

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

F. 2009 — 1510

[C — 2009/24125]

2 MARS 2009. — Déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique sur le plan d'action 2009-2010 « Elimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique »

Considérant que la Belgique est un état fédéral et que les thèmes relevant de la santé publique qui sont à l'ordre du jour de l'Union européenne et de certains organes internationaux, tels que le Conseil de l'Europe, l'Organisation mondiale de la Santé, le Comité de la Santé de l'OCDE, l'ECDC, concernent des compétences à la fois de l'Etat fédéral, des Communautés et des Régions.

Vu les compétences respectives dont l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution disposent en matière de politique de santé et, en particulier, en ce qui concerne les activités et services de médecine préventive, conformément à l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, c) et 2^o, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980;

Considérant que l'élimination de la rougeole et de la rubéole pour l'année 2010 est l'un des objectifs fixés par le Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS);

Considérant que le Comité pour l'Elimination de la rougeole (et de la Rubéole, depuis septembre 2006) en Belgique a été créé en janvier 2003 et que la composition de ce comité a été approuvée par la Conférence interministérielle en mars 2003;

Considérant que le Comité pour l'Elimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique a élaboré en 2004 le plan d'action national pour éliminer la rougeole et qu'en octobre 2006, un amendement pour l'élimination de la rubéole a été ajouté à ce plan et que ce plan a été approuvé par la Conférence interministérielle en décembre 2006;

Considérant que le comité a informé les membres de la Conférence interministérielle sur l'évolution du processus d'élimination en Belgique, que le plan pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole, ainsi que le rapport d'activités du comité pour l'année 2007 ont été transmis aux membres de la Conférence interministérielle;

Considérant que, pour atteindre les objectifs du plan d'élimination, le comité requiert l'engagement des autorités politiques compétentes en la matière pour la réalisation des activités;

Sur la base des considérations précitées, la Conférence interministérielle de Santé publique, approuve formellement le plan d'action 2009-2010 « Elimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique ».

La présente Déclaration a été faite et signée à Bruxelles, le 2 mars 2009.

Pour l'Autorité fédérale :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

Pour le Gouvernement flamand :

Le Ministre du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,
Mme V. HEEREN

Pour le Gouvernement régional wallon :

Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale
et de l'Egalité des Chances,
D. DONFUT

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse,
Mme C. FONCK

Pour le Gouvernement de la Communauté germanophone :

Le Ministre de la Formation et de l'Emploi,
des Affaires sociales et du Tourisme,
B. GENTGES

Pour le Collège réuni
de la Commission communautaire commune
de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le membre du Collège réuni,
compétent pour la Politique de Santé,
G. VANHENGEL

Pour le Collège réuni
de la Commission communautaire commune
de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le membre du Collège réuni,
compétent pour la Politique de Santé,
B. CEREXHE

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

N. 2009 — 1510

[C — 2009/24125]

2 MAART 2009. — Gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid inzake het actieplan 2009-2010 voor de « Eliminatie van mazelen en rubella in België »

Overwegende dat België een federale Staat is en dat de thema's in verband met volksgezondheid die op de agenda staan van de Europese Unie en bepaalde internationale organen zoals de Raad van Europa, de Wereldgezondheidsorganisatie, het Gezondheidscomité van de OESO, het ECDC, bevoegdheden betreffen van zowel de federale Staat, als de Gemeenschappen en de Gewesten.

Gelet op de respectieve bevoegdheden waarover de federale Overheid en de Overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet beschikken op het gebied van het gezondheidsbeleid en in het bijzonder voor wat de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve geneeskunde betreft, overeenkomstig artikel 5, § 1, I, 1^o, c) en 2^o, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen;

Overwegende dat de eliminatie van mazelen en rubella tegen het jaar 2010 een van de doelstellingen is van het Europees Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO);

Overwegende dat in januari 2003 het Comité voor de Eliminatie van Mazelen (en Rubella, sinds september 2006) in België werd opgericht en dat de samenstelling van dit comité werd goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie in maart 2003;

Overwegende dat het actieplan voor de eliminatie van mazelen in België (april 2004) en het amendement voor de eliminatie van rubella in België (oktober 2006), opgesteld door het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België, werd goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie in december 2006;

Overwegende dat het comité de leden van de Interministeriële Conferentie heeft geïnformeerd over de evolutie van het eliminatieproces in België en dat het eliminatieplan voor mazelen en rubella, alsook het activiteitenverslag van het comité voor het jaar 2007 werd overgemaakt aan de leden van de Interministeriële Conferentie;

Overwegende dat, om de doelstellingen van het eliminatieplan te halen, het comité rekt op het engagement van de bevoegde politieke autoriteiten voor het realiseren van de activiteiten;

Op grond van voorgaande overwegingen keurt de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het actieplan 2009-2010 voor de « Eliminatie van mazelen en rubella in België » formeel goed.

Deze Verklaring werd opgemaakt en ondertekend te Brussel, op 2 maart 2009.

Voor de Federale Overheid :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Voor de Vlaamse Regering :

De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
Mevr. V. HEEREN

Voor de Waalse Gewestregering :

De Minister van Gezondheid, Sociale actie
en Gelijkheid van Kansen,
D. DONFUT

Voor de Franse Gemeenschapsregering :

De Minister van Gezondheid, Kinderen en Jeugdhulp,
C. FONCK

Voor de Duitstalige Gemeenschapsregering :

De Minister van Vorming en Tewerkstelling,
Sociale Aangelegenheden en Toerisme,
B. GENTGES

Voor het Verenigd College
van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het lid van het Verenigd College,
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
G. VANHENGEL

Voor het Verenigd College
van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het lid van het Verenigd College,
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
B. CEREXHE

Elimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique**Plan d'action 2009-2010**

Epidemiologie | Décembre 2008 | Bruxelles, Belgique

N° de référence interne : IPH/EPIREPORTS, N° 2009-09

N° de dépôt : D/2009/2505/009

Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique

Secrétariat : Epidemiologie

Rue Juliette Wytsman 14

1050 Bruxelles – Belgique

www.iph.fgov.be

Table des matières

Abréviations

Résumé.

1. Introduction

2. Situation en 2007-2008

2.1. Couverture vaccinale

2.2. Surveillance.

2.3. Estimation de l'incidence

2.4. Groupes à risque.

3. Objectif

4. Stratégies

5. Activités

5.1. Vaccination

5.2. Surveillance

5.3. Information et sensibilisation

5.4. Etudes

6. Evaluation et observation.

7. Rôle des différents partenaires

8. Ressources nécessaires

9. Problèmes possibles

10. Conclusion

Annexe 1^{re} : Membres du Comité pour l'Élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique, novembre 2008

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des activités pour 2009-2010

Vaccination.

Surveillance

Information et Sensibilisation

Abréviations

CSS Conseil supérieur de la Santé

CV Couverture vaccinale

EIW European Immunisation Week

ISP Institut scientifique de Santé publique

OMS Organisation mondiale de la Santé

ONE Office de la Naissance et de l'Enfance

PSE Promotion de la Santé à l'École

RRO1 Première dose du vaccin anti rougeole-rubéole-oreillons

RRO2 Seconde dose du vaccin anti rougeole-rubéole-oreillons

SRC Syndrome de Rubéole Congénitale

Résumé

Le bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) veut éliminer la rougeole et la rubéole dans la région pour 2010. Selon les critères d'OMS, la Belgique n'a pas encore atteint cet objectif. Pour atteindre cet objectif d'élimination, un engagement moral et financier de tous les partenaires concernés est indispensable. Dans ce rapport, le Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique propose des activités supplémentaires qui sont nécessaires pour atteindre l'élimination (résumé en annexe 2).

Un Comité pour l'Élimination de la rougeole et la rubéole en Belgique a été créé en janvier 2003. Le Comité est responsable pour la surveillance de la situation en Belgique et peut recommander des actions qui devraient être réalisées pour atteindre l'élimination. Le Comité a élaboré un plan d'action national en 2004. En novembre 2006, un addendum a été rajouté à ce plan, avec des activités ciblant spécifiquement l'élimination de la rubéole. Face à l'approche de l'année ciblée pour l'élimination, il est utile de faire le point sur l'atteinte des objectifs et la réalisation des activités proposées en Belgique.

Pour la période de 2009 à 2010, des nouvelles activités sont proposées dans le domaine de la vaccination, de la surveillance, de l'information et de la sensibilisation.

La couverture vaccinale devrait augmenter, vu que l'objectif de 95 % est presque atteint pour la première dose du vaccin rougeole-rubéole-oreillons mais est loin d'être atteint pour la seconde dose.

Des vaccinations de rattrapage doivent être prévues pour les groupes à risque et au plan individuel. La surveillance doit être renforcée par une déclaration rapide et fiable de chaque cas. La séroprotection de la population doit être suivie, et le personnel de santé et le grand public doivent être informés et sensibilisés. Le Comité prévoit qu'on doit mettre des moyens supplémentaires à disposition, vu qu'un financement déficient peut compromettre l'atteinte de l'élimination.

L'élimination de la rougeole et de la rubéole est réalisable pour 2010, mais des efforts supplémentaires sont indispensables. Nous demandons à tous les partenaires concernés de s'y engager et de donner la priorité à cet objectif.

1. Introduction

La rougeole est une maladie virale très contagieuse et dans 10 à 20 % des cas, des complications se manifestent. La rubéole étant une maladie infectieuse bénigne, son importance au point de vue de la santé publique réside dans les risques pour l'enfant, entre autres le risque de fausse couche, de mort fœtale ou de naissance d'un enfant atteint du syndrome de rubéole congénitale (SRC).

Le bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) veut éliminer la rougeole et la rubéole pour 2010. Éliminer la rougeole veut dire qu'il n'y a pas de transmission durable du virus et que la propagation secondaire à la suite d'un cas importé cesse spontanément, sans intervention. Pour atteindre cet objectif, il faut que 95 % de la population soit vaccinée avec 2 doses de vaccin anti-rougeoleux et au moins une dose de vaccin anti-rubéole.

Un Comité pour l'Élimination de la Rougeole et la Rubéole en Belgique a été créé en janvier 2003. Le Comité est responsable pour la surveillance de la situation en Belgique et peut recommander des actions qui devraient être réalisées pour atteindre l'élimination. Un rapport pour l'OMS est envoyé annuellement.

Le Comité a élaboré un plan d'action national pour l'élimination de la rougeole en 2004.

En novembre 2006, un addendum a été rajouté à ce plan, avec des activités ciblant spécifiquement l'élimination de la rubéole. Les priorités du plan sont l'augmentation de la couverture vaccinale jusqu'au moins 95 % pour les 2 doses du vaccin anti-rougeoleux et rubéoleux, et la mise en place d'un système de surveillance efficace pour la surveillance de la rougeole et de la rubéole, avec confirmation du diagnostic au laboratoire national pour la rougeole et la rubéole (ISP, section Virologie).

Face à l'approche de l'année ciblée pour l'élimination, il est utile de faire le point sur l'atteinte des objectifs et la réalisation des activités proposées en Belgique. En fonction des réalisations et des lacunes, de nouvelles activités pour la période de 2009 à 2010 devront être proposées.

2. Situation en 2007-2008

2.1. Couverture vaccinale

Selon les études les plus récentes dans les différentes régions, la couverture vaccinale pour la première dose du vaccin trivalent rougeole-rubéole-oreillons (RRO) est de 94 % en Flandre (2005), 89 % en Wallonie (2006) et 91 % à Bruxelles (2006). Pour la seconde dose, la couverture vaccinale est de 65 % à 84 %, les personnes sans carte de vaccination étant considérées non vaccinées.

Sur base de ces résultats, la couverture vaccinale nationale en Belgique est estimée à 92 % pour la première dose et à (au moins) 77,5 % pour la seconde dose (moyenne pondérée 2005-2006).

L'objectif des 95 % est presque atteint pour la première dose. Pour la seconde dose, l'objectif de 95 % est loin d'être atteint.

2.2. Surveillance.

En Communauté flamande, la rougeole et la rubéole sont des maladies à déclaration obligatoire uniquement dans le cadre du contrôle des maladies transmissibles dans les écoles. La Communauté française se joint à la Décision européenne 2119/98/CE sur la liste des maladies à déclaration obligatoires (dont la rougeole et la rubéole). Les médecins francophones ont été informés dans l'annexe d'une lettre sur la grippe aviaire, envoyée en janvier 2006. En pratique, les cas de rougeole et de rubéole ne sont toutefois pas (encore) déclarés.

Depuis octobre 2002, la surveillance de la rougeole se fait par le système de surveillance de maladies infectieuses chez l'enfant (PediSurv) de l'ISP, par des pédiatres belges et des médecins généralistes de la Région de Bruxelles-Capitale. La participation à la surveillance est volontaire. En 2006, en moyenne 40 % des médecins et 80 % des hôpitaux avec un service pédiatrique y ont participé. Les cas de rougeole déclarés aux Inspecteurs d'Hygiène des Communautés sont également enregistrés dans la base de données, ainsi que les cas de rougeole diagnostiqués par le Réseau des Laboratoires Vigies.

Depuis janvier 2007, les cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) sont également déclarés par le système PediSurv.

La rougeole et la rubéole ne sont toujours pas des maladies à déclaration obligatoire en Belgique, sauf dans le cadre du contrôle de maladies transmissibles dans les écoles.

2.3. Estimation de l'incidence.

Sur base des données collectées par les différents systèmes de surveillance, l'incidence de la rougeole en 2007 a été estimée à 7 cas par million d'habitants en Wallonie et à 16 cas par million d'habitants dans la Région de Bruxelles-Capitale. Suite à une épidémie dans des Communautés juives à Anvers, l'incidence en Flandre en 2007 était de 57 cas par million d'habitants. Si l'on ne prend pas en compte les cas de l'épidémie, l'incidence de la rougeole était de 5 cas par million d'habitants.

Aucun cas de SRC n'a été rapporté en 2007.

L'incidence de la rougeole reste supérieure à 1 cas par million d'habitants dans toutes les régions.

L'incidence du SRC est inférieure à 1 cas par 100 000 naissances vivantes.

2.4. Groupes à risque.

En Belgique, les personnes ou les groupes présentant un risque élevé d'avoir la rougeole sont les suivants : les enfants plus âgés ou les jeunes adultes (de 5 à 30 ans, selon les études de séroprévalence), le personnel médical hospitalier, les touristes, les élèves des écoles anthroposophiques, les communautés juives orthodoxes et les populations nomades telles que les Roms. Malgré le fait que la rougeole n'est pas encore une maladie à déclaration obligatoire, une épidémie a été détectée en 2007-2008 dans des communautés juives orthodoxes à Anvers. D'autres groupes à risque non identifiés existent probablement.

Les résultats de l'étude de séroprévalence de 2006 n'ont pas montré d'amélioration de la séroprotection chez les femmes en âge de procréer, par rapport à l'étude de 2002.

En dehors d'une campagne de vaccination dans les communautés juives à Anvers, aucune action spécifique n'a été prise pour augmenter la protection des groupes à risque contre la rougeole et la rubéole.

3. Objectif

Conformément à l'objectif d'élimination de l'OMS, interrompre la transmission indigène de la rougeole et de la rubéole en Belgique pour 2010 et prévenir le syndrome de rubéole congénitale (aucun cas indigène de SRC).

L'effet est :

- une diminution du nombre de décès;
- une diminution du nombre de complications;
- une diminution du nombre de cas;
- une diminution du coût financier.

4. Stratégies

Afin d'atteindre cet objectif général, différentes stratégies sont nécessaires dans le domaine de la vaccination, de la surveillance, de l'information et de la sensibilisation.

Vaccination

- Atteindre une couverture vaccinale pour la première dose du vaccin RRO (âge conseillé 12 mois) d'au moins 95 %, dans les 3 régions de la Belgique.

- Atteindre une couverture vaccinale pour la seconde dose du vaccin RRO (âge conseillé 11-13 ans) d'au moins 95 %, dans les 3 régions de la Belgique.

Cela implique aussi :

- mieux atteindre les groupes à risque;
- un renforcement de l'offre de la vaccination de rattrapage au plan individuel et systématiquement;
- une optimisation du calendrier vaccinal.

Surveillance

- Actualiser la mesure de la couverture vaccinale pour les 2 doses de vaccin RRO pour l'ensemble du pays.

- Renforcer la surveillance des cas suspects de rougeole, avec la confirmation du diagnostic par le laboratoire national.

- Surveiller l'immunité de la rougeole et de la rubéole par un suivi sérologique de la population (séroprévalence).
- Renforcer le rapportage des cas de SRC.

Information et sensibilisation

Obtenir une connaissance suffisante de l'objectif d'élimination, de l'existence d'un plan d'action et de l'importance de la vaccination RRO auprès du grand public, du personnel de santé et des autorités politiques.

5. Activités

Basées sur les stratégies susmentionnées, les activités suivantes ont été proposées :

5.1. Vaccination

1) Augmenter la couverture vaccinale jusqu'au moins 95 % pour les 2 doses du vaccin RRO :

- Les 2 doses de vaccin RRO doivent être offertes de façon systématique. Il faut souligner l'importance de la vaccination à l'occasion de chaque contact avec des élèves, des parents, des enseignants et le personnel de santé.

- En collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) et les PSE, il faut chercher une solution pour rattraper les enfants n'étant pas venus à leur rendez-vous pour la vaccination (par exemple via SMS).

2) Vaccinations de rattrapage pour les groupes d'âge insuffisamment protégés et les groupes à risque :

- Une liste des groupes à risque, et de leur importance estimée, doit être établie.

Les écoles non subsidiées, sans suivi par un centre PSE ou PMS doivent également être répertoriées.

- Une stratégie de vaccination pour les groupes à risque identifiés et les écoles privées doit être mise en place.

- Un vaccin RRO doit être proposé plus systématiquement aux femmes ayant accouché et n'ayant pas d'anticorps contre la rubéole. Les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes seront mobilisées pour prêter une attention particulière à ces femmes. Une augmentation de la vaccination de RRO dans ce groupe à risque devrait être évaluée après.

3) Vaccinations de rattrapage au plan individuel

- Les médecins scolaires, les médecins généralistes, les médecins du travail (surtout dans les hôpitaux) et les pédiatres doivent saisir l'opportunité à chaque contact pour vérifier le statut vaccinal pour le RRO et aux besoins proposer la vaccination, conformément aux conseils du Conseil supérieur de la Santé (CSS).

- Les personnes nées entre 1980 et 1990 (groupes d'âge les moins protégées selon les études de séroprévalence qui ont quitté l'école) recevront une vaccination de rattrapage si nécessaire, sans qu'un test diagnostique doive être effectué. La priorité pour le rattrapage doit être donnée aux enseignants et au personnel hospitalier.

4) Optimisation du calendrier vaccinal :

- La protection prolongée après RRO2 doit être évaluée par une étude de littérature.

- La nécessité de l'avancement de l'âge de l'administration de la 2^e dose de RRO doit être évaluée par le CSS. L'avancement de l'âge augmente la garantie d'atteindre la couverture vaccinale nécessaire de 95 %. L'implémentation de cette activité demande du temps, et pendant une période de 6 à 10 ans (pour un avancement jusqu'à l'âge de 6 ans ou de 2 ans respectivement), 2 cohortes d'enfants devront être vaccinées par an. La décision quant à l'âge recommandé pour le RRO2 ne peut pas interférer négativement avec d'autres modifications possibles du calendrier vaccinal dans le futur proche.

- La nécessité de conseiller 2 doses de RRO à partir d'un certain âge doit être évaluée par le CSS.

5.2. Surveillance

Les résultats de la surveillance doivent être utilisés pour le suivi de la politique de vaccination et le processus d'élimination, et pour guider les prises de décisions.

1) Actualisation du suivi de la couverture vaccinale de RRO1 et RRO2 :

- La couverture vaccinale de RRO1 (à l'âge de 12 mois), de RRO2 (à l'âge de 11 à 13 ans) et de la vaccination de rattrapage (à l'âge de 5-6 ans et de 15-16 ans) doit régulièrement être évaluée par des études spécifiques. La Communauté flamande publiera en 2009 les résultats de l'étude réalisée en 2008. La Communauté française planifie une étude en 2009 chez les enfants de 12 à 18 mois et chez les adolescents. A Bruxelles, il est prévu de faire une étude de suivi de la couverture vaccinale de RRO1 et une étude devrait être prévu pour évaluer la couverture de RRO2. Des données séparées n'existent pas pour la Communauté germanophone, et une étude devrait être réalisée (voir plus loin).

- L'utilisation d'une banque de données vaccination, avec la possibilité d'échanger les données entre les communautés, va augmenter la qualité des données. La base de données « Vaccinnet » du Communauté flamande est accessible par tous les médecins vaccinateurs et l'usage de cette banque de données sera stimulé. La Communauté française devrait disposer d'un système similaire dans 1 ou 2 ans.

2) Renforcer la surveillance de la rougeole :

- Un cas suspect ou confirmé de rougeole doit être rapporté dans les 24 heures auprès des personnes concernées par un système de déclaration obligatoire, dans les trois régions. Les médecins et les laboratoires doivent être informés à ce sujet.

- Pour chaque cas de rougeole, le médecin doit être contacté dès que possible et de préférence dans les 2 jours afin de prendre des mesures nécessaires et pour demander des données supplémentaires auprès du patient (ou de ses parents).

- Le diagnostic de la rougeole doit être confirmé par un test de laboratoire pour chaque cas isolé et pour au moins un cas de chaque nouvelle chaîne de transmission d'un cluster.

- Pour 2010, le génotypage doit être connu pour chaque cas isolé de la rougeole et pour au moins un cas de chaque nouvelle chaîne de transmission d'un cluster.

- Des directives doivent être établies pour l'investigation d'un cas isolé et d'un cluster, avec des directives pour tracer les contacts, pour la vaccination des contacts, pour la confirmation en laboratoire et pour les données épidémiologiques qui doivent être rassemblées.

- Une banque de données, avec un accès protégé électronique doit être établie pour l'enregistrement de chaque cas de rougeole. L'ISP est responsable pour la centralisation des données anonymes, l'estimation de l'incidence pour la Belgique et l'envoi des données vers l'OMS.

3) Surveillance de l'immunité contre la rougeole et la rubéole :

- Afin d'éviter une épidémie de rougeole, l'OMS propose les taux suivants de personnes réceptives au virus de la rougeole :

o < 15 % chez les 1-4 ans;

o < 10 % chez les 5-9 ans;

o < 5 % au-delà de 10 ans.

Les études de séroprévalence en 2002 et 2006 montrent que ces pourcentages ne sont pas atteints et que les groupes d'âge des 5 à 30 ans appartiennent au groupe à risque dans lequel la circulation de la rougeole est possible. La présence des anticorps contre la rougeole doit être surveillée par une étude de séroprévalence.

- Les études de séroprévalence montrent que la prévalence d'un titre d'anticorps protégeant pour la rubéole est insuffisante chez les femmes de 15 à 39 ans. La séroprotection contre la rubéole des femmes doit être surveillée par une étude de séroprévalence.

4) Renforcement du rapportage des cas du SRC :

- Un diagnostic de rubéole chez une femme enceinte doit être confirmé par un autre technique que la sérologie, et l'enfant doit être suivi afin d'exclure le SRC.

5) Renforcer les activités du laboratoire national afin de faciliter le diagnostic

- Le laboratoire national doit offrir des techniques alternatives pour diagnostiquer la rougeole et la rubéole. Les tests suivants devraient être disponibles : sérologie de la rougeole et de la rubéole sur sang et salive; PCR sur sécrétions nasopharyngées et salive; génotypage du virus de la rougeole.

- Pour les femmes enceintes, des tests spécifiques doivent être disponibles pour confirmer une infection de la rubéole aiguë.

- Développement du test PCR de la rubéole sur le liquide amniotique.

- Pour 2010, chaque test positif indiquant une infection aiguë de rougeole ou de rubéole doit être confirmé par le laboratoire national.

5.3. Information et sensibilisation

Tous les partenaires politiques, les professionnels de santé et le grand public doivent être informés sur l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole dans le cadre de l'objectif de l'OMS. Egalement, ils doivent être informés sur le plan d'action et l'importance du vaccin RRO.

1) Obtenir un support des autorités politiques :

- Les autorités politiques doivent être convaincues que l'élimination de la rougeole et de la rubéole ne sera pas atteinte automatiquement, par une information régulière sur les épidémies en Europe et en Belgique.

- Le rapport des activités 2007 du Comité et le plan d'action 2009-2010 doivent être approuvés par la Conférence Interministérielle. L'approbation de ce plan veut dire que les partenaires prennent leur responsabilité afin de compléter les activités et mettent à disposition les moyens nécessaires.

- Les ministres compétents doivent prendre une position active et implémenter cet objectif dans leur programme.

2) Informer et sensibiliser le personnel de santé :

- Le CSS doit donner un avis sur la vaccination avec RRO2 à partir d'un certain âge.

- L'objectif d'élimination et une information sur la vaccination RRO doivent être repris dans la formation de base des médecins, des infirmières et des sages-femmes et dans la formation permanente, après concertation avec les différentes facultés.

- Le personnel médical doit être informé régulièrement sur l'objectif d'élimination et sur la vaccination RRO dans des journaux spécialisés.

- Une lettre informative sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et sur la vaccination RRO doit être envoyée aux groupements professionnels et scientifiques (médecins généralistes, médecins du travail, pédiatres, gynécologues et sages-femmes).

- Les laboratoires doivent être informés régulièrement sur les activités du laboratoire de référence de la rougeole et de la rubéole.

3) Informer et sensibiliser le grand public :

- Le grand public doit être informé sur la rougeole, la rubéole et l'importance de la vaccination, par des campagnes de vaccination, par exemple pendant la semaine annuelle européenne de vaccination (European Immunisation Week, EIW).

- Les groupes à risque connus doivent être informés sur l'importance de la vaccination RRO, par des voies spécifiques.

5.4. Etudes

Afin de pouvoir faire des recommandations spécifiques sur la vaccination et de pouvoir démontrer avec certitude que la rougeole et la rubéole ne circulent plus en Belgique en 2010, les études suivantes devraient être effectuées :

1) Etude de séroprévalence de rougeole et de rubéole en 2010

Une information sur la présence des anticorps dans de la population générale en 2010 peut montrer que la vaccination de rattrapage des groupes à risque a été faite, et doit identifier les groupes d'âge dans lesquels la rougeole ou la rubéole peut encore circuler.

2) Etude de couverture vaccinale

A Bruxelles, une étude de suivi devrait être prévue pour la couverture vaccinale de RRO1 et une étude pour évaluer la couverture de RRO2. Des données séparées n'existent pas pour la Communauté germanophone, et une étude devrait être réalisée pour les couvertures vaccinales RRO1 et RRO2.

3) Etude de littérature

Une étude de littérature peut donner de l'information sur la protection à long terme après une deuxième dose du vaccin RRO. Cette information est importante dans la discussion sur l'âge approprié pour le vaccin RRO2.

4) Analyse de l'évolution des génotypes

Le génotypage de tous les cas individuels de rougeole en Belgique peut tracer la carte de la circulation des différents génotypes en Europe et dans le monde (projet MeaNS de l'OMS).

6. Evaluation et observation

La réalisation des activités proposées sera surveillée par le Comité pour l'élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique par les indicateurs suivants :

- Couverture vaccinale nationale de RRO1 et RRO2
- Incidence de la rougeole
- Pourcentage des épidémies de rougeole avec confirmation dans le laboratoire
- Pourcentage de cas de rougeole rapportés avec des données essentielles (âge et statut vaccinal)
- Rapports de surveillance de la rougeole
- Incidence du SRC
- Investigation rapide et complète des épidémies de rubéole
- Rapports de surveillance du SRC
- Séroprévalence de la rougeole et de la rubéole

7. Rôle des différents partenaires

1) SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Comme état membre de la région Européenne de l'OMS, la Belgique s'est ralliée à l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole en 2010. Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement devrait soutenir les différents partenaires (les communautés, l'ISP, le laboratoire national et le Comité), afin que l'élimination puisse être atteinte.

2) Communautés

Les Communautés sont responsables pour la prévention primaire des maladies infectieuses (vaccination) et pour la prise en charge et la prophylaxie des maladies infectieuses. La vaccination contre la rougeole et la rubéole, les mesures de couverture vaccinale et l'investigation des épidémies sont la responsabilité des communautés.

3) Institut scientifique de Santé Publique (ISP)

L'ISP, section épidémiologie, est responsable du secrétariat du Comité pour l'élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique. Tant que la rougeole n'est pas une maladie à déclaration obligatoire dans les communautés, la surveillance de la rougeole et aussi du SRC est assurée par le système de surveillance « PédSurv » et le réseau des laboratoires vigies de l'ISP. L'ISP centralise tous les données des cas individuels de rougeole et du SRC en Belgique et notifie ces données par Euvac.Net à l'ECDC et à l'OMS.

Lors d'une épidémie de rougeole ou de rubéole, l'ISP peut aider dans l'investigation. A la demande, l'ISP peut investiguer des cas individuels de rougeole et de SRC (contact avec le médecin et le patient).

4) Laboratoire national de rougeole et de rubéole

Le laboratoire national de rougeole et de rubéole est responsable de :

- la confirmation du diagnostic des cas suspects de rougeole
- la confirmation du diagnostic des cas suspects de rubéole
- la confirmation du diagnostic des cas suspects du SRC
- la confirmation des tests effectués dans les laboratoires périphériques
- l'identification des génotypes de tous les cas de rougeole (pour 2010).

5) Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique

Le Comité est responsable pour l'observation de la réalisation des activités proposées dans le plan d'action pour l'élimination des deux maladies en Belgique. Le Comité peut formuler des avis pour les communautés, le SPF, le groupe de travail Vaccinations du Conseil supérieur de la Santé et d'autres organismes ou groupes de travail concernés.

Le Comité se réunit au moins deux fois par an et rédige annuellement un rapport d'activités pour la Conférence Interministérielle et l'OMS.

8. Ressources nécessaires

Pour l'élaboration des différentes stratégies, les différents partenaires doivent prévoir les ressources nécessaires. Pour chaque activité concrète, comme les vaccinations de rattrapage, les études, les campagnes d'information, un financement doit être prévu. Le fonctionnement du secrétariat du Comité et du laboratoire national pour la rougeole et la rubéole doit être financé.

Le Comité prévoit que pour les activités et les études suivantes, un financement séparé doit être obtenu :

- Augmentation de la couverture vaccinale;
- Vaccination de rattrapage pour les groupes à risque et les groupes d'âge insuffisamment protégés;
- Evaluation de la protection après RRO2;
- Actualisation de la mesure de couverture vaccinale;
- Développement et optimisation d'une banque de données vaccination;
- Renforcement de la surveillance des cas de rougeole;
- Développement d'une banque de données pour la rougeole;
- Etude de séroprévalence en 2010;
- Développement des techniques non invasives pour le diagnostic de la rougeole et de la rubéole;
- Sensibilisation du personnel médical;
- Sensibilisation du grand public et des groupes à risque.

9. Problèmes possibles

- Les ressources nécessaires doivent être mises à disposition vu qu'un financement déficitaire peut compromettre la réalisation des activités.

- Malgré des contacts ponctuels avec les groupes à risque, certains groupes sont difficiles à atteindre (Roms ambulants, les sans-papiers,...). En 2007-2008, des groupes à risque non identifiés ont été détectés (communautés juives orthodoxes), et il est toujours possible que des épidémies se présentent dans des groupes à risque pas encore connus.

10. Conclusion

Quatre des six régions de l'OMS ont un objectif d'élimination de la rougeole et de la (rubéole). La région de l'Amérique du Sud et du Nord a déjà atteint l'objectif (uniquement des cas importés avec transmission limitée).

L'OMS veut atteindre cet objectif d'élimination dans deux ans, en 2010. Selon les critères de l'OMS, la rougeole n'est toujours pas éliminée en Belgique.

L'élimination de la rougeole et de la rubéole ne sera pas atteinte sans les activités supplémentaires qui sont proposées dans ce rapport. Le Comité pour l'élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique observe la situation en Belgique et insiste pour que les différents partenaires prévoient les ressources nécessaires et entrent en action.

Annexe 1^{re}. — Membres du Comité pour l'Élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique, novembre 2008

Président

Prof. Dr P. Goubau (UCL)

Secrétariat :

Dr M. Sabbe (Section Epidémiologie, ISP), depuis le 1/11/2008

Dr T. Lernout (Section Epidémiologie, ISP), jusqu'au 31/10/2008

Membres :

Dr J. Bots (CCC Bruxelles-Capitale)

Dr M. Coppens (SPF Santé publique)

Dr J. de Roubaix (Communauté française)

Dr G. Hendrickx (VVK)

Mme V. Hutse (Section Virologie, ISP)

Mme A. Jumiaux (Communauté française)

Prof. Dr J. Lévy (Hôpital Saint-Pierre)

Dr A. Naessens (VUB)

Dr E. Padalko (UG)

Dr D. Reynders (SPF Santé publique)

Dr P. Schelstraete (BVVK)

Dr B. Swennen (Communauté germanophone /ULB)

Dr H. Theeten (CEV, UA)

Dr G. Top (Vlaamse Gemeenschap)

Dr P. Tréfois (SSMG)

Prof. Dr P. Van Damme (CEV, UA)

Dr F. Govaerts (Domus Medica)

Prof. Dr M. Van Ranst (CSS, vaccinations)

Prof. Dr H. Van Oyen (Section Epidémiologie, ISP)

Dr J. Waegenaere (CCC Bruxelles-Capitale)

Annexe 2. — Tableau récapitulatif des activités pour 2009-2010

VACCINATION

Stratégie	Activité	Calendrier	Responsable	Observation
1. Atteindre une couverture vaccinale RRO 1 et RRO2 de $\geq 95\%$	Augmenter l'offre systématique du RRO1 et RRO2	2009-2010	Communautés	RRO1 et RRO2 $\geq 95\%$ par une mesure de CV
	Développer un système de rappel pour les enfants non venus à la vaccination	2009 Q1	Communautés, ONE, PSE	Rapport d'activité de l'ONE et du PSE
2. Mieux atteindre les groupes à risque	Identifier les groupes à risque et développer une stratégie de vaccination pour ces groupes	2009-2010	Communautés	Pas d'épidémie dans les groupes à risque connus
	Offre d'une vaccination systématique de RRO pour protéger de la rubéole les femmes séronégatives (après l'accouchement)	2009	Associations des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes	Observation par une étude de la rubéole dans ce groupe
3. Vaccinations de rattrapage (plan individuel)	Vérification systématique du statut vaccinal et proposition d'une vaccination de rattrapage	2009-2010	Communautés	Observation par une mesure de couverture vaccinale
	Campagne de sensibilisation sur la vaccination de rattrapage	2009 Q3	Communautés	
4. Optimisation du calendrier vaccinal	Etude de littérature sur la protection après RRO2	2009 Q2	CSS	Décision motivée disponible
	Discussion sur l'avancement de l'âge de RRO2	2009 Q3	Communautés, CSS	

SURVEILLANCE

Stratégie	Activité	Calendrier	Responsable	Observation
1. Actualisation de la mesure de la CV RRO1 et RRO2	Etude de couverture vaccinale en Communauté flamande	2008	Communauté flamande	CV connue
	Etude de couverture vaccinale en Communauté française	2009	Communauté française	
	Etude de couverture vaccinale en Communauté germanophone	2009	Communauté germanophone	
	Etude de couverture vaccinale dans la région de Bruxelles-Capitale	2009	Région de Bruxelles-Capitale	
	Mettre en place (Communauté française) ou étendre (Communauté flamande) une banque de données vaccinales	2009-2010	Communautés	
2. Renforcer la surveillance de la rougeole avec confirmation du diagnostic	Déclaration obligatoire de la rougeole	2009	Communautés	Incidence de la rougeole par région
	Contact avec le médecin traitant ou le patient pour chaque cas suspect de rougeole	2009-2010	Communautés / ISP	Données pour 100% des cas individuels et 80% des cas d'une épidémie
	Confirmation biologique du diagnostic de la rougeole	2009-2010	Communautés / ISP	80% des cas avec confirmation en laboratoire, 20% lien épidémiologique
	Génotypage pour tous les cas isolés et les foyers de cas	2009-2010	Laboratoire national (ISP)	
	Rédiger des directives pour la conduite à tenir autour d'un cas isolé et des cas groupés	2009 Q3	ISP / Communautés	
	Mettre en place une base de données pour les cas de rougeole et centralisation des données par l'ISP pour l'OMS	2009 Q2	ISP / Communautés	Incidence nationale de la rougeole

Stratégie	Activité	Calendrier	Responsable	Observation
3. Surveillance de l'immunité contre la rougeole et la rubéole dans les différents groupes d'âge.	Etude de séroprévalence contre la rougeole et la rubéole	2010 Q2	ISP (en collaboration avec le CEV)	Séroprévalence connue, évaluation de la sensibilité pour une épidémie
4. Renforcer le rapportage de SRC	Mise à disposition de techniques alternatives à la sérologie pour le diagnostic d'une infection aiguë de la rubéole chez une femme enceinte et suivi de l'enfant dans le cadre de SRC	2009 Q2	Laboratoire national/médecin traitant	Incidence du SRC
5. Renforcer les activités du laboratoire national	Mise à disposition de techniques alternatives pour le diagnostic de la rougeole et de la rubéole	2010 Q1	Laboratoire national	Rapport d'activités du laboratoire
	Mise à disposition de techniques alternatives à la sérologie pour le diagnostic de la rubéole chez une femme enceinte	2009 Q2	Laboratoire national	
	Pour 2010 : confirmation de tous les résultats positifs indiquant une infection aiguë de rougeole ou de rubéole par le laboratoire national			

INFORMATION ET SENSIBILISATION

Stratégie	Activité	Calendrier	Responsable	Observation
1. Obtenir l'engagement des autorités politiques	Convaincre les autorités de l'importance de l'élimination de la rougeole et de la rubéole	2009-2010	Comité	Le plan est approuvé et les moyens sont disponibles
2. Informer et sensibiliser le personnel de santé	Faire approuver le plan d'action par la Conférence Interministérielle	2009 Q1	Comité	
	Rédiger une fiche par le CSS sur la vaccination RRO pour les adultes	2009 Q2	CSS groupe vaccination	
	Inclure des informations sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la formation de base du personnel de santé	2010	Comité / Communautés	
	Publier des informations sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans des revues médicales	2009-2010	Comité	
3. Informer et sensibiliser le grand public	Envoi d'une lettre informative aux groupements de médecins	2009 Q2	Comité / Communautés	
	Information régulière des laboratoires sur les activités du laboratoire national	2009-2010	Laboratoire national	
	Organisation d'une campagne d'information sur la rougeole, la rubéole et la vaccination RRO	2010 Q1	Communautés	
	Préparer et diffuser des informations spécifiques sur la rougeole, la rubéole et la vaccination RRO pour les groupes à risque	2010 Q1	Communautés	

Eliminatie van mazelen en rubella in België**Actieplan 2009-2010**

Epidemiologie | December 2008 | Brussel, België

Intern referentienummer : IPH/EPIREPORTS, N° 2009-08

Depotnummer : D/2009/2505/008

Comité voor Eliminatie van Mazelen en Rubella in België

Epidemiologie

Juliette Wytsmanstraat 14

1050 Brussel – België

www.iph.fgov.be

Inhoud

Gebruikte afkortingen

Samenvatting

1. Inleiding

2. Situatie in 2007-2008

2.1. Vaccinatiegraad

2.2. Surveillance

2.3. Geschatte incidentie

2.4. Risicogroepen

3. Doelstelling

4. Strategieën

5. Activiteiten

5.1. Vaccinatie

5.2. Surveillance

5.3. Informatie en sensibilisatie

5.4. Studies

6. Evaluatie en monitoring

7. Rol van de verschillende partners

8. Noodzakelijke middelen

9. Mogelijke problemen

10. Besluit

Bijlage 1 : Samenstelling van het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België, november 2008

Bijlage 2 : Samenvattende tabel van de activiteiten voor 2009-2010

Vaccinatie

Surveillance

Informatie en sensibilisatie

Gebruikte afkortingen

CLB Centrum voor Leerlingen Begeleiding

CRS Congenitaal Rubella Syndroom

EIW European Immunisation Week

HGR Hoge Gezondheidsraad

K&G Kind en Gezin

MBR1 Mazelen-Bof-Rubella vaccin, 1e dosis

MBR2 Mazelen-Bof-Rubella vaccin, 2e dosis

WGO Wereld Gezondheidsorganisatie

WIV Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Samenvatting

Het Europees regionaal bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) wil mazelen en rubella tegen 2010 uit de regio elimineren. Volgens de criteria die de WGO hanteert, heeft België deze doelstelling nog niet behaald. Om deze doelstelling te behalen is een moreel en financieel engagement nodig van alle betrokken partners. In dit rapport stelt het Comité voor Eliminatie van Mazelen en Rubella in België de bijkomende activiteiten voor die noodzakelijk zijn om tot eliminatie te komen (samengevat in bijlage 2).

In januari 2003 werd het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België opgericht. Het comité is verantwoordelijk voor het opvolgen van de situatie in België en doet een aanbeveling van de activiteiten die moeten worden uitgevoerd om de eliminatiedoelstelling te behalen. In 2004 stelde het comité een nationaal actieplan voor de eliminatie van mazelen op. In november 2006 werd een addendum aan het plan toegevoegd, met activiteiten voor de eliminatie van rubella. Twee jaar voor het vooropgestelde jaar voor eliminatie wordt nagegaan waar België staat in het behalen van de doelstellingen en de realisatie van de aanbevolen activiteiten.

Voor de periode 2009-2010 worden bijkomende activiteiten voorgesteld op het vlak van vaccinatie, surveillance en informatie en sensibilisatie. Zo moet de vaccinatiegraad worden verhoogd aangezien de doelstelling van 95 % coverage bijna wordt gehaald voor de eerste dosis met het Mazelen-Bof-Rubella vaccin maar zeker nog niet voor de tweede dosis.

Er moeten oa. inhaalvaccinaties voorzien worden voor risicogroepen en op individueel niveau. De surveillance dient te worden versterkt voor een snelle en betrouwbare melding van elk geval. De seroprotectie van de bevolking moet verder worden opgevolgd en het medisch personeel en grote publiek moeten worden geïnformeerd en gesensibiliseerd. Het comité voorziet dat voor deze activiteiten de nodige middelen ter beschikking moeten worden gesteld, aangezien een gebrekkige financiering de uitvoering ervan in het gedrang brengt.

De eliminatie van mazelen en rubella voor 2010 is haalbaar, maar bijkomende inspanningen zijn noodzakelijk. Aan alle betrokken partners wordt gevraagd zich hiertoe te verbinden en de eliminatiedoelstelling als een prioritaire opdracht te beschouwen.

1. Inleiding

Mazelen is een zeer besmettelijke virale aandoening, waarbij in 10 tot 20 % van de gevallen complicaties optreden. Rubella is een goedaardige virale aandoening, maar de weerslag op de volksgezondheid berust risico's voor het (ongeboren) kind nl. het risico op een miskraam, een doodgeboorte of de geboorte van een kind met het congenitaal rubella syndroom (CRS).

Het Europees Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) wil mazelen en rubella tegen 2010 uit de regio elimineren. Eliminatie houdt in dat er geen langdurige transmissie meer is van het virus en dat een (eventueel geïmporteerd) geval geen aanleiding geeft tot verspreiding van de aandoening. Daarvoor is vaccinatie van minstens 95 % van de bevolking met 2 dosissen van het mazelenvaccin en minstens 1 dosis van het rubellavaccin vereist.

In januari 2003 werd het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België opgericht. Het comité is verantwoordelijk voor het opvolgen van de situatie in België en doet een aanbeveling van de activiteiten die moeten worden uitgevoerd om de eliminatiedoelstelling te behalen. Jaarlijks wordt een verslag opgesteld voor de WGO.

In 2004 stelde het comité een nationaal actieplan voor de eliminatie van mazelen op. In november 2006 werd een addendum aan het plan toegevoegd, met activiteiten voor de eliminatie van rubella. De prioriteiten van het plan zijn het verhogen van de vaccinatiegraad tot 95 % voor beide dosissen van het mazelen- en rubellavaccin en het opzetten van een efficiënt surveillancesysteem van mazelen en rubella met bevestiging van de diagnose door het Nationaal Laboratorium voor Mazelen en Rubella (WIV, afdeling Virologie).

Twee jaar voor het vooropgestelde jaar voor eliminatie is het nuttig om te kijken waar België staat in het behalen van de doelstellingen en de realisatie van de aanbevolen activiteiten. In functie van de realisaties en lacunes, moeten nieuwe activiteiten voorgesteld worden voor de periode 2009-2010.

2. Situatie in 2007-2008

2.1. Vaccinatiegraad

Volgens de recentste vaccinatiegraadmetingen uitgevoerd in de verschillende regio's is de vaccinatiegraad voor de eerste dosis mazelen-bof-rubella vaccin (MBR) 94 % in Vlaanderen (2005), 89 % in Wallonië (2006) en 91 % op het Brussels grondgebied (2006). Voor de tweede dosis is de vaccinatiegraad 65 % tot 84 %, waarbij personen zonder vaccinatiekaart als niet gevaccineerd worden beschouwd.

Op basis van deze gegevens wordt de nationale vaccinatiegraad in België geschat op 92 % voor de eerste dosis en op (minstens) 77,5 % voor de tweede dosis (gewogen gemiddelde 2005-2006).

De doelstelling van 95 % wordt bijna gehaald voor de eerste dosis. Voor de tweede dosis is de nodige 95 % coverage nog ver van bereikt.

2.2. Surveillance

In Vlaanderen is er enkel meldingsplicht van mazelen en rubella in het kader van de regelgeving voor de CLB's. De Franse Gemeenschap sluit aan bij de Europese beslissing 2119/98/CE (met o.a. verplichte melding van mazelen en rubella), zoals blijkt uit een bijlage van een brief met informatie over de vogelgriep, verstuurd naar alle artsen in januari 2006. In praktijk worden er echter weinig gevallen gemeld.

Sinds oktober 2002 gebeurt de surveillance van mazelen via het surveillancesysteem van infectieziekten bij kinderen (PediSurv) van het WIV, door kinderartsen in België en door huisartsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deelname aan de surveillance is vrijwillig. Gemiddeld werkt 40 % van de artsen mee, en 80 % van de ziekenhuizen met een afdeling kindergeneeskunde. De gegevens die verzameld worden via PediSurv worden aangevuld met gegevens van bevestigde gevallen van mazelen door een peilnetwerk van laboratoria en meldingen van gevallen van mazelen in scholen aan de gezondheidsinspecteurs van de gemeenschappen.

Voor rubella bestaat er sinds januari 2007 een melding van gevallen van congenitaal rubella syndroom (CRS) via PediSurv.

Mazelen en rubella zijn nog steeds geen verplicht te melden aandoeningen in België, behalve in het kader van de controle van infectieziekten in scholen.

2.3. Geschatte incidentie

Aan de hand van de gegevens van de verschillende surveillancebronnen wordt de incidentie van mazelen in Wallonië in 2007 geschat op 7 gevallen per miljoen inwoners en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op 16 gevallen per miljoen inwoners. Als men de epidemie van mazelen die in Antwerpen plaatsvond niet meetelt, was de geschatte incidentie van mazelen in Vlaanderen 5 gevallen per miljoen inwoners in 2007. Maar door een uitbraak in Joodse gemeenschappen in Antwerpen is de incidentie veel hoger, namelijk 57 gevallen per miljoen inwoners.

In 2007 werden geen gevallen van CRS gemeld.

De incidentie van mazelen is in alle regio's nog steeds > 1 geval per miljoen inwoners.
De incidentie van CRS is < 1 geval per 100 000 levende geboorten.

2.4. Risicogroepen

Personen of groepen met een verhoogd risico om mazelen te krijgen in België zijn :

oudere kinderen en jonge volwassenen (5 tot 30 jaar oud, op basis van seroprevalentiegegevens), gezondheidswerkers in ziekenhuizen, reizigers, leerlingen van antroposofische scholen en rondtrekkende populaties zoals de Roma. Ondanks het feit dat mazelen nog geen verplicht te melden ziekte is, werd in 2007-2008 een uitbraak gedetecteerd bij orthodoxe Joodse gemeenschappen in Antwerpen en een vaccinatiecampagne uitgevoerd. Mogelijks bestaan er nog andere ongekende risicogroepen. Er werd geen verbetering genoteerd van het percentage vrouwen op vruchtbare leeftijd die geen antistoffen hebben voor rubella tussen de seroprevalentiestudie in 2002 en in 2006.

Behalve een vaccinatiecampagne in Joodse gemeenschappen in Antwerpen, werden er nog geen specifieke maatregelen genomen om risicogroepen beter te beschermen tegen mazelen en rubella.

3. Doelstelling

In overeenstemming met de eliminatiedoelstelling van de WGO de inheemse overdracht van mazelen en rubella in België tegen 2010 stopzetten en het congenitaal rubella syndroom voorkomen (geen inheemse gevallen van CRS).

Dit heeft als resultaat :

- o een daling van het aantal sterfgevallen;
- o een daling van het aantal complicaties;
- o een daling van het aantal gevallen;
- o een vermindering van de financiële last.

4. Strategieën

Om deze algemene doelstelling te bereiken zijn verschillende strategieën noodzakelijk op het vlak van vaccinatie, surveillance, informatie en sensibilisatie.

Vaccinatie :

- Bereiken van een vaccinatiegraad voor de eerste dosis MBR-vaccin (aanbevolen leeftijd 12 maanden) van minstens 95 %, in de drie gewesten van België.
- Bereiken van een vaccinatiegraad voor de tweede dosis van het vaccin (aanbevolen leeftijd 11-13 jaar) van minstens 95 % in de drie gewesten van België.

Dit impliceert tevens :

- het beter bereiken van de risicogroepen;
- de versterking van het aanbod van inhaalvaccinatie zowel op systematisch als op individueel niveau;
- optimalisatie van de vaccinatiekalender;

Surveillance :

- Actualisatie van de vaccinatiegraadmeting voor 2 dosissen van het MBR-vaccin voor het hele land.
- Versterking van de surveillance voor verdachte gevallen van mazelen, inclusief bevestiging van de diagnose door het nationaal laboratorium.
- Surveillance van de immuniteit tegen mazelen en rubella via een nauwgezette opvolging van de specifieke antistoffen bij de bevolking (seroprevalentie).
- Versterking van de rapportering van gevallen van CRS.

Informatie en sensibilisatie :

Het verkrijgen van voldoende kennis over de eliminatiedoelstelling en het bestaan van een actieplan en het belang van vaccinatie met het MBR-vaccin bij het grote publiek, het medisch personeel en de politieke autoriteiten.

5. Activiteiten.

Op basis van de bovenvermelde strategieën worden volgende concrete activiteiten voorgesteld :

5.1. Vaccinatie

1) Verhogen van de vaccinatiegraad tot minstens 95 % voor beide dosissen van het MBR vaccin :

- Het systematische aanbod van beide dosissen van het MBR-vaccin moet verhoogd worden. Elk contact met leerlingen, ouders, lesgevers en gezondheidswerkers moet gebruikt worden om het belang van vaccinaties te benadrukken.

- In samenwerking met Kind en Gezin (K & G) en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) moet gezocht worden naar een systeem om op eenvoudige en goedkope wijze niet opgedaagde kinderen voor vaccinatie een herinnering te sturen (b.v. via SMS).

2) Inhaalvaccinaties voor onvoldoende beschermde leeftijdsgroepen en risicogroepen

- Er moet een lijst opgesteld worden van gekende risicogroepen, en een inschatting van de grootte van de groep. Niet gesubsidieerde scholen zonder opvolging door een CLB moeten ook gerepertorieerd worden.

- Voor de gekende risicogroepen en privé-scholen moet een systematische vaccinatiestrategie uitgewerkt worden.

- Vrouwen in het postpartum die niet beschermd zijn tegen rubella, moeten systematisch een MBR-vaccin aangeboden krijgen. Huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen moeten gemobiliseerd worden om vooral bij deze risicogroep aandacht te hebben voor rubella-vaccinatie. Een verhoging in het vaccinatieaanbod bij deze risicogroep moet vervolgens worden geëvalueerd.

3) Inhaalvaccinaties op individueel niveau

- Schoolartsen, huisartsen, kinderartsen en bedrijfsartsen (vooral in ziekenhuizen) moeten worden aangespoord om bij elk contact de vaccinatiestatus voor MBR na te kijken, en zo nodig een vaccin voor te stellen, in overeenstemming met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR).

- Aan alle personen geboren tussen 1976 en 1990 (minst beschermde leeftijdsgroepen volgens seroprevalentiestudies die de school hebben verlaten) wordt indien nodig een inhaalvaccinatie aangeboden., dit zonder dat een bijkomende diagnostische test moet worden uitgevoerd. Prioriteit moet gegeven worden aan leerkrachten en ziekenhuispersoneel.

4) Optimalisatie van de vaccinatiekalender

- De langdurige protectie na MBR2 vaccinatie dient te worden geëvalueerd aan de hand van een literatuurstudie (zie verder).

- De noodzaak tot het vervroegen van de leeftijd waarop MBR2 wordt toegediend moet worden geëvalueerd door de HGR. Het vervroegen van de leeftijd waarop de 2e dosis MBR wordt toegediend verhoogt de garantie om te komen tot de beoogde vaccinatiegraad van 95 %. Implementatie van deze activiteit vraagt echter tijd en gedurende een periode van 6 à 10 jaar (naargelang de leeftijd van toediening van de 2e dosis, op 2 jaar of op 6 jaar) moeten 2 geboortecohorten gevaccineerd worden per jaar. Bij het vastleggen van de aangewezen leeftijd mag men niet negatief interfereren met andere mogelijke wijzigingen van de vaccinatiekalender in de nabije toekomst.

- De noodzaak om vanaf een bepaalde leeftijd 2 dosissen MMR aan te bevelen moet worden geëvalueerd door de HGR.

5.2. Surveillance

De resultaten van surveillance moeten gebruikt worden voor het opvolgen van het vaccinatiebeleid en het eliminatieproces, en voor het bijsturen van het beleid.

1) Actualisatie van de vaccinatiegraadmeting MBR1 en MBR2 :

- De vaccinatiegraad voor MBR1 (op de leeftijd van 12 maanden), voor MBR2 (op de leeftijd van 11-13 jaar) en voor de inhaalvaccinaties (op de leeftijd van 5-6 jaar en 15-16 jaar) moet regelmatig opgevolgd worden via vaccinatiegraadmetingen. De Vlaamse Gemeenschap publiceert in 2009 de resultaten van een studie in 2008. De Franse Gemeenschap voert in 2009 een vaccinatiegraadmeting uit bij kinderen van 12 tot 18 maanden en bij adolescenten. Voor Brussel moet een follow-up voorzien worden van de vaccinatiegraadmeting voor MBR1 en een studie voor MBR2. Voor de Duitstalige Gemeenschap zijn geen afzonderlijke gegevens beschikbaar en moet er een studie gebeuren (zie verder).

- Het gebruik van een vaccinatie databank, waarbij de uitwisselbaarheid van de gegevens tussen de gemeenschappen verzekerd is, zal de kwaliteit van de gegevens verbeteren. Het bestaande Vaccinnet van de Vlaamse Gemeenschap staat open voor alle vaccinatoren en het gebruik ervan zal verder worden gestimuleerd. De Franse Gemeenschap zou binnen 1 à 2 jaar over een gelijkaardige geïnformateerde databank voor vaccinaties moeten beschikken.

2) Versterken van de surveillance van gevallen van mazelen :

- Verdachte en bevestigde gevallen van mazelen moeten binnen de 24 uur gemeld worden aan de bevoegde diensten via een systeem van verplichte melding, in de 3 gewesten. Artsen en laboratoria moeten hierover duidelijk ingelicht worden.

- Voor elk mogelijk geval van mazelen moet zo snel mogelijk en bij voorkeur binnen de 2 werkdagen contact genomen worden met de arts om eventueel bijkomende maatregelen te voorzien en indien nodig bijkomende gegevens op te vragen bij de patiënt zelf (of zijn ouders).

- De diagnose van mazelen moet bevestigd worden door een test in een laboratorium voor alle geïsoleerde gevallen en voor elke nieuwe transmissieketen bij een cluster.

- Tegen 2010 moet het genotype gekend zijn voor alle geïsoleerde gevallen van mazelen en voor minstens één geval van elke transmissieketen van een cluster.

- Er moeten richtlijnen opgesteld worden voor de investigatie van een geïsoleerd geval en van een cluster van gevallen, met richtlijnen voor contact tracing, vaccinatie van contacten, laboratoriumonderzoek en epidemiologische gegevens die opgevraagd moeten worden.

- Alle gevallen van mazelen moeten worden opgenomen in een beveiligde database. Het WIV staat in voor de centralisatie van de geanonimiseerde gegevens, de schatting van de incidentie voor België en het doorsturen van deze data naar de WGO.

3) Surveillance van de immuniteit tegen mazelen en rubella :

- Om een epidemie van mazelen te voorkomen stelt de WGO de volgende percentages van niet-immune personen voor volgens leeftijdsgroep :

- o < 15 % bij de 1-4 jarigen;
- o < 10 % bij de 5-9 jarigen;
- o < 5 % bij de oudere leeftijdsgroepen.

Volgens de seroprevalentiestudies in 2002 en 2006 werden deze percentages niet bereikt en de leeftijdsgroep 5-30 jaar behoort tot de risicogroep waarbij de circulatie van mazelen mogelijk blijft. De aanwezigheid van antistoffen tegen mazelen in deze leeftijdsgroepen moet verder opgevolgd worden via een seroprevalentiestudie.

- Voor rubella toonden de seroprevalentiestudies tonen aan dat bij vrouwen tussen 15 en 39 jaar de prevalentie van beschermende antistoftiters onvoldoende is.

Rubella-antistoffen bij vrouwen op vruchtbare leeftijd moeten verder opgevolgd worden via een seroprevalentiestudie.

4) Versterking van de rapportering van gevallen van CRS :

- Een diagnose van rubella bij een zwangere vrouw moet bevestigd worden via een andere techniek dan serologie, en het kind moet opgevolgd worden om CRS uit te sluiten.

5) Versterken van de activiteiten van het nationaal laboratorium om labo-bevestiging te faciliteren :

- Het nationaal laboratorium moet niet invasieve technieken kunnen aanbieden voor de diagnose van mazelen en rubella. De volgende testen moeten kunnen uitgevoerd worden : serologie voor mazelen en rubella op bloed en speeksel;

PCR voor mazelen en rubella op naso-faryngaal vocht en speeksel, genotypering van het mazelenvirus.

- Voor zwangere vrouwen moeten specifieke testen ter beschikking gesteld worden voor de bevestiging van een acute rubella-infectie.

- Ontwikkelen van rubella PCR op amnionvocht

- Tegen 2010 moeten alle positieve laboratoriumtesten wijzend op acute mazelen of rubella infectie bevestigd worden door het nationaal laboratorium.

5.3. Informatie en sensibilisatie.

Alle betrokkenen, politieke autoriteiten, gezondheidswerkers en het grote publiek, moeten op de hoogte zijn van de eliminatiedoelstelling voor mazelen en rubella in het kader van de doelstelling van de WGO, het bestaan van een actieplan en het belang van vaccinatie met het MBR vaccin.

1) Steun verkrijgen van de politieke autoriteiten :

- De bevoegde autoriteiten in België moeten ervan overtuigd worden dat mazelen en rubella niet vanzelf uitgeroeid zullen worden, via regelmatige informatie over uitbraken in België en in Europa.

- Het activiteitenrapport 2007 van het comité en het actieplan 2009-2010 moeten goedgekeurd worden op de Interministeriële Conferentie. Goedkeuring van het plan houdt in dat alle betrokkenen de verantwoordelijkheid nemen om de voorgestelde activiteiten uit te voeren en ze daarvoor voldoende middelen ter beschikking stellen.

- Aan de bevoegde ministers wordt gevraagd een actief standpunt in te nemen en deze doelstelling op te nemen in hun beleid.

2) Informeren en sensibiliseren van het medisch personeel :

- De HGR wordt gevraagd een advies op te stellen voor de vaccinatie met het MBR-vaccin bij volwassenen en deze op te sturen naar alle vaccinatoren.

- De eliminatiedoelstelling en informatie over MBR vaccinatie moet worden opgenomen in de basisopleiding van artsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen en in de permanente vorming, na overleg met de verschillende faculteiten.

- Er moet regelmatig informatie worden verspreid over de eliminatiedoelstelling en over MBR vaccinatie in gespecialiseerde tijdschriften voor het medisch personeel.

- Een informatieve brief over de eliminatie van mazelen en rubella en MBR vaccinatie moet worden verstuurd naar beroeps- en wetenschappelijke verenigingen (huisartsen, bedrijfsartsen, kinderartsen, gynaecologen en vroedvrouwen).

- Er moet regelmatig informatie worden verspreid naar de laboratoria over de activiteiten van het nationaal laboratorium voor mazelen en rubella.

3) Informeren en sensibiliseren van het grote publiek :

- De algemene bevolking moet verder ingelicht worden over mazelen en rubella, en het belang van vaccinatie, via informatiecampaagnes, bijvoorbeeld tijdens de jaarlijkse Europese Vaccinatieweek (European Immunisation Week, EIW).

- Gekende risicogroepen moeten juiste en gericht informatie krijgen over het belang van mazelen en rubella vaccinatie, via specifieke kanalen.

5.4. Studies

Om zeer gerichte aanbevelingen te kunnen doen over vaccinaties en met zekerheid te kunnen aantonen dat mazelen en rubella niet meer circuleren in België tegen 2010 moeten volgende studies uitgevoerd worden :

1) Seroprevalentiestudie voor mazelen en rubella in 2010 :

Informatie over het voorkomen van antistoffen bij de algemene bevolking in 2010 moet aantonen dat catch-up vaccinatie van de onvoldoende beschermde leeftijdsgroepen gebeurde, en moet identificeren in welke leeftijdsgroepen mazelen of rubella nog kunnen circuleren.

2) Vaccinatiegraadmeting :

In Brussel moet een follow-up studie gebeuren voor de vaccinatiegraad voor MBR1 en een studie voor de vaccinatiegraad voor MBR2. Voor de Duitstalige Gemeenschap werden nog nooit aparte gegevens opgevraagd en dient een vaccinatiegraadmeting te gebeuren voor MBR1 en MBR2.

3) Literatuurstudie :

Via een literatuurstudie moet informatie verzameld worden over de langdurige protectie voor mazelen en rubella na de 2e dosis vaccin. Deze informatie is belangrijk voor de discussie over de meest aangewezen leeftijd voor de toediening van de 2e dosis MBR.

4) Analyse van de evolutie van genotypes :

Door het bepalen van het genotype voor alle individuele gevallen van mazelen in België kan men de circulatie van verschillende genotypes in Europa en wereldwijd mee helpen in kaart brengen (project MeaNS van de WGO).

6. Evaluatie en monitoring :

De uitvoering van de voorgestelde activiteiten zal gebeuren door het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België via het opvolgen van deze indicatoren :

- Nationale vaccinatiegraad MBR1 en MBR2;
- Incidentiecijfer voor mazelen;
- Percentage uitbraken van mazelen met bevestiging door laboratoriumonderzoek;
- Percentage gerapporteerde gevallen van mazelen met essentiële gegevens (leeftijd en vaccinatiestatus);
- Surveillancerapporten voor mazelen;
- Incidentiecijfer voor CRS;
- Volledig en snel onderzoek van gemelde clusters van gevallen van rubella;
- Surveillancerapporten voor CRS;
- Seroprevalentie van mazelen en rubella.

7. Rol van de verschillende partners :

1) FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu :

Als lidstaat van de Europese Regio van de WGO heeft België zich ertoe verbonden om mazelen en rubella te elimineren tegen 2010. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu moet een ondersteuning geven aan de verschillende partners (gemeenschappen, WIV, Nationaal laboratorium en Comité) zodat de doelstelling van eliminatie kan bereikt worden.

2) Gemeenschappen :

De gemeenschappen zijn bevoegd voor de primaire preventie van infectieziekten (vaccinatie), en voor de aanpak en profylaxe van infectieziekten. Vaccinatie tegen mazelen en rubella, het uitvoeren van vaccinatiegraadmetingen en het onderzoek van outbreaks van beide aandoeningen zijn dus de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen.

3) Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) :

Het WIV, afdeling epidemiologie staat in voor het secretariaat van het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België. Zolang mazelen geen verplicht te melden aandoening is in beide gemeenschappen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gebeurt de surveillance van mazelen en CRS verder door de surveillance systemen PediSurv en het netwerk van peillaboratoria van het WIV. Het WIV centraliseert de gegevens over alle individuele gevallen van mazelen en CRS in België en meldt deze gegevens via Euvac.Net aan de ECDC en aan de WGO.

Bij een uitbraak van mazelen of rubella kan het WIV ondersteuning geven voor de investigatie.

Op verzoek kan het WIV ook verder instaan voor de investigatie van individuele gevallen van mazelen en CRS (contact met meldende arts en met patiënt).

4) Nationaal laboratorium voor mazelen en rubella :

Het Nationaal Laboratorium voor mazelen en rubella is verantwoordelijk voor :

- de bevestiging van de diagnose voor verdachte gevallen van mazelen;
- de bevestiging van de diagnose voor verdachte gevallen van rubella;
- de bevestiging van de diagnose voor verdachte gevallen van CRS;
- de bevestiging van het resultaat voor alle testen die uitgevoerd worden door perifere laboratoria;
- het identificeren van het genotype voor alle bevestigde gevallen van mazelen (tegen 2010).

5) Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België :

Het Comité is verantwoordelijk voor het opvolgen van de uitvoering van de activiteiten die voorgesteld werden in het actieplan voor de eliminatie van beide aandoeningen in België. Het Comité kan ook aanbevelingen formuleren voor de gemeenschappen, de FOD, de werkgroep Vaccinatie van de Hoge Gezondheidsraad en andere betrokken instellingen en werkgroepen.

Het Comité komt minstens twee maal per jaar samen en stelt jaarlijks een activiteitenverslag op voor de Interministeriële Conferentie en de WGO.

8. Noodzakelijke middelen

Voor de uitwerking van de strategieën worden alle bevoegde instanties gevraagd om de nodige middelen te voorzien. Voor elke concrete activiteit, zoals catch-up vaccinaties, studies, informatiecampagnes, moet een financiering voorzien worden. Verder moet de werking van het secretariaat van het comité en van het nationaal laboratorium voor mazelen en rubella gefinancierd worden.

Het comité voorziet dat voor de volgende activiteiten en studies een afzonderlijke financiering moet worden bekomen :

- verhogen van de vaccinatiegraad;
- inhaalvaccinatie van risicogroepen en onvoldoende beschermde leeftijdsgroepen;
- evaluatie van de protectie na MBR2;
- actualisatie van de vaccinatiegraadmetingen;
- ontwikkelen en optimaliseren van een vaccinatie databank;
- versterking van de surveillance van gevallen van mazelen;
- ontwikkelen van een databank voor de registratie van mazelen;
- seroprevalentiestudie in 2010;
- ontwikkeling van niet invasieve technieken voor diagnose van mazelen en rubella;
- sensibilisatie van het medisch personeel;
- sensibilisatie van het grote publiek en van risicogroepen.

9. Mogelijke problemen

- De nodige middelen moeten ter beschikking worden gesteld aangezien een gebrekkige financiering de uitvoering van de activiteiten in het gedrang brengt.

- Ondanks punctuele contacten met de mogelijke risicogroepen blijkt dat sommige groepen moeilijk te bereiken zijn (rondtrekkende Roma-populaties, mensen zonder papieren...). Bovendien bleek in 2007-2008 dat er nog steeds niet geïdentificeerde risicogroepen bestaan (orthodoxe Joodse gemeenschappen) en de mogelijkheid bestaat dat er zich nog epidemieën zullen voordoen in andere nog niet gekende risicopopulaties.

10. Besluit

Vier van de zes regio's van de WGO hebben een doelstelling voor de eliminatie van mazelen (en rubella). De Regio van Noord- en Zuid-Amerika heeft deze doelstelling al behaald met enkel nog importgevallen met beperkte transmissie.

Voor de Europese regio wil de WGO de eliminatiedoelstelling bereiken binnen twee jaar, in 2010. Volgens de criteria die de WGO hanteert, is mazelen nog niet geëlimineerd in België.

De eliminatie van mazelen en rubella zal echter niet bereikt worden zonder bijkomende activiteiten die in dit rapport werden voorgesteld. Het Comité voor de eliminatie van mazelen en rubella blijft de situatie in België opvolgen en spoort de diverse partners aan om de nodige middelen te voorzien en actie te ondernemen.

Bijlage 1. — Samenstelling van het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella in België, november 2008

Voorzitter

Prof. Dr. P. Goubau (UCL)

Secretaris :

Dr. M. Sabbe (Afdeling Epidemiologie, WIV), sinds 1/11/2008.

Dr. T. Lernout (Afdeling Epidemiologie, WIV), tem 31/10/2008

Leden :

Dr. J. Bots (GGC Brussel Hoofdstad).

Dr. M. Coppens (FOD Sociale Zaken en Volksgezondheid).

Dr. J. de Roubaix (Communauté française).

Dr. G. Hendrickx (VVK)

Mevr. V. Hutse (Afdeling Virologie, WIV)

Mevr. A. Jumiaux (Communauté française).

Prof. Dr. J. Lévy (Hôpital Saint-Pierre).

Dr. S. Lokietek (Communauté française).

Dr. A. Naessens (VUB).

Dr. E. Padalko (UG).

Dr. D. Reynders (FOD Sociale Zaken en Volksgezondheid).

Dr. P. Schelstraete (BVVK).

Dr. B. Swennen (Communauté germanophone /ULB).

Dr. H. Theeten (CEV, UA).

Dr. G. Top (Vlaamse Gemeenschap).

Dr. P. Tréfois (SSMG).

Prof. Dr. P. Van Damme (CEV, UA).

Dr. Frans Govaerts (Domus Medica).

Prof. Dr. M. Van Ranst (HGR, werkgroep vaccinaties).

Prof. Dr. H. Van Oyen (Afdeling Epidemiologie, WIV).

Dr. J. Waegenare (GGC Brussel Hoofdstad)

Bijlage 2. — Samenvattende tabel van de activiteiten voor 2009-2010

VACCINATIE

Strategie	Activiteit	Kalender	Verantwoordelijke	Opvolging
1. Een vaccinatiegraad van $\geq 95\%$ behalen voor MBR1 en MBR2	Systematisch aanbod van MBR1 en MBR2 verhogen	2009-2010	Gemeenschappen	MBR1 en MBR2 $\geq 95\%$ via vaccinatiegraadstudie
2. Beter bereiken van risicogroepen	<p>Systeem uitwerken voor herinnering van niet opgedaagde kinderen</p> <p>Risicogroepen identificeren en vaccinatie activiteiten voorstellen</p> <p>Systematisch MBR vaccinatieaanbod voor onbeschermden vrouwen (na ev. bevalling)</p>	<p>2009-2010</p> <p>2009</p>	<p>Gemeenschappen, K&G, CLB</p> <p>Gemeenschappen</p> <p>Verenigingen van huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen</p>	<p>Activiteitsverslag van K&G, CLB</p> <p>Geen outbreaks in gekende risicogroepen</p> <p>Opvolging via rubellastudie binnen deze groep</p>
3. Inhaalvaccinaties (individueel niveau)	<p>Systematisch nakijken van vaccinatiestatus en aanbieden van inhaalvaccinatie</p> <p>Sensibiliseringscampagne voor inhaalvaccinaties</p>	<p>2009-2010</p> <p>2009 Q3</p>	<p>Gemeenschappen</p> <p>Gemeenschappen</p>	Opvolging via vaccinatiegraadstudie
4. Optimaliseren van de vaccinatie kalender	<p>Literatuurstudie langdurige protectie na MBR2</p> <p>Overleggen of de leeftijd MBR2 vervroegd moet worden</p>	<p>2009 Q2</p> <p>2009 Q3</p>	<p>HGR</p> <p>Gemeenschappen, HGR</p>	Gemotiveerd advies beschikbaar

SURVEILLANCE

Strategie	Activiteit	Kalender	Verantwoordelijke	Opvolging
1. Actualisatie van de vaccinatiegraadmeting MBR1 en MBR2	Vaccinatiegraadstudie Vlaamse Gemeenschap (VG)	2008	Vlaamse Gemeenschap	Vaccinatiegraad gekend
	Vaccinatiegraadstudie Franse Gemeenschap (FG)	2009	Franse Gemeenschap	
	Vaccinatiegraadstudie Duitse Gemeenschap	2009	Duitse Gemeenschap	
	Vaccinatiegraadstudie Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2009	GGC	
	Vaccinatie databank opzetten (FG) of verder uitbouwen (VG)	2009-2010	Gemeenschappen	
2. Versterken van de surveillance van mazelen met laboratoriumbevestiging van de diagnose	Verplichte melding van mazelen	2009	Gemeenschappen	Incidentie van mazelen per regio
	Onderzoek van elk gemeld geval van mazelen	2009-2010	Bevoegde autoriteiten van de gemeenschappen / WIV	Gegevens voor 100% van de individuele gevallen en 80% van de gevallen van een epidemie
	Bevestiging van de diagnose van mazelen door een laboratorium	2009-2010	Nationaal laboratorium/ gemeenschappen/ WIV	80% van de gevallen met labo-bevestiging, andere 20% epi-link
	Bepaling van genotype voor alle geïsoleerde gevallen en voor clusters	2009-2010	Nationaal laboratorium	
	Richtlijnen opstellen voor de investigatie van gevallen en clusters	2009 Q3	WIV/ gemeenschappen	
Beschikken over een databank voor gevallen van mazelen en centralisatie van de gegevens door het WIV voor de WGO	2009 Q2	WIV/ gemeenschappen		Incidentie van mazelen nationaal

Strategie	Activiteit	Kalender	Verantwoordelijke	Opvolging
3. Surveillance van de immuniteit tegen mazelen en rubella in verschillende leeftijdsgroepen	Seroprevalentiestudie voor mazelen en rubella	2010 Q2	WIV (in samenwerking met het CEV)	Seroprevalentie gekend, evaluatie van vatbaarheid voor een mogelijke epidemie
4. Versterken van de rapportering van CRS	Diagnose van acute rubellainfectie bij zwangere vrouwen dmv. specifieke testen en opvolging van het kind om CRS uit te sluiten	2009 Q2	Nationaal laboratorium/ Behandelende arts	Incidentie van CRS
5. Versterken van de activiteiten van het nationaal laboratorium	Niet invasieve technieken ter beschikking stellen voor de diagnose van mazelen en rubella Ter beschikking stellen van andere technieken voor de diagnose van rubella bij zwangeren Tegen 2010: bevestiging van alle positieve laboratoriumtesten wijzend op een acute mazelen- of rubellainfectie door nationaal labo	2010 Q1	Nationaal laboratorium	Activiteitsverslag van het laboratorium
		2009 Q2	Nationaal laboratorium	

INFORMATIE EN SENSIBILISATIE

Strategie	Activiteit	Kalender	Verantwoordelijke	Opvolging
1. Een engagement van de politieke autoriteiten verkrijgen	Autoriteiten overtuigen van het belang van de eliminatie van mazelen en rubella	2009-2010	Comité	Plan goedgekeurd en nodige middelen beschikbaar
2. Medisch personeel sensibiliseren	Actieplan laten goedkeuren door de IMC	2009 Q1	Comité	
	Fiche opstellen over MBR bij volwassenen door de HGR	2009 Q2	HGR werkgroep vaccinatie	
	Informatie over eliminatie van mazelen en rubella en MBR vaccinatie in basisopleiding	2010	Comité/ gemeenschappen	
	Informatie over de eliminatie van mazelen en rubella en MBR vaccinatie verspreiden in gespecialiseerde tijdschriften	2009-2010	Comité	
	Informatieve brief versturen naar verschillende verenigingen van artsen	2009 Q2	Comité/ gemeenschappen	
3. Groot publiek sensibiliseren	Regelmatische update van de activiteiten van het nationaal labo voor perifere labo's	2009-2010	Nationaal laboratorium	
	Informatiecampagne over mazelen, rubella en MBR vaccinatie	2010 Q1	Gemeenschappen	
	Gerichte verspreiding van informatie over mazelen, rubella en MBR vaccinatie aan risicogroepen	2010 Q1	Gemeenschappen	