



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXIV, Numéro 4

Protégez vos enfants par la vaccination

Août 2002

Vers l'éradication de la rougeole aux Amériques: le dernier effort?

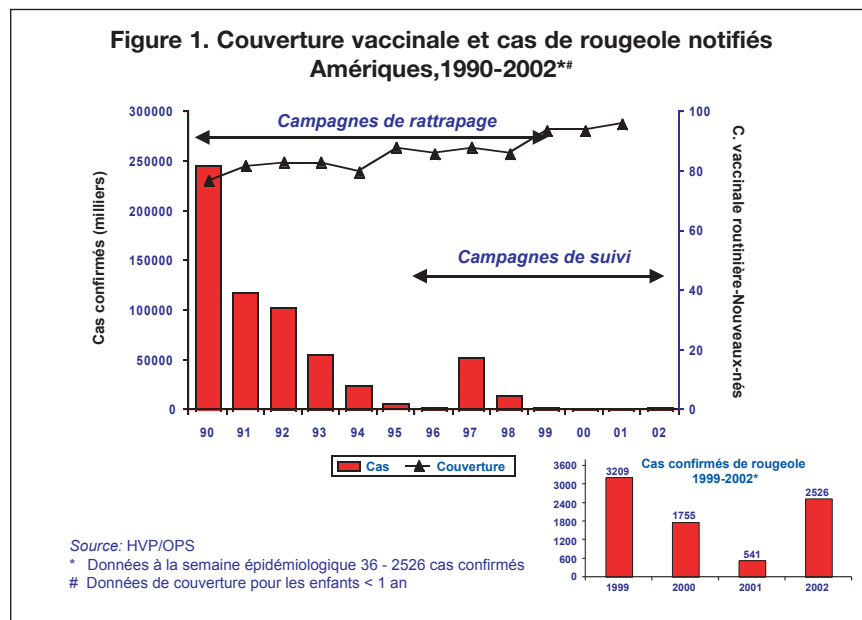
En 1994, les pays de la région des Amériques ont établi l'objectif de l'interruption de la transmission indigène de la rougeole avant la fin de l'année 2000, appliquant une stratégie de vaccination élaborée par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS). Depuis lors, des progrès considérables ont été réalisés. En 2001, le nombre total de cas confirmés de rougeole dans la région a été de 541, un chiffre à la baisse record et une réduction de 99% comparée à 1990 (figure 1). Pendant 2001, la République dominicaine et Haïti ont réussi à interrompre la transmission de la rougeole, mettant ainsi fin à la transmission indigène connue du génotype d6 du virus de la rougeole. Ce génotype était en circulation dans toute la région depuis au moins 1995 et a provoqué des flambées à niveau national au Brésil, en Argentine, en Bolivie, en République dominicaine et en Haïti entre 1997-2000.

Un nouveau génotype de la rougeole (d9) a été introduit dans la région en août 2001 par un touriste vénézuélien qui rentrait d'Europe. Depuis lors, et jusqu'au 7 septembre 2002, un total de 2491 cas ont été confirmés au Venezuela et 125 en Colombie voisine.

La rougeole dans la région

La couverture vaccinale de routine dans la région est passée de 80% en 1994 à 94% en 2000 et à 96% en 2001. En 2000, la couverture vaccinale contre la rougeole par pays était entre 75% et 99%. Les taux de couverture les plus bas étaient ceux de la Colombie (75%), de Haïti (80%), du Belize (82%), du Venezuela et du Costa Rica (84%), de la Guyane (86%), de la Jamaïque et de la République dominicaine (88%). La couverture vaccinale antirougeoleuse en 2001 par pays se situait entre 53% à 99%. Haïti avait le taux de couverture le plus faible (53%) alors que tous les autres pays notifiaient une couverture supérieure à 80%.

Entre 1990 et 1996, le nombre de cas de rougeole a diminué dans la région des Amériques, passant d'environ 250 000 à 2109 cas confirmés. En 1997, une résurgence de la circulation du virus rougeoleux a eu lieu, avec 53 683 cas confirmés notifiés, dont 52 284 (97%) au Brésil. L'épidémie s'est étendue à l'Argentine et à la Bolivie, où le nombre le plus élevé de cas de rougeole a été recensé dans la région, en 1998 et 1999 respectivement. En 1998, il y a eu 14 332 cas



Dans ce numéro

Vers l'éradication de la rougeole aux Amériques: le dernier effort?	1
Leçons tirées: les deux premières années de la surveillance régionale de la rubéole	3

Examen des programmes d'immunisation du Cone Sud et du Brésil	6
Cas notifiés de maladies sélectionnées	7
Objectifs en matière d'immunisation dans le cadre du développement durable et de la réduction de la pauvreté dans le monde.	8

confirmés notifiés parmi 17 (41%) des 41 pays notifiant l’OMS. L’Argentine (10 229) et le Brésil (2781) ont recensé le nombre le plus élevé de cas. De 1999 à 2000, 28 (68%) des 41 pays notifiant l’OPS, au nombre desquels Cuba, les pays des Caraïbes anglophones et la plus grande partie de l’Amérique centrale et du sud, n’ont notifié aucun cas de rougeole. En 1999, 3209 cas confirmés ont été rapportés parmi 11 pays, 78% de cas en moins qu’en 1998 et 94% en moins qu’en 1997 (figure 1). En 1999, la transmission indigène a eu lieu dans 4 pays: Bolivie (1441 cas), Brésil (908), Argentine (313) et République dominicaine (274). Également en 1999, le Canada, le Chili, le Costa Rica, le Mexique, le Pérou, l’Uruguay et les États-Unis ont notifié des importations de rougeole, cependant la transmission secondaire a été limitée due à la couverture vaccinale antirougeoleuse. La plus grande flambée liée à une importation de rougeole a eu lieu au Canada où 165 cas confirmés ont été liés à une importation en provenance de Bolivie.

En 2000, le nombre de cas confirmés de rougeole aux Amériques a diminué et atteint 1755 (figure 1). La transmission indigène est toujours présente en Argentine, au Brésil, en Bolivie, en République dominicaine et en Haïti. Seules 16 (< 1%) des 12 010 municipalités notifiant dans la région ont notifié des cas confirmés de rougeole lors de cette période.

En 2001, un total de 541 cas confirmés de rougeole ont été notifiés aux Amériques. La transmission indigène a été rapportée dans 3 pays seulement, Haïti et la République dominicaine sur l’île d’Hispaniola et le Venezuela. Le dernier cas confirmé en République dominicaine date de juin 2001 et le dernier cas en Haïti a été notifié en septembre 2001. En août 2001, une épidémie de rougeole a débuté au Venezuela due à un virus rougeoleux d’un génotype nouveau (d9) qui a été introduit par un voyageur rentrant d’Europe. Entre août et décembre 2001, 109 cas de rougeole ont été rapportés au Venezuela suite à cette importation. L’épidémie s’est étendue à la Colombie en janvier 2002. Depuis lors, le Venezuela et la Colombie sont les deux seuls pays de la région avec une transmission indigène reconnue.

Venezuela

Entre les années 1997-2000, la couverture vaccinale antirougeoleuse de routine variait de 65% à 93%. En septembre 2001, la couverture estimée est tombée à 58% et était encore plus basse dans les États limitrophes de la Colombie (par ex. Falcon, 44%; Zulia, 34%). Le cas de source de l’épidémie, un homme de 39 ans, a eu un début d’éruption le 29 août 2001, un jour avant son retour dans l’État de Falcon après un voyage en Suisse, en Allemagne et en Espagne entre les 4 et 30 août. Le premier cas rapporté, notifié le 28 septembre, était son frère de 35 ans dont le début d’éruption date du 23 septembre. Depuis le début de l’épidémie jusqu’au 7 septembre 2002, le Venezuela a notifié 7007 cas soupçonnés de rougeole, dont 2491 étaient confirmés épidémiologiquement ou par laboratoire. Le pic de l’épidémie a

eu lieu lors de la semaine 11 de 2002 et 17 (70%) des 24 États du Venezuela ont été touchés. Un total de 2098 (84%) des cas provenait de Zulia, 202 (8%) de Falcon et 191 (8%) des 14 autres États. À l’échelle nationale, les tranches d’âge les plus touchées étaient les enfants < 1 an (120 cas pour 100 000 personnes), suivis des enfants de 1-4 ans (26 pour 100 000) et les jeunes adultes entre 20-29 ans (12 pour 100 000).

Des échantillons de virus rougeoleux ont été prélevés sur des cas de Zulia entre novembre 2001 et janvier 2002. Le séquençage génétique a montré que le virus n’était pas semblable aux virus précédemment rencontrés dans la région ou aux souches de génotype de référence disponibles dans la banque de données de séquençage de la rougeole. Une quasi-similitude a été établie avec des échantillons de virus prélevés sur des cas australiens dûs à une importation d’Indonésie en 1999 et auxquels il a été proposé de donner la désignation de génotype d9.

Entre novembre 2001 et janvier 2002, une campagne de vaccination antirougeoleuse de suivi a été mise en oeuvre visant 2 216 001 enfants de 1-4 ans et 16 des 24 États ont rapporté un taux de couverture de 100%. L’épidémie a néanmoins continué et des cas ont été recensés dans toutes les tranches d’âge. Le contrôle porte-à-porte de la couverture vaccinale a révélé des poches d’enfants non vaccinés. Depuis mars 2002, une campagne de vaccination nationale a été mise en oeuvre, visant 5 865 687 enfants entre 6 mois et 14 ans ainsi que 5 511 153 adultes à haut-risque dans les zones urbaines, péri-urbaines et rurales (comprenant les agents de santé, les touristes, les ouvriers, les soldats, les étudiants, les populations déplacées et les migrants). Depuis lors, les États les plus affectés, Zulia et Falcon, n’ont pas notifié de cas depuis les semaines 30 et 31, respectivement, et le nombre moyen de cas par semaine au cours des 4 dernières semaines est tombé à 2.

Colombia

Le taux de couverture vaccinale antirougeoleuse, après avoir atteint un taux élevé (93%) en 1996, est descendu à environ 75% pendant 1997-2000 puis, en 2001, est remonté à 92%. Le début d’exanthème du premier cas confirmé, un enfant de 7 ans originaire de la côte atlantique, date du 20 janvier 2002 et un contact préalable avec un cas confirmé de l’État de Zulia au Venezuela a été rapporté. En date du 7 septembre (semaine 36), 3122 cas soupçonnés de rougeole ont été notifiés en Colombie dont 125 d’entre eux ont été confirmés. Des cas confirmés ont été recensés dans 24 municipalités (14 d’entre elles sur la côte atlantique ou limitrophes avec le Venezuela) dans 11 (33%) départements des 33 que compte la Colombie. En date du 7 septembre 2002, le nombre moyen de cas confirmés par semaine au cours des 4 dernières semaines est 6,5. Les tranches d’âge les plus touchées sont les enfants < 5 ans (1,37 cas pour 100 000), ceux entre 5-9 ans (0,36 pour 100 000) et les jeunes adultes entre 25-29 ans (0,34 pour 100 000).

Les activités de contrôle mises en place comprennent: 1) une campagne de vaccination antirougeoleuse porte-à-porte dans les municipalités à risques élevés, s'inscrivant dans la campagne nationale de vaccination visant environ 4,2 millions d'enfants entre 6 mois et 5 ans et d'autres groupes à risques élevés (agents de santé et voyageurs); 2) vaccination porte-à-porte et contrôle de la couverture dans les zones à risques élevés; 3) renforcement de la surveillance épidémiologique sur tout le territoire; et 4) formation accrue en matière d'investigation des cas et de contrôle de l'épidémie dans tout le pays. En date du 15 septembre 2002, 3 362 281 enfants (80%) du groupe cible avaient été vaccinés.

Lors de ces flambées, la surveillance de la rougeole a été renforcée par des recherches actives de cas dans les deux pays et 3122 cas soupçonnés ont été détectés (7,1 pour 100 000 personnes) en Colombie et 6380 (26,5 pour 100 000) au Venezuela. Des ressources techniques et financières ont été fournies par l'OPS, les CDC et l'UNICEF qui ont contribué au succès des efforts de vaccination.

Note de la rédaction: le succès obtenu par la région concernant l'interruption de la transmission du génotype d6 du virus de la rougeole est la preuve que, lorsqu'une région toute entière prend l'engagement d'éradiquer la rougeole, l'objectif est réalisable. La réintroduction de la rougeole puis sa transmission au Venezuela et son exportation en Colombie nous rappellent que, tant que la rougeole n'a pas été éradiquée à l'échelle mondiale, les pays des Amériques sont vulnérables aux importations. Cependant, ces importations ne devraient pas résulter en une transmission continue de la rougeole si la couverture vaccinale est maintenue à des niveaux élevés (> 95%) dans toutes les municipalités et si les campagnes anti-rougeoleuses de suivi sont menées à temps.

L'épidémie actuelle au Venezuela et en Colombie illustre les dangers encourus si des niveaux élevés de couverture vaccinale routinière ne sont pas maintenus afin de mettre en œuvre

avec efficacité la campagne de vaccination de suivi recommandée par l'OPS tous les quatre ans et maintenir une surveillance ponctuelle. De même, l'expérience acquise dans les Amériques au cours des quatre dernières années a démontré le besoin de validation de l'effort de vaccination antirougeoleuse au niveau géographique le plus bas au moyen d'un contrôle porte à porte et d'identifier les localités où la couverture vaccinale continue à être faible dans des pays qui notifient un niveau adéquat de couverture générale. En fonction des résultats des recherches sur les flambées dans les Amériques, l'OPS a ciblé, pendant les flambées, la vaccination de groupes de population qui sont considérés à haut risque du fait qu'ils peuvent perpétuer la transmission de la rougeole et la transmettre à des personnes susceptibles dans d'autres groupes.

Pour réaliser, maintenir et évaluer l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole, les pays de la région des Amériques devraient suivre toutes les recommandations de l'OPS, à savoir a) appliquer les stratégies recommandées de vaccination (mise à jour, routine et suivi), atteignant une couverture de 95% par municipalité; b) contrôler la couverture porte à porte au niveau local pendant les supervisions, les campagnes de vaccination et les opérations de ratissage et immédiatement prendre des mesures correctives si les efforts de vaccination se sont avérés insuffisants; c) enquêter sur tous les cas et les flambées dans les 48 heures suivant la notification, selon les directives de l'OPS; d) assurer une surveillance routinière de la rougeole, valider de façon hebdomadaire la conformité en employant les indicateurs de l'OPS et procéder systématiquement à des recherches actives de cas pour la validation de la surveillance; et e) mettre en place des mesures efficaces de lutte contre l'infection dans les établissements de santé afin d'éviter les cas secondaires une fois que la maladie est introduite. La pleine conformité à ces recommandations fera que les pays de la région réaliseront et maintiendront l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole aussi longtemps que nécessaire jusqu'à ce que soit atteinte l'éradication mondiale.

Leçons tirées: les deux premières années de la surveillance régionale de la rubéole

Une analyse des données nationales de la rubéole

Au cours des deux dernières années, les programmes nationaux d'immunisation ont commencé à élargir leurs systèmes de surveillance de la rougeole à des cas soupçonnés être des cas de rubéole et, dans de nombreuses instances, ils ont également commencé à inclure dans leurs systèmes de surveillance toutes les maladies comportant des éruptions cutanées fébriles. La banque de données régionale de la rougeole (MESS) mise au point par l'OPS en vue de l'éradication de la rougeole a également été étoffée pour tenir compte des changements dans les activités de surveillance. Des variables ont été ajoutées concernant des aspects importants de l'infection par la rubéole, par exemple la grossesse, et les

codes de classification ont été modifiés pour permettre à un cas soupçonné d'être confirmé comme étant en fait un cas de rubéole. Une analyse est présentée ici des données de surveillance régionale de la rubéole envoyées à Washington lors des deux premières années par des transmissions hebdomadaires de données de surveillance provenant des banques de données MESS. Aux fins de l'analyse, seuls les cas confirmés par laboratoire ont été pris en compte.

Au cours des deux dernières années, les banques de données nationales MESS ont notifié 7696 cas de rubéole confirmés par laboratoire; 5122 cas ayant été notifiés en 2000 et 2574 cas en 2001. Au cours de ces deux années, les pics de

notification pour les cas confirmés ont été observés en octobre (figure 1). Au cours de 2000, 75% de tous les cas confirmés par laboratoire ont été notifiés par quatre pays. Le Pérou a notifié 2126 cas (42% de l'ensemble des cas) correspondant à un taux annuel de notification de 8,3 pour 100 000. La République dominicaine a notifié 799 cas (16% de l'ensemble des cas) correspondant à un taux annuel de 9,4 pour 100 000. L'Équateur a notifié 486 cas (9% de l'ensemble et un taux de notification de 3,8 pour 100 000) et la Bolivie 420 cas (8% de l'ensemble des cas) correspondant à un taux de 5,0 pour 100 000. Il faut noter que ces pays sont ceux qui ont adhéré au programme de surveillance de la rougeole et de la rubéole. En 2001, 87% de tous les cas confirmés ont été notifiés par trois de ces mêmes pays (le Pérou avec 1319 cas, la Bolivie avec 558 cas et l'Équateur avec 372 cas). Le taux régional de notification pour 100 000 personnes était de 1,6 en 2000 et de 0,8 en 2001.

Au cours des deux années, 54% des cas étaient des femmes et des cas ont été notifiés dans tous les groupes d'âge. La majorité des cas au cours des deux années de surveillance

était des enfants âgés de 1 à 14 ans (73% en 2000 et 83% en 2001). Toutefois, dans tous les groupes d'âge étudiés, les enfants âgés de 5 à 9 ans constituaient la plus grande proportion des cas, soit 39% en 2000 et 47% en 2001. Les enfants de 1 à 4 ans ont représenté 16% des cas en 2000 et 18% en 2001 alors que les personnes âgées de 20 à 39 ans ont représenté 15% des cas en 2000 et 9% en 2001.

Les enfants âgés de 5 à 9 ans ont eu le taux de notification le plus élevé pour 100 000 pour des cas de rubéole confirmés par laboratoire, à savoir, 6,7 en 2000 et 4,1 en 2001. Les enfants âgés de 1 à 4 ans et de 10 à 14 ans ont eu des taux de notification similaires pour les deux années, soit environ 2,6 en 2000 et 1,5 en 2001.

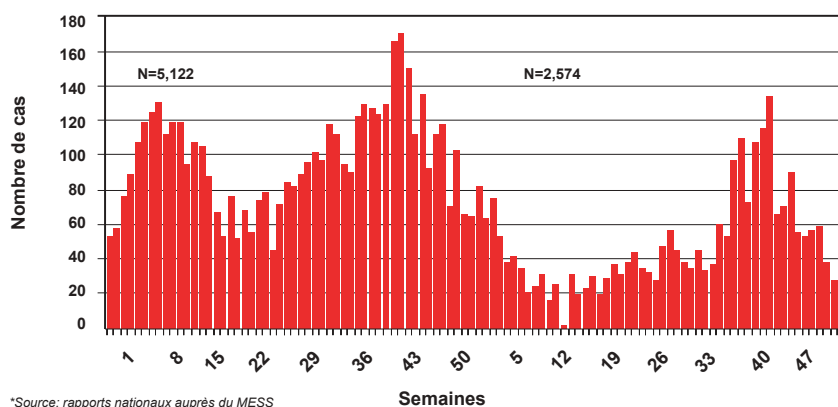
Selon les informations fournies par les banques de données nationales du MESS, 72% des cas confirmés par laboratoire en 2000 et 78% des cas en 2001 n'étaient pas vaccinés. De plus, 26% des cas en 2000 et 19% des cas en 2001 ne disposaient d'aucun renseignement sur leur statut vaccinal.

L'analyse de la banque de données du MESS indique que, dans de nombreux pays, un nombre très élevé de femmes en âge de procréer (FAP) sont infectées par la rubéole, confirmée en laboratoire. Malheureusement, les renseignements sur leur grossesse n'ont pas été recueillis de

manière uniforme, ou, à tout le moins, n'ont pas été notifiés de manière uniforme. En 2000, sur 703 femmes âgées de 15 à 39 ans souffrant d'infection par la rubéole confirmée par laboratoire, les renseignements sur leur grossesse n'ont pas été notifiés pour 249 d'entre elles (35%). Il a été notifié que 39 (6%) des 703 femmes étaient enceintes, alors que les 415 restantes (59%) ont été notifiées comme n'étant pas enceintes. Sur les 1394 femmes infectées par la rubéole en 2001, 223 étaient âgées de 15 à 39 ans. Et sur ces 223 femmes, 19 (9%) n'avaient aucun renseignement sur leur grossesse, 11 (5%) auraient été enceintes et 193 (87%) ne l'auraient pas été. Ainsi, pendant les deux années de l'étude, 268 FAP ont contracté la rubéole, confirmée par laboratoire, sans disposer d'aucun renseignement sur leur grossesse.

En 2000, ces dernières ont fait l'objet de notification dans 10 pays (Argentine, Bolivie, Colombie, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Mexique, Nicaragua et Pérou) et en 2001 dans 5 pays (Argentine, Colombie, Équateur, El Salvador et Guatemala). Cinq pays ont donc notifié des cas de ru-

Figure 1. Distribution des cas de rubéole confirmés par laboratoire par semaine de début d'éruption. Amériques, 2000-2001*



*Source: rapports nationaux auprès du MESS

béole confirmés par laboratoire chez des FAP qui ne disposaient pas de renseignement sur leur grossesse pendant les deux années de l'étude.

Un total de 50 femmes auraient été enceintes pendant une infection par la rubéole. Ces dernières ont fait l'objet de notification dans neuf pays (Bolivie-1, CAREC-2, Colombie-6, République dominicaine-4, Équateur-9, Honduras-1, Mexique-10, Nicaragua-3, et Pérou-14 femmes). De ces 50 femmes enceintes atteintes de rubéole, 36 (72%) étaient enceintes de 1 à 20 semaines au moment de l'infection (figure 2). Pour 6 de ces 50 femmes, il n'y avait pas d'information sur le nombre de semaines de leur grossesse. Les 36 femmes qui auraient été atteintes de rubéole pendant qu'elles étaient enceintes de 1 à 20 semaines provenaient de Colombie (3), de la République dominicaine et du Honduras (1 chacun), de l'Équateur (9), du Mexique (8), du Pérou (10), du Nicaragua et des Caraïbes (2 chacun).

Enfin, le nombre de cas de rubéole confirmés par laboratoire et le nombre de tous les cas confirmés de rubéole (soit par diagnostic de laboratoire ou par lien épidémiologique) a été comparé au nombre de cas notifiés à l'OPS/Washington dans les tables nationales du PEV (indicateurs de table du PEV établis par l'OPS pour collecter deux fois par an des données sur l'immunisation). Des différences ont été notées pour de nom-

breux pays. Dans certains cas, les tables du PEV indiquaient un nombre de cas notifiés supérieur à ceux enregistrés dans le MESS. Dans d'autres cas, le MESS indiquait plus de cas notifiés que les tables du PEV.

Note de la rédaction: la présente analyse n'a examiné que l'information sur la rubéole envoyée à l'OPS/WDC par l'intermédiaire de la transmission hebdomadaire des banques de données nationales du MESS. Les données provenant de pays qui n'ont envoyé à l'OPS que des chiffres globaux des cas par des moyens autres que le MESS n'ont pas été comprises dans l'analyse (par exemple le Brésil). Dans l'interprétation de ces données, il faut tenir compte du fait que les pays ont commencé à inclure la rubéole dans les données du MESS à des époques différentes. En fait, dans certains pays des cas notifiés comme étant des « cas soupçonnés » peuvent actuellement n'être soupçonnés que de rougeole, c'est-à-dire que leur diagnostic initial reste toujours la rougeole. De plus, il est possible qu'à partir du moment où les pays élargissent leur surveillance, un seul cas et non tous les cas de rubéole puissent être enregistrés dans les données du MESS. Donc, plutôt que de considérer ces données comme des

données récapitulatives définitives pour la région, elles devraient être considérées comme des données de démarrage pour des comparaisons de référence. Toutefois, même avec ces limitations, des leçons importantes peuvent être tirées, en particulier sur la gestion et l'enquête des cas de rubéole dans la région.

Tout d'abord, la rubéole est une maladie courante dans les Amériques, qui affecte les deux sexes et tous les âges et qui est largement répandue. Ceci confirme une situation qui est connue ou qui a été suspectée pendant de nombreuses années. Bien que l'infection se produise dans tous les groupes d'âge, elle affecte le plus souvent les enfants de 5 à 9 ans. Les jeunes de 10 à 14 ans peuvent être autant affectés par la maladie que les enfants de 1 à 4 ans. Cet élément devrait être pris en compte quand les responsables prévoient des campagnes de vaccination de suivi contre la rougeole et la rubéole ou contre la rougeole, la coqueluche et la rubéole. Les activités qui visent à diminuer la circulation virale en vue de réduire le risque de l'occurrence des cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) devraient probablement inclure les plus de 4 ans.

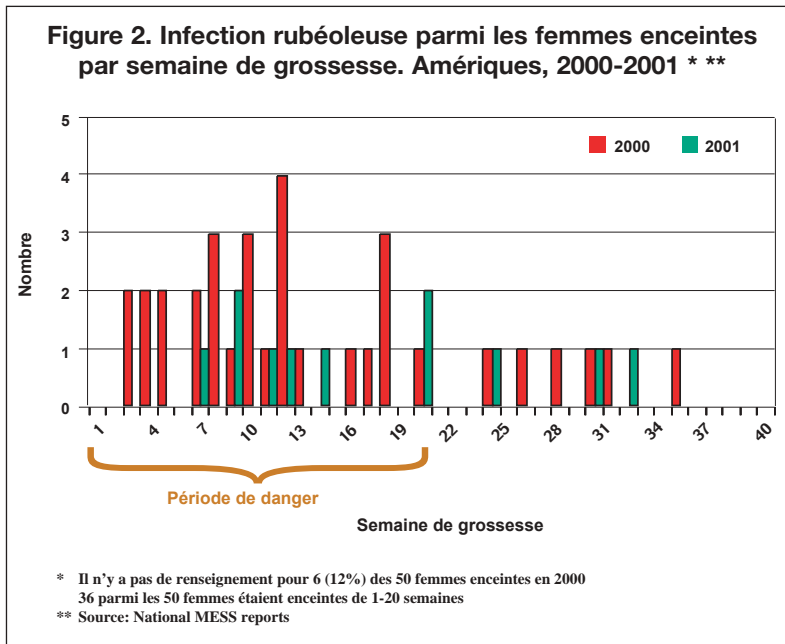
Une constatation importante de ces analyses est que les FAP infectées par la rubéole ne disposent pas toutes de renseignements concernant leur grossesse. Il s'agit là d'une constatation alarmante (une erreur programmatique qui semble se produire dans différents pays) à laquelle il faut trouver une solution. Le fait que la proportion de femmes ne disposant pas de renseignement sur leur grossesse est passé de 35% en 2000 à 9% en 2001 donne à penser que les enquêtes de cas s'améliorent. Même si c'est le cas, les autorités de santé ne doivent pas oublier que l'objectif de la vaccination contre la rubéole est de prévenir le SRC, non pas nécessairement les infections par la rubéole. La présence d'une seule FAP atteinte de rubéole ne faisant pas l'objet d'une investigation appropriée représente un échec certain du programme. Il faut rappeler que, non seulement

tous les pays doivent accélérer l'intégration de la surveillance de la rougeole et de la rubéole, mais toutes les femmes atteintes de la rubéole doivent être suivies de très près par les agents de santé.

On pourrait dire que les femmes sans renseignement sur leur grossesse sont des femmes qui avaient été au départ diagnostiquées comme ayant la rougeole ou ayant reçu un diagnostic autre que la rubéole et qui plus tard ont eu confirmation du dia-

gnostic de la rubéole. Néanmoins, une fois que le diagnostic de la rubéole est établi, il faut qu'une enquête de suivi soit menée pour déterminer si elles sont enceintes ou non. Si elles sont enceintes, ces femmes doivent faire l'objet d'un suivi encore plus poussé pour déterminer si elles donneront éventuellement naissance à un enfant atteint du SRC. Les données présentées ici suggèrent que de nombreux cas de SRC peuvent s'être produits dans différents pays au cours de la période de deux ans étudiée. Les données du MESS ne nous disent pas si les enfants nés de mères infectées par la rubéole au cours de leur grossesse ont fait l'objet d'un suivi et d'enquêtes adéquates.

Pour terminer, lorsque l'on compare les données du MESS à l'information nationale envoyée à l'OPS dans les tables du PEV, on y trouve de nombreuses divergences. Les autorités nationales devraient veiller à ce que tous les cas de rubéole notifiés dans les systèmes nationaux de surveillance soient également enregistrés auprès des bureaux nationaux du PEV et que ces cas fassent l'objet d'une enquête. Tous les cas doivent également être enregistrés dans les banques de données du MESS comme étant des cas soupçonnés.



Examen des programmes d'immunisation du Cone Sud et du Brésil

La 16e Réunion régionale sur les maladies évitables par la vaccination pour les pays du Cone Sud et le Brésil s'est tenue à Buenos Aires, en Argentine, les 29 et 30 août 2002. Les responsables des Programmes nationaux d'immunisation (PNI) de six pays se sont réunis et ont discuté des progrès, des problèmes et des plans pour leurs pays respectifs. Des délégations d'Argentine, du Chili, du Paraguay, de l'Uruguay, du Brésil et de la Bolivie ont assisté à la réunion, ainsi que des membres de la Division des Vaccins et de la Vaccination de Washington, D.C. et un représentant du programme de l'UNICEF dans les Amériques. De plus, 24 chefs provinciaux des PNI en Argentine ont pris part à la réunion.

L'objectif de la réunion était d'analyser de manière critique la situation épidémiologique de chaque pays en vue de l'élimination et/ou de la lutte contre la rougeole, la rubéole, la poliomyélite ainsi que le tétanos néonatal. Des discussions détaillées ont également pris place sur la sécurité des vaccins, les calculs des niveaux de couverture nationale, l'établissement de plans d'action nationaux et la situation actuelle de la flambée de diphtérie au Paraguay. Comme dans les réunions antérieures, les directeurs nationaux de chaque laboratoire de diagnostic de la rougeole/rubéole ont pris part à la réunion et ont tenu une réunion de laboratoire simultanée.

Les pays ont fait état des progrès dans leurs programmes, la majorité d'entre eux atteignant des niveaux nationaux de couverture d'au moins 90% pour le DCT3, le VPO3 et le vaccin antirougeoleux, à l'exception de l'Argentine où la couverture se situe entre 85% et 90%. Seul le Brésil a fait état d'un cas confirmé de rougeole en 2001/2002 et ce cas unique était en fait une importation du Japon. Trois pays (Argentine, Brésil et Bolivie) ont fait état de cas confirmés de rougeole en 2000.

Les pays présents ont confirmé 733 cas de rubéole en 2002 et ont tous annoncé que les vaccins contre la rubéole ont été incorporés dans les programmes nationaux. Le Paraguay est sur le point d'entamer des stratégies de lutte contre la rubéole et a récemment ajouté la rougeole, les oreillons et la rubéole à son programme d'immunisation routinière. L'Argentine démarre également un plan pour des activités de lutte contre la rubéole. Le Chili et le Brésil ont mis en œuvre des activités à grande échelle de lutte accélérée contre la rubéole.

Pour la poliomyélite, seuls la Bolivie, le Chili et

l'Uruguay ont indiqué des taux de PFA de >1,0 pour 100 000 personnes âgées de moins de 15 ans. Le Paraguay, où la couverture avec le DCT3 a été de 80% environ au cours de la dernière décennie, a fait état de 41 cas confirmés de diphtérie en 2002 (voir *EPI Newsletter*, juin 2002).

Indicateurs de surveillance de la rougeole – 2002

Indicateurs	ARG	BOL	BRA	CHI	PAR	URU
% d'unités qui notifient hebdomadairement	99	0	89	90	84	57
% de cas soupçonnés avec investigation < 48 heures	70	100	60	67	81	100
% de cas avec un échantillon adéquat	96	97	63	90	100	100
% de cas avec un échantillon arrivant au laboratoire < 5 jours	76	78	53	76	57	100
% d'échantillons avec des résultats < 4 jours	76	83	81	94	100	100

Principales recommandations de la réunion

- Maintien des activités intensives de surveillance de fièvre/éruption cutanée et des niveaux élevés de couverture vaccinale en appliquant les stratégies de vaccination recommandées par l'OPS pour l'éradication de la rougeole, en particulier le contrôle rapide de la couverture au niveau local.
- Vaccination des adultes dans les groupes à haut risque tels que les agents de santé.
- Identification par chaque pays des municipalités dont la couverture est inférieure à 95% et établissement de plans d'action locaux pour améliorer la couverture locale.
- Accélération de l'intégration de la surveillance de la rubéole à celle de la rougeole et mise en œuvre de la surveillance du syndrome de la rubéole congénitale.
- Utilisation d'un vaccin antirubéolique dans toutes les campagnes contre la rougeole. L'utilisation du seul vaccin antirougeoleux représente une opportunité manquée pour la lutte contre la rubéole.
- Maintien et renforcement selon les besoins de la surveillance de la PFA et garantie d'une couverture élevée avec le VPO.
- Établissement par chaque pays d'un comité national pour l'interruption du poliovirus sauvage.
- Élaboration par chaque pays qui notifie des cas de tétanos néonatal de plans d'action pour confronter le problème.
- La sécurité des vaccins doit devenir une priorité dans chaque pays.
- Préparation et distribution par chaque programme national de documents sur la sécurité des vaccins et incorporation d'activités pour la sécurité des vaccins dans le plan d'action national.
- Maintien ou réactivation, selon les cas, par les pays des comités de coordination inter-agences (CCI) dans le but d'améliorer la coordination entre agences et de tirer parti des expériences et de l'expertise de chacune d'entre elles.

Indicateurs de surveillance de la PFA*

Pays	ARG	BOL	BRA	CHI	PAR	URU
% d'unités notifiant hebdomadairement	99	0	91	90	86	55
% de cas avec investigation < 48 heures	97	95	98	90	67	100
% de cas avec un échantillon adéquat de selles	66	74	74	77	62	100
Taux de PFA chez les personnes < 15 ans	0,99	1,27	0,72	1,3	0,90	1,38

* Dernières 52 semaines (35/2001 à 34/2002)

Cas notifiés de maladies sélectionnées

Nombre de cas notifiés de rougeole, poliomyélite, tétanos, diphtérie et coqueluche à partir du 1er janvier 2002 jusqu'au dernier rapport et période épidémiologique similaire en 2001, par pays.

Pays	Date du dernier rapport	Rougeole				Polio		Tétanos				Diphtérie		Coqueluche	
		Confirmé 2002			Confirmé 2001*	2002	2001	Non Néonatal		Néonatal		2002	2001	2002	2001
		Labo-ratoire	Clinique-ment	Total				2002	2001	2002	2001				
Bolivie	29-Jun	0	0	0	0	0	0	17	12	1	3	4	2	48	27
Colombie	29-Jun	72	4	76***	1	0	0	...	...	...	...	...	0	...	...
Équateur	29-Jun	0	0	0	2	0	0	0	1	6	5	2	1	237	211
Pérou	29-Jun	0	0	0	0	0	0	3	19	0	5	0	0	0	4
Venezuela	29-Jun	2306	0	2306	8	0	0	1	1	0	0	0	0	5	4
Brésil	29-Jun	0	0	0	1***	0	0	...	129	...	17	...	10	...	657
Costa Rica	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...	...
El Salvador	29-Jun	0	0	0	2***	0	0	...	...	...	...	...	0	...	...
Guatemala	29-Jun	0	0	0	0	0	0	3	7	2	5	0	0	26	154
Honduras	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...	...
Nicaragua	29-Jun	0	0	0	0	0	0	2	9	1	1	0	0	46	35
Panama	29-Jun	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	49	0
Anguilla	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermudes	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I. vierges britanniques	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iles Caïman	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane française	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenade	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Jamaïque	29-Jun	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0
Martinique	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Montserrat	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Antilles néerlandaises	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
St-Vincent-et-Grenadines	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St-Kitts-et-Nevis	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ste-Lucie	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Suriname	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1
Trinité-et-Tobago	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I. Turques et Caïques	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rep. Dominicaine	29-Jun	0	0	0	113	0	0	28	14	0	0	8	28	3	18
Haïti	29-Jun	0	0	0	102	0	0	...	...	32	33	6	4	15	14
Mexique	29-Jun	0	0	0	3***	0	0	...	...	...	...	...	0	...	...
Canada	29-Jun	5	0	5***	24***	0	0	...	3	...	0	...	1	...	1056
Porto Rico	29-Jun	9	0	9***	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	29-Jun	0	0	0	79***	0	0	6	22	...	...	0	1	2,884	2506
Argentine	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	5	...	0	...	0	...	73
Chili	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	5	...	0	...	0	...	709
Paraguay	29-Jun	0	0	0	0	0	0	7	11	4	6	28	0	10	21
Uruguay	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	1	...	0	...	0	...	6
TOTAL		2,392	4	2396	335	0	0	70	245	49	76	48	47	3,326	5,496

... données non disponibles
 — les cas confirmés cliniquement ne sont pas notifiés
 * cas confirmés par laboratoire et cliniquement
 ** poliovirus type 1 dérivé du vaccin
 *** dû à une importation
 na - non applicable
 Mis à jour: 18 septembre 2002

Objectifs en matière d'immunisation dans le cadre du développement durable et de la réduction de la pauvreté dans le monde

Lors de l'Assemblée du Millénaire de l'an 2000, les États Membres des Nations Unies ont réaffirmé leur engagement envers le développement durable et la réduction de la pauvreté en définissant huit objectifs et buts mesurables. L'objectif No. 4 consistant à réduire la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015 comporte trois indicateurs, dont l'un est la proportion des enfants âgés d'un an vaccinés contre la rougeole. Le 25 juillet 2002, lors d'un témoignage devant le Sous-Comité sur la politique monétaire et le commerce internationaux du Comité de la Chambre des représentants sur les services financiers, le Département du Trésor des États-Unis a annoncé qu'il évaluerait l'efficacité de l'aide internationale par rapport aux progrès accomplis en termes d'achèvement de la scolarité, des taux d'immunisation contre la rougeole et des frais de démarrage des entreprises. L'objectif en santé cherche à accroître la couverture vaccinale antirougeoleuse parmi les pays éligibles à l'assistance de l'Association internationale pour le développement (IDA), ainsi qu'à accroître le nombre de pays ayant un taux de couverture vaccinale de 80%. (<http://www.who.int/mdg/goals/en> et <http://www.ustreas.gov/press/releases/po3288.htm>).

Le consensus sur le rôle clé joué par l'immunisation offre une opportunité unique pour maintenir et étendre la portée des programmes d'immunisation dans les Amériques et pour qu'elle demeure une composante essentielle des initiatives visant à assurer la survie de l'enfance. Toutefois, ce rôle clé exige le maintien et/ou le renforcement des institutions qui ont appuyé l'introduction de programmes efficaces d'immunisation et de surveillance, ainsi que l'encadrement efficace des autorités sanitaires nationales pour assurer la performance optimale des programmes d'immunisation à tous les niveaux du système de santé d'un pays.

Dans le contexte du rôle essentiel que joue maintenant la santé pour atteindre les objectifs de réduction de la pauvreté

et de croissance durable, l'équité dans l'immunisation est devenue un thème prépondérant du programme de coopération technique de l'OPS dans ce domaine. L'équité signifie la réalisation d'une couverture vaccinale de qualité uniforme dans toutes les municipalités des pays ciblés, ainsi que la mise en place d'un environnement politique et technique permettant aux Amériques de bénéficier de vaccins supplémentaires nouveaux ou sous-utilisés qui sont essentiels pour la santé publique. En tant que tel, l'objectif de l'OPS est d'aider les pays à traduire le concept d'équité en des interventions faisables et mesurables qui réduiront effectivement les disparités dans un environnement politique changé et qui veilleront à ce que les enfants et les femmes en âge de procréer soient protégés contre d'autres maladies évitables par une vaccination de qualité.

Les objectifs de développement pour le millénaire

- **Objectif 1** Réduire l'extrême pauvreté et la faim.
- **Objectif 2** Assurer l'éducation primaire pour tous.
- **Objectif 3** Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
- **Objectif 4** Réduire la mortalité infantile.
- **Objectif 5** Améliorer la santé maternelle.
- **Objectif 6** Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.
- **Objectif 7** Assurer un développement écologiquement viable.
- **Objectif 8** Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Le Bulletin informatif du PEV est publié tous les deux mois, en espagnol et en anglais, par la Division des vaccins et de la vaccination (HVP) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la région est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce *Bulletin* ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

Éditeur: Ciro de Quadros
Éditeur-adjoint: Mónica Brana
Traduction: Béatrice Carpano

ISSN 0251-4729



Organisation panaméricaine de la Santé

Bureau sanitaire panaméricain
Bureau régional de
l'Organisation mondiale de la Santé

Division des vaccins et de la vaccination

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, USA
<http://www.paho.org>