peu d'enfants en général, elle vérifie les vaccinations des nourrices agréées par exemple, les médecins traitants, la médecine scolaire : moins bien. Le meilleur vecteur reste le médecin traitant.

En 2011, nous avons reçu 34 signalements pour les Côtes d'Armor, 142 pour le Finistère dont 137 déclarations obligatoires, 80 pour l'Ille et Vilaine et 63 pour le Morbihan.

Annexe XIII : Compte rendu de l'entretien téléphonique avec la personne en charge de la politique vaccinale et de la lutte contre la rougeole au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon

Dans le cadre de notre étude, il nous est apparu pertinent d'interroger des responsables de lutte contre la rougeole, au sein de différentes ARS, réparties sur le territoire et ce, afin de:

- comprendre le niveau de connaissance et d'appropriation du plan français d'élimination de la rougeole dans les services ;
- recueillir des éléments de réponses quant aux disparités régionales liées à la couverture vaccinale et à l'incidence de la rougeole ;
- connaître les politiques, les actions mises en œuvre par les services dans les régions.

Nous avons ciblé notamment l'ARS Languedoc-Roussillon car c'est une région qui fut fortement touchée par l'épidémie 2008-2011.

Notre interlocuteur nous a tout d'abord expliqué que le travail sur la thématique de la rougeole en Languedoc-Roussillon était favorisé par la disponibilité de données sur la couverture vaccinale sur le territoire. En effet, dans la région, s'est mise en place une Commission Régionale de la Politique Vaccinale (CRPV) qui rassemble tous les acteurs de la vaccination comme les services de l'Etat (ARS notamment), des collectivités territoriales, l'Education Nationale... La CRPV est organisée en trois sous-groupes : semaine européenne de la vaccination, formation des professionnels de santé, couverture vaccinale. Ce dernier groupe de travail recueille des données départementales et infra-départementales. Ces informations permettent ensuite de cibler les actions afin de toucher en priorité les territoires où la couverture vaccinale est la plus basse.

La semaine de la vaccination est un moment privilégié dans l'année pour sensibiliser la population et les professionnels de santé à l'importance de la vaccination.

Notre interlocuteur nous a proposé une explication quant au faible niveau de la couverture vaccinale en Languedoc-Roussillon. Il a évoqué :

- une baisse de la mobilisation des médecins libéraux, notamment du fait de l'évolution de la perception de dangerosité des maladies infectieuses ;
- des opinions anti-vaccination plus marquées au sein de la population et parmi les médecins que dans d'autres régions.

Dans le cadre de cet entretien, nous avons également souhaité connaître la réaction de l'autorité sanitaire lorsqu'elle percevait un risque d'épidémie sur le territoire. Notre interlocuteur nous a expliqué que lorsqu'un foyer épidémique est identifié par l'ARS,

comme c'est le cas actuellement dans le département des Pyrénées-Orientales, elle rédige un communiqué de presse pour informer la population puis envoie des courriers aux les médecins de la zone concernée afin de les sensibiliser à la situation.

Enfin, nous l'avons interrogé sur sa connaissance du plan d'élimination français et sur l'influence que celui-ci avait sur son travail. Il nous a répondu que plusieurs facteurs avaient contrarié l'appropriation du plan par les acteurs et notamment que:

- les années 2005 et 2006 ont été marquées par la recentralisation vers les DDASS des activités de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles confiées jusque-là aux conseils généraux. Il a alors fallu consacrer du temps et des compétences à la redéfinition des missions et de l'action des centres départementaux de vaccination ;
- la préfiguration des ARS a ensuite mobilisé les services ;
- alors qu'un travail de déclinaison du plan pourrait aujourd'hui être mené, notre interlocuteur le considère comme caduc puisqu'il le perçoit comme clos en 2010.

Annexe XIV : Entretien avec un pédiatre hospitalier du CHU de Rennes

L'augmentation de l'incidence de la maladie est visible aux urgences pédiatriques. Il y a encore quelques années, les internes et externes en formation au CHU ne voyaient pas de cas de rougeole pendant leurs stages, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Le médecin traitant est la pierre angulaire de la réussite de la politique vaccinale. A quelques exceptions près, les patients suivent les conseils de leur médecin. Or, il existe des médecins généralistes qui sont eux-mêmes peu favorables aux recommandations vaccinales. Ceci est un obstacle majeur pour atteindre la couverture vaccinale nécessaire à l'élimination d'une maladie hautement contagieuse. Les actions de communication doivent donc comporter un volet important consacré à la formation des médecins. En effet, des médecins convaincus seront eux-mêmes convaincants.

La vaccination obligatoire est à rebours de l'ère du temps, la France est en effet l'un des rares pays de l'Union européenne à la pratiquer. Dans un contexte de défiance du public vis-à-vis des institutions, suite aux scandales sanitaires (sang contaminé, Mediator...), la priorité doit être donnée à emporter la conviction de suivre les recommandations vaccinales. Toutefois, l'absence d'effectivité des dispositions pénales coercitives relatives à la vaccination obligatoire est déplorée. D'autres pistes pourraient être envisagées, comme le conditionnement effectif de l'entrée en accueil collectif des enfants à la vaccination contre la rougeole, sans pour autant que la vaccination soit rendue obligatoire. Par ailleurs, la privatisation des frais d'hospitalisation pour les personnes non vaccinées serait à étudier.

Annexe XV : Entretien avec le Médecin du bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale à la Direction Générale de Santé.

Présentation :

Le bureau rassemble sous sa forme actuelle deux anciens bureaux (risques infectieux et politiques vaccinales et risques associés aux soins) et emploie 14 agents. Il s'occupe de thématiques larges telles que le plan antibiotique, les effets indésirables graves, la prévention des maladies infectieuses (tuberculose, grippe, méningites, rougeole...), lutte anti-vectorielle.

Questions institutionnelles :

- Politique communicationnelle : rôle de l'INPES, MiCom, DiCom
- Autres partenaires du bureau : rôle de l'Education nationale, les ARS, InVS, DREES, PMI, ECDC, DUS
- Représentation internationale : MAIE/DAIE, production de notes techniques par la DGS

Notions générales :

- Distinction élimination/éradication de la rougeole
- Raisons des différences entre pays
- Conditions d'éradicabilité d'une maladie

Légitimité de l'objectif d'élimination de la rougeole :

- Différences entre la coqueluche (immunité limitée à 8-10ans) et la rougeole (immunité conférée à vie).
- Similitudes et différences entre rougeole et varicelle.
- Pertinence de l'association de la rougeole-rubéole dans la politique vaccinale et la surveillance. Vaccin commun, surveillance similaire mais population à risque/gravité relative différentes.
- Impact de la vaccination sur l'immunité individuelle et collective. Vaccination naturelle vs sauvage.

Evaluation de l'application du plan :

- Difficultés d'entrée en action des mesures, obstacles liés au contexte épidémique
- Question des indicateurs de couverture vaccinale et leurs lacunes
- Question de l'opportunité d'évaluer le plan dès son terme 2010

Perspectives :

- Eventualité d'une inscription de la rougeole parmi les vaccinations obligatoires : avantages, limites

Thème n° 17 Animé par : MUELLER Judith, médecin épidémiologiste, prof. à l'EHESP.

Eventuel objectif mondial d'éradication de la rougeole : versus faisabilité en France.

- BUCKENMEIER Nicolas, IES
- CARDON Stéphane, PHISP
- ETTWILLER Valérie – DS
- FREYCHE Caroll – D3S
- GIBAUD Frédéric – DH
- GODIN BENHAIM Christine –
- JURVILLIER Thibault- DH
- KORDYLAS Murielle– IASS
- PASCALON Mathilde– AAH
- PERRIN Thierry – D3S
- PIGNOLET Delphine - IASS

Résumé :

La rougeole est une maladie infectieuse exclusivement humaine aux conséquences potentiellement graves. Elle peut être prévenue par un vaccin efficace aux bénéfices incontestables.

Les conditions théoriques sont donc réunies pour obtenir l'éradication de la maladie, objectif dont s'est emparée l'Organisation Mondiale de la Santé. Les exemples de la Finlande et du continent américain montrent par ailleurs que cette élimination est possible.

La France s'est par conséquent engagée pour atteindre cet objectif mondial. Un plan paru en 2005 visait ainsi à obtenir l'élimination de la rougeole en France à l'horizon 2010. Paradoxalement, c'est durant cette période que la rougeole a refait son apparition en France à grande échelle avec des épidémies survenues entre 2009 et 2011. Bien que prévisibles, ces épisodes épidémiques ont jeté le doute sur la possibilité d'atteindre l'objectif escompté d'une élimination de la maladie en France.

Dans le système de santé français, le médecin traitant reste la pierre angulaire de la politique de prévention. Une action forte est à mener en leur direction. Parallèlement, des équipes mobiles de vaccination pourraient être déployées en cas d'épidémies et auprès de populations cibles.

Mots clés : rougeole, élimination, éradication, vaccination, déclaration obligatoire, épidémie

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs