



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXV, Numéro 5

Protégez vos enfants par la vaccination

Octobre 2003

Soutien aux programmes d'immunisation – Élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale

Antécédents

Des percées importantes dans la lutte contre les maladies infectieuses évitables par la vaccination ont eu lieu au cours des 25 dernières années. L'impact démontré des programmes d'immunisation aux Amériques a placé la vaccination au centre du programme mondial pour une croissance économique durable et la réduction de la pauvreté. La Région n'a pas connu de transmission autochtone de la rougeole depuis novembre 2002. Des progrès ont été enregistrés quant à la réalisation de l'objectif d'une immunisation de qualité supérieure et uniforme dans toutes les municipalités.

Dans le même temps, dû aux ralentissements économiques ainsi qu'à la gestion inégale de la réforme de la santé et des processus de décentralisation, l'allocation des ressources fluctue, ce qui met en danger l'exécution des programmes nationaux d'immunisation et pourrait ouvrir la voie à des coûts plus élevés en cas de flambée d'une maladie évitable par la vaccination. Le développement par certains États Membres d'un sentiment d'autosatisfaction en raison de l'absence de circulation de certaines maladies évitables par la vaccination constitue un autre défi clé.

Résolution CD44.R1 de l'OPS

Le 44^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé s'est tenu à Washington, D.C., du 22 au 26 septembre 2003 et a adopté la résolution suivante:

LE 44^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant analysé le rapport d'activité du Directeur concernant le soutien aux programmes d'immunisation (document CD44/11);

Reconnaissant que les importantes percées réalisées dans le domaine de la lutte contre les maladies qui peuvent être évitées par des vaccins pour protéger les enfants de la Région ont été rendues possible grâce à l'étroit partenariat établi entre les États Membres et la communauté internationale;

Notant avec fierté les efforts collectifs soutenus déployés par les États Membres pour interrompre la transmission de la rougeole autochtone dans le Continent américain;

Considérant les progrès remarquables et les expériences acquises par les États Membres en matière de contrôle accéléré de la rubéole et d'initiatives de prévention du syndrome de rubéole congénitale (SRC) qui visent à parvenir à une réduction rapide des cas de rubéole et d'enfants nés avec le SRC;

Prenant note du fort esprit de solidarité et de panaméricanisme qui a marqué la mise en oeuvre de la première *Semaine de vaccination* dans les Amériques, laquelle s'est focalisée sur les services d'immunisation dispensés dans les régions à haut risque et mal desservies;

Préoccupée par les fluctuations relevées dans l'allocation de ressources aux budgets publics pour ces activités au niveau national, en raison essentiellement du ralentissement de l'économie, et consciente des impacts négatifs éventuels de certains processus de réforme du secteur de la santé et de décentralisation qui menacent la mise en oeuvre des programmes nationaux d'immunisation, notamment les activités de surveillance des maladies,

DÉCIDE:

1. D'exhorter les États Membres à:

- a) encourager l'introduction dans le budget national d'une rubrique spécifique consacrée à l'immunisation ainsi que l'allocation opportune de ressources financières pour les vaccins, le matériel et les frais de fonctionnement;
- b) informer les ministères des finances et les principaux responsables des décisions budgétaires des avantages de l'appui aux programmes d'immunisation, et des risques découlant de poches de faible couverture d'immunisation;
- c) mettre en oeuvre des politiques de réforme du secteur de la santé et de décentralisation qui maintiennent les progrès réalisés en matière d'immunisation;
- d) accorder leur appui à l'organisation chaque année dans le Continent américain, d'une *Semaine de la vaccination*, laquelle aurait lieu en avril et viserait les groupes de population à haut risque et les secteurs mal desservis;
- e) maintenir la Région libre de la rougeole autochtone grâce à

Dans ce numéro:

Soutien aux programmes d'immunisation – Élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale	1
Réunions sous-régionales des Andes et du Cône Sud sur les maladies évitables par la vaccination, 1-3 septembre 2003	2

Réunion mondiale pour la réduction durable de la mortalité par la rougeole et le renforcement des systèmes de vaccination	6
Transport de vaccins dans des glacières et des thermos	7
Déclaration du Cap sur la rougeole, 17 octobre 2003	8

- une couverture étendue (>95%) de vaccination anti-rougeole par municipalité ou district, et des campagnes de suivi de vaccination anti-rougeole au moins tous les quatre ans, une surveillance opportune, une enquête et le contrôle des poussées de cette maladie;
- f) maintenir une couverture élevée ($\geq 95\%$) et homogène de vaccination par municipalité pour tous les antigènes;
 - g) éliminer la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale (SRC) de leurs pays d'ici 2010; pour atteindre cet objectif, ils sont priés d'élaborer, dans un délai d'un an, des plans nationaux d'action à cette fin.
2. De demander au Directeur:
- a) de mettre au point un plan régional d'action et de mobiliser les ressources en appui à la réalisation de l'objectif d'élimination de la rubéole et du SRC d'ici 2010;
 - b) de continuer à œuvrer en faveur d'une mobilisation active des ressources nationales et internationales pour soutenir et élargir les investissements effectués dans les programmes d'immunisation par les États Membres;
 - c) de promouvoir une action conjointe par le Fonds monétaire international, la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement et les États Membres, ainsi que les ministères de la santé et des finances, pour établir une provision dans les budgets publics qui assure une affectation ininterrompue de fonds aux programmes nationaux d'immunisation;
 - d) d'encourager l'organisation chaque année de la *Semaine de la vaccination* en vue d'améliorer l'équité dans le domaine de l'immunisation.

Réunions sous-régionales des Andes et du Cône Sud sur les maladies évitables par la vaccination, 1-3 septembre 2003

La XIII^e réunion des pays de la région des Andes et la XVII^e réunion des pays du Cône Sud sur les maladies évitables par la vaccination se sont tenues conjointement à Lima, au Pérou, du 1^{er} au 3 septembre 2003. Depuis deux décennies, l'OPS apporte son appui à ces réunions sous-régionales pour évaluer les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. Le présent article résume le rapport final et les recommandations concernant les thèmes suivants: élimination de la rougeole, indicateurs de laboratoire pour le diagnostic de la rougeole, innocuité de l'immunisation, élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et surveillance de la paralysie flasque aiguë.

La rougeole aux Amériques

La transmission autochtone de la rougeole est présentement interrompue dans tous les pays du continent. En 2002, 2583 cas ont été confirmés dans la Région, pour la plupart lors d'une flambée au Venezuela (n=2392 cas) et en Colombie (n=139 cas). Le dernier cas confirmé de cette flambée s'est produit au Venezuela au cours de la 47^e semaine épidémiologique (S.E.) de 2002 et la souche virale isolée était le D9, importé d'Allemagne. Depuis lors, aucune circulation autochtone de rougeole n'a eu lieu dans la Région. En 2003, jusqu'à la 34^e S.E., quatre pays de la Région ont rapporté des cas confirmés de rougeole: le Mexique (40), les États-Unis (34), le Canada (12) et le Chili (1). Tous ces cas étaient dus à des souches importées.

Vaccination antirougeoleuse dans les sous régions des Andes et du Cône Sud

Tous les pays des sous régions des Andes et du Cône Sud utilisent actuellement le vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) dans leurs programmes de vaccination de routine. En 2002, tous les pays andins et du Cône Sud ont atteint une couverture de plus de 90% avec le vaccin contenant la rougeole (VCR), à l'exception du Paraguay, de l'Équateur et du Venezuela (tableau 1). Au premier semestre de 2003, le Venezuela a atteint une couverture de 100%.

En 2002, le pourcentage dans chaque pays des municipalités où la couverture avec le VCR était de $\leq 95\%$ parmi les enfants d'un an était préoccupant. Il variait de 19% en Équateur

à 64% en Bolivie; l'Uruguay a atteint une couverture de 94% (tableau 2). Un taux faible de couverture pose un risque grave de transmission généralisée dans l'hypothèse d'un cas importé.

Après estimation du nombre de cas susceptibles, la majorité des pays ont programmé leurs campagnes de suivi pour 2005 et 2006 et le Brésil pour 2004 (tableau 3).

Tous les pays ont pratiqué le suivi rapide de la couverture (SRC) lors de la Semaine de vaccination des Amériques (SVA) du mois de juin. Toutefois, la plupart des pays n'ont pas encore rendu obligatoire cette activité de supervision de routine.

Surveillance épidémiologique

Les pays andins et du Cône Sud ont intégré la surveillance de la rougeole et de la rubéole. Tous les efforts visent à garantir une investigation rapide et appropriée des cas présumés et le dépistage actif. Une baisse du nombre de cas présumés de rougeole rapportés a toutefois été observée.

Les indicateurs de surveillance montrent que tous les pays ont atteint l'objectif concernant la proportion de cas avec un échantillon adéquat. Tous les pays, à l'exception du Venezuela, ont atteint l'objectif de proportion d'échantillons avec un résultat en ≤ 4 jours (tableau 4). Cependant, plusieurs pays n'ont pas atteint l'objectif de 80% pour les trois indicateurs suivants: (1) proportion d'unités faisant leur rapport hebdomadaire (Uruguay et Bolivie); (2) proportion des cas présumés ayant fait l'objet d'une investigation dans les ≤ 48 heures (Argentine, Chili, Paraguay, Colombie et Équateur); et (3) proportion de cas avec échantillons atteignant le laboratoire dans les ≤ 5 jours (Brésil, Paraguay, Colombie, Pérou et Venezuela).

Recommandations

Le dernier cas confirmé de rougeole autochtone s'est produit il y a environ un an. Toutefois, l'éventualité d'une importation de cas demeure une menace constante car la circulation du virus n'est pas encore interrompue sur d'autres continents. Par conséquent, les activités suivantes sont essentielles pour empêcher sa réintroduction et/ou la reprise de la circulation autochtone dans la Région:

- Les pays doivent maintenir des taux de couverture vaccinale de routine uniformément élevés ($\geq 95\%$) dans les services de santé.

Tableau 1. Couverture vaccinale dans les sous-régions des Andes et du Cône sud - 2002

PAYS	VPO3	DTC3	ROUGEOLE	BCG
ARGENTINE	93,7	92,5	95	100
BRÉSIL*	97	96	93,2	100
CHILI	95,8	95,4	95,6	94,2
PARAGUAY	87	87	86	83
URUGUAY	93	93	93	99
BOLIVIE	100	98	100	100
COLOMBIE	82,8	80,4	93,3	87,2
ÉQUATEUR	90	89	80	100
PÉROU	94,5	94,8	95,2	92,1
VENEZUELA	77	63	78	90

* Au Brésil, couverture FJ=98,4%, Hib=90,1% et HepB=88,8%

- Des campagnes de suivi nationales ponctuelles doivent être menées après analyse du nombre de cas susceptibles.
- La surveillance épidémiologique locale doit être améliorée en renforçant les activités de dépistage actif pour permettre l'identification et l'investigation ponctuelles des cas présumés.
- Les pays doivent identifier les municipalités à risque élevé, en tenant compte de certains paramètres telles qu'une couverture <95%, la présence de populations autochtones et migrantes, les zones frontalières, les zones difficiles d'accès et les zones à densité de population élevée ou touristiques.
- Le SRC doit devenir une activité de supervision régulière et cibler les municipalités épidémiologiquement silencieuses et à risque élevé.
- La qualité des systèmes d'information et des données doit être améliorée à tous les niveaux.
- Les populations à risque doivent être vaccinées, y compris les agents de santé, les personnes travaillant dans le secteur du tourisme, les enseignants, le personnel militaire dans les casernes et les détenus dans les prisons.
- Les pays doivent garantir une livraison régulière et ponctuelle des vaccins et autres fournitures, ce qui facilitera le déroulement des activités de vaccination.
- La supervision et le suivi doivent être renforcés à tous les niveaux, en accordant la priorité aux municipalités à risque élevé.
- Les pays doivent mettre en place une stratégie soutenue d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour renforcer le PEV de routine.
- Les pays doivent promouvoir la coordination accrue des activités transfrontalières.
- Le personnel opérationnel doit être mis au courant de activités de surveillance, des normes de vaccination et des procédures.
- Les pays doivent maintenir un système de surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole.

Indicateurs de laboratoire pour le diagnostic de la rougeole

En 2003 (à compter de la 33^e S.E.), tous les pays de la Région ont rapporté, par rapport à la même période en 2002, une proportion accrue de cas présumés avec échantillon adéquat et de réponses ponctuelles du laboratoire. La Colombie et

Tableau 2. Nombre et pourcentage de municipalités par taux de couverture avec le VCR parmi les enfants âgés d'un an – 2002

PAYS	Couverture < 95%		Couverture ≥ 95%	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
ARGENTINE	273	49	282	51
BRÉSIL	3057	55	2503	45
CHILI	158	46,3	183	53,7
PARAGUAY	167	72	63	28
URUGUAY	16	6	253	94
BOLIVIE	113	36	201	64
COLOMBIE	732	65,7	383	34,3
ÉQUATEUR	135	81	32	19
PÉROU	944	51,6	884	48,4
VENEZUELA	209	57,3	156	42,7

le Venezuela, où des valeurs légèrement inférieures ont été communiquées en 2003, sont les deux exceptions.

La faible proportion d'échantillons atteignant le laboratoire dans les 5 jours suivant le prélèvement constitue un problème récurrent dans l'ensemble de l'Amérique latine. Cette proportion a varié de 56% (Pérou) à 100% (Uruguay) au cours des S.E. 1 à 33 de 2003 (tableau 4). Sur les dix pays des sous régions des Andes et du Cône Sud, cinq ont atteint un taux ≥80% pour cet indicateur.

Recommandations

- L'indicateur pour les échantillons atteignant le laboratoire doit servir d'étalon pour mesurer la qualité du système de surveillance dans chaque pays car il est directement lié à l'efficacité du système de surveillance et non à la performance du laboratoire.
- Les laboratoires doivent continuer à participer aux programmes de contrôle extérieur de la qualité des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) d'Atlanta; il est proposé d'envoyer un jeu de cinq échantillons une fois par an à chaque laboratoire. L'analyse des résultats du contrôle extérieur de qualité permettra de hiérarchiser les besoins en formation et supervision des laboratoires.
- Les pays doivent continuer à prélever des échantillons pour isolation virale (urine, prélèvement rhino-pharyngé) au cours de toutes les flambées de maladies à éruption fébrile, sur tous les cas cliniques fortement présumés de rougeole et/ou de rubéole et sur les cas positifs pour les IgM.
- Les cas positifs pour les IgM de la rougeole doivent faire l'objet d'un examen épidémiologique approfondi; dans les cas où le diagnostic est incertain, un deuxième échantillon de sérum doit être prélevé deux ou trois semaines après le premier. Ces échantillons (premier et deuxième) doivent être testés pour les anticorps IgM et IgG de la rougeole. Ils peuvent également être testés dans les laboratoires du réseau pour d'autres infections virales. Tous les cas doivent être documentés et présentés à la réunion ultérieure du Groupe consultatif technique (GCT).
- Les pays doivent encourager la formation de groupes *ad hoc* pour documenter les cas positifs pour les IgM de la rougeole; ces informations seront rassemblées par le système de surveillance de chaque pays pour présentation lors de la réunion du GCT.
- L'OPS doit continuer de fournir des kits de réactifs pour la rougeole et la rubéole au réseau régional de laboratoires.

Tableau 3. Campagnes de vaccination de suivi

PAYS	Année de la dernière campagne de masse	Couverture (%)	Prochaine campagne
ARGENTINE	2002	87	2005
BRÉSIL	2000	100	2004
CHILI	2001	100	2005
PARAGUAY	2003	93	2006
URUGUAY	2003	95	2007
BOLIVIE	2003	95	2007
COLOMBIE	2002	94.5	2006
ÉQUATEUR	2002	100	2006
PÉROU	2001	97	2005
VENEZUELA	2001	98	2005

- Le réseau de laboratoires doit recueillir et disséminer les connaissances scientifiques pertinentes concernant la possibilité d'obtenir un autre test de laboratoire pour rechercher les IgM de la rougeole afin d'optimiser le diagnostic en laboratoire des cas sporadiques positifs pour les IgM de la rougeole.
- Le processus d'accréditation des laboratoires spécialisés dans l'étude de la rougeole doit comporter une évaluation initiale de leur situation pour identifier les besoins de soutien et de formation.

Innocuité de l'immunisation

Dans de nombreux pays des sous régions des Andes et du Cône Sud, la couverture vaccinale pour plusieurs antigènes, le ROR en particulier, a atteint un taux $\geq 90\%$ et certains pays ont introduit de nouveaux vaccins dans leur programme. Tout en étant très bien acceptés, ces programmes courent toujours le risque de perdre une confiance bien méritée si des effets secondaires associés aux vaccins et à l'immunisation (ESAVI) ne sont pas traités comme il se doit. Par conséquent, outre le renforcement de la couverture vaccinale, les programmes doivent s'efforcer d'améliorer la gestion et de développer des systèmes de suivi des ESAVI. Le contrôle de la mise en œuvre et de l'intégration d'activités visant à assurer l'innocuité de l'immunisation et à suivre les ESAVI relève de la responsabilité partagée du programme d'immunisation, de l'autorité nationale de régulation, du laboratoire de contrôle de la qualité et de tous les agents de santé. Afin d'assurer une coordination efficace, les professionnels des pays doivent être formés aux aspects de gestion ainsi qu'aux aspects techniques pour qu'ils puissent mener des investigations rapides, complètes et informatives pour le public concerné. Leurs compétences en matière d'activités de plaidoyer doivent être développées pour les aider à obtenir l'appui politique nécessaire afin d'assurer l'innocuité des vaccins.

Recommandations

- Les efforts de plaidoyer doivent continuer dans les pays pour promouvoir l'innocuité de l'immunisation.
- Chaque pays doit formuler et exécuter un plan d'action pour promouvoir l'innocuité de l'immunisation, allouant des ressources suffisantes pour garantir un stock approprié de vaccins, seringues, boîtes de sécurité et matériel servant à éliminer les fournitures utilisées lors de la vaccination.
- Les progrès concernant l'innocuité de l'immunisation doivent être suivis à l'aide des indicateurs suivants:

Tableau 4. Indicateurs de surveillance de la rougeole – 2003*

CRITÈRE	ARG	BRA	CHI	PAR	URU	BOL	COL	ECU	PER	VEN
% d'unités notifiant hebdomadairement	94	83	95	88	17	N/D	88	85	99	80
% de cas soupçonnés faisant l'objet d'une investigation ≤ 48 heures	40	81	63	61	100	100	51	42	100	96
% de cas avec un échantillon adéquat	94	80	100	100	100	100	95	99	98	99
% de cas avec un échantillon atteignant le laboratoire ≤ 5 jours	80	65	86	79	100	80	69	89	56	60
% d'échantillons avec résultat ≤ 4 jours	82	82	98	100	100	80	80	91	88	70

* Jusqu'à la S.E. 35 - A/D: aucune donnée
Note: pourcentage acceptable = $\geq 80\%$ pour chaque indicateur

- % de cas d'ESAVI ayant fait l'objet d'une investigation dans les premières 24 heures (objectif $\geq 80\%$);
- % des investigations conclues (objectif $\geq 80\%$);
- Taux de cas d'ESAVI signalées pendant les campagnes (pour décider quelles manifestations sont à suivre);
- % de cas d'ESAVI signalées suite à la surveillance hospitalière;
- % de cas d'ESAVI classées comme erreurs programmatiques.
- Tous les pays doivent élaborer et appliquer des systèmes pour suivre les ESAVI, mener à bien l'investigation des manifestations sévères et des grappes de manifestations et partager l'information avec les pays de la Région.
- Des activités de formation doivent être menées pour tous les agents de santé. La formation doit comporter l'élaboration et la dissémination de matériel à tous les niveaux du système de santé pour assurer une connaissance uniforme des directives portant sur la prévention, la détection et l'évaluation des ESAVI.
- Une formation pour promouvoir des pratiques d'innocuité de l'immunisation—en particulier, pour modifier les comportements tel que le recapuchonnage des aiguilles préalablement utilisées—doit être fournie.
- Des efforts doivent être poursuivis pour forger des partenariats avec les médias et mettre un plan en place pour traiter les ESAVI.
- Les évaluations du programme d'immunisation doivent inclure un volet sur l'innocuité de l'immunisation.

Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

Depuis l'introduction du vaccin antirubéoleux dans la Région et la mise en œuvre de la stratégie du contrôle accéléré de la rubéole et de la prévention du syndrome de rubéole congénitale (SRC), la circulation du virus de la rubéole a diminué. Quarante-deux des 44 pays et territoires du continent incluent actuellement le vaccin antirubéoleux dans leur programme national de vaccination. Tous les pays des sous régions des Andes et du Cône Sud incluent le vaccin ROR dans leur programme national et le vaccin RR lors des campagnes de suivi pour maintenir l'élimination de la rougeole.

La raison principale de l'adoption de la stratégie de vaccination accélérée contre la rubéole est la réduction du temps

nécessaire pour interrompre sa circulation et éviter le SRC. Avec le vaccin antirubéoleux seul, il faudrait plus de 20 ans pour accomplir ce qui a déjà été réalisé dans des pays comme l'Uruguay. Selon les données envoyées par les pays, des cohortes considérables de femmes en âge de procréer sont susceptibles de contracter la rubéole.

Les activités de vaccination ciblant les adultes produisent des renseignements essentiels pour développer des stratégies de vaccination réussies et durables dans ce groupe d'âge—des stratégies qui permettront à la couverture vaccinale d'atteindre des taux $\geq 90\%$. Le Brésil et le Chili ont mené des campagnes de vaccination de masse ciblant les femmes adultes pour accélérer la prévention du SRC. De même, l'Équateur a entrepris la première phase de sa stratégie en vaccinant les enfants des deux sexes âgés de < 15 ans.

Le SRC est désormais reconnu comme un grave problème de santé publique. Cependant, les renseignements limités obtenus grâce à la surveillance épidémiologique ne donnent qu'une image partielle du fardeau réel de cette condition et de la réussite des initiatives pour la combattre. Le Pérou a mené des études ayant démontré que le SRC est un problème de santé publique et que 12,8% des femmes y sont prédisposées; le pays a commencé cette année la vaccination avec le ROR.

Un nombre limité de cas de rubéole sont confirmés par laboratoire et un nombre encore plus restreint d'échantillons viraux sont envoyés pour typage moléculaire. Cette situation peut s'expliquer en partie par une coordination et une communication inadéquates entre cliniciens, épidémiologistes et personnel de laboratoire. Il est néanmoins essentiel d'isoler le virus pour identifier les génotypes et évaluer la stratégie pour la phase de post-élimination.

Par ailleurs, les données présentées indiquent la nécessité d'un travail supplémentaire pour suivre les femmes enceintes qui ont contracté la rubéole.

Recommandations

- Une fois établi l'objectif d'éliminer la rubéole et le SRC, chaque pays doit préparer un plan d'action pour leur élimination et, si la mise en œuvre globale immédiate du plan n'est pas possible, il faudra procéder par phases, en vaccinant toujours les deux sexes.
- Les programmes doivent planifier avec soin pour garantir la ponctualité de l'approvisionnement en vaccins requis pour les campagnes de vaccination des adultes.
- Les pays doivent poursuivre leurs efforts pour appliquer des stratégies de vaccination destinées à réduire le nombre de personnes prédisposées à la rubéole et à améliorer la surveillance en prévision des défis majeurs posés par l'élimination de la rubéole et du SRC, parmi lesquels:
 1. La surveillance de la rubéole doit être entièrement intégrée à la surveillance de la rougeole; cela permettra aux pays qui commencent seulement à appliquer la stratégie d'élimination de savoir où circule le virus et aux pays qui ont déjà appliqué la stratégie de détecter et confirmer chaque cas. Lors de flambées, les cinq premiers cas de chaque chaîne de transmission doivent être confirmés par laboratoire.
 2. Les stratégies de vaccination pour empêcher la circulation du

virus de la rubéole doivent continuer à être appliquées. Cela aboutira à une réduction du SRC grâce à une seule campagne de masse où hommes et femmes sont vaccinés. L'Équateur doit achever la deuxième phase de cette stratégie.

3. Les groupes d'âge à vacciner doivent être déterminés par l'épidémiologie de la rubéole dans le pays. Néanmoins, les groupes ciblés doivent inclure les garçons et les filles n'ayant pas été vaccinés au titre du programme de routine—à savoir, les enfants âgés de > 5 ans et les adultes des deux sexes. La limite d'âge supérieure doit se fonder sur les tendances établies de fertilité et la susceptibilité attendue.
4. Les pays doivent se livrer à des investigations et suivre toutes les femmes atteintes de rubéole lors de la grossesse et procéder à des évaluations périodiques approfondies de leurs nouveaux-nés.
- Les responsables des programmes doivent veiller à ce que tout sérum provenant de cas présumés de rougeole négatifs pour les anticorps IgM rougeoleux soient testés pour les anticorps IgM rubéoleux et vice-versa.
- Un effort approfondi doit être entrepris sur le plan de la logistique pour garantir la collecte d'échantillons pour isolation virale et s'assurer qu'ils sont adéquats et correctement expédiés.
- La surveillance du SRC doit être améliorée dans tous les pays de la Région par l'identification des hôpitaux utilisant le Système d'information périnatale (IAPA 2000) du Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) et l'Étude collective latino-américaine sur les malformations congénitale (ECLAMC) pour faciliter l'exécution de cette surveillance.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

Le Continent a été certifié exempt de poliomyélite en 1994, le dernier cas causé par le poliovirus sauvage s'étant produit en 1991, et il affronte maintenant la menace d'importations de poliovirus sauvage en provenance d'autres parties du monde et de flambées provoquées par le virus dérivé du vaccin Sabin, comme celles qui se sont produites en République dominicaine et en Haïti en 2000 et 2001.

Pour faire face à ces menaces, la Région a continué de garantir que les objectifs fixés par les indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) soient atteints. En 2002, la Région a obtenu un taux de PFA de 1,29 pour 100 000 enfants âgés de < 15 ans et des échantillons de selles adéquats ont été obtenus de 79% des cas de PFA rapportés; la couverture de la vaccination au moyen de 3 doses de VPO pour les enfants âgés de < 1 an a atteint 87% en 2002. Si ces résultats sont acceptables au niveau régional, les aspects suivants doivent néanmoins être améliorés:

- a. Chaque année, près de 6 millions d'enfants naissent dans des municipalités latino-américaines dont la couverture avec 3 doses de VPO est $< 95\%$ parmi les enfants < 1 an.
- b. Environ 20% des cas de PFA sont écartés sans prélèvement d'un échantillon de selles adéquat.
- c. Les cas correspondants à la poliomyélite représentent seulement 1 à 3% de tous les cas écartés sans prélèvement d'un échantillon adéquat.
- d. Pour les 52 dernières semaines (entre la 34^e S.E. de 2002 et la 33^e S.E. de 2003), le Brésil, la Colombie, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay n'ont pas atteint le taux de PFA d'au moins 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans; par ailleurs,

l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, la Colombie, le Paraguay et l'Uruguay ont prélevé des échantillons fécaux adéquats dans moins de 80% des cas.

Recommandations

- Les pays doivent suivre la recommandation du GCT du PEV faite l'année dernière (décembre 2002) à Washington, D.C.

Le GCT note qu'un nombre élevé de cas de PFA sont actuellement écartés sans faire l'objet d'une évaluation adéquate ou d'un prélèvement d'un échantillon de selles. Tous les pays de la Région doivent continuer à appliquer le système de classification recommandée des cas de PFA et établir un comité ou une commission d'experts de niveau national. Ce comité examinera soigneusement les cas non accompagnés

d'un échantillon de selles pour déterminer l'étiologie de la paralysie du cas.

- Chaque pays doit procéder à une analyse de risque quant à la circulation du poliovirus dérivé du vaccin ou du poliovirus sauvage importé. Cette analyse nécessitera une étude des zones du pays où les objectifs des indicateurs de surveillance de la PFA n'ont pas été atteints et où une proportion élevée d'enfants n'ont pas été vaccinés contre la poliomyélite.
- Les plans d'action des pays doivent comprendre les ressources nécessaires pour soutenir la qualité des investigations, des rapports et du suivi des cas de PFA. Ils doivent également inclure des ressources pour le travail des laboratoires de diagnostic.

Réunion mondiale pour la réduction durable de la mortalité par la rougeole et le renforcement des systèmes de vaccination 15-17 octobre 2003, Le Cap, Afrique du Sud

Les dirigeants internationaux de la santé se sont réunis dans la ville du Cap, sous le parrainage de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), pour proclamer leur engagement à réduire les décès dus à la rougeole et présenter des stratégies éprouvées visant à prévenir ces décès.

Malgré l'existence depuis plus de 40 ans d'un vaccin sans risque, très efficace et relativement bon marché, la rougeole tue environ 745 000 enfants chaque année—plus de la moitié d'entre eux en Afrique. De toutes les maladies évitables par la vaccination, la rougeole continue d'être une cause majeure de décès parmi les enfants et donne lieu à de graves complications telles que la cécité, l'encéphalite et la pneumonie. Elle constitue la cause principale de décès évitable par la vaccination parmi les enfants et est au cinquième rang des causes globales de décès parmi les enfants âgés de <5 ans.

L'augmentation de la vaccination antirougeoleuse est un facteur critique pour achever l'objectif établi en 2002 à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'enfance et consistant à réduire la mortalité due à la rougeole d'ici la fin de 2005 de 50 % par rapport au niveau de 1999. Elle est également un indicateur essentiel pour l'Objectif de développement pour le millénaire (ODM) consistant à réduire la mortalité des enfants de <5 ans de deux tiers d'ici 2015. Avec le lancement de la *Déclaration du Cap sur la rougeole* (voir page 8), les dirigeants mondiaux de la santé affirment leur engagement à atteindre cet objectif tangible de santé publique.

Stratégie de vaccination

En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution qui fait date, demandant aux pays de contribuer activement à la réalisation des objectifs de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'enfance

et de l'ODM dans les plus brefs délais. La résolution priait instamment les États membres d'appliquer intégralement la stratégie de vaccination recommandée par l'OMS/UNICEF pour la réduction durable de la mortalité par la rougeole et d'utiliser cette approche comme instrument pour renforcer les programmes nationaux.

La stratégie consiste en des taux élevés de couverture vaccinale systématique conjugués à des campagnes de vaccination de masse et elle s'est avérée extrêmement efficace. Les campagnes de vaccination antirougeoleuse ont pour but de vacciner tous les enfants de <15 ans. Des campagnes de suivi sont menées trois à quatre ans après les campagnes de masse initiales et ciblent tous les enfants de <5 ans nés après la dernière campagne de vaccination de masse. D'autres composantes essentielles de la stratégie comprennent l'établissement de réseaux de laboratoires et l'amélioration de la surveillance de la rougeole pour détecter les flambées et y répondre.

Expérience aux Amériques

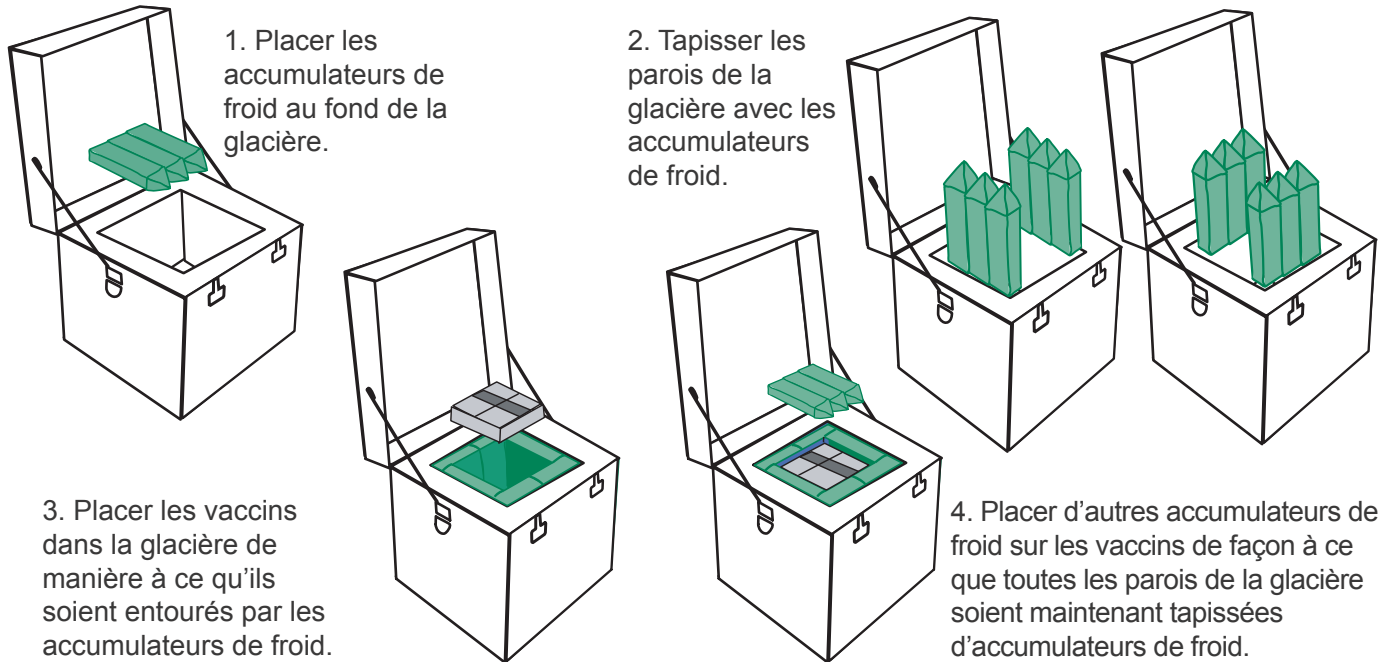
La vaccination systématique, les activités supplémentaires périodiques et le renforcement de la surveillance se sont avérés très probants en Amérique latine. Le nombre de décès dus à la rougeole a été réduit à zéro après les campagnes de vaccination des années 1990. Il n'y a pas eu de nouveaux cas de rougeole autochtone depuis bientôt un an (dernier cas en novembre 2002) et tous les cas qui ont suivi furent le résultat d'importations. Au vu du succès énorme de cette stratégie dans la Région des Amériques, la vaccination antirougeoleuse systématique en parallèle avec des campagnes de masse fait maintenant partie de la stratégie recommandée par l'OMS et l'UNICEF à tous les pays en développement.

Des représentants de Haïti, du Mexique et de l'Unité d'immunisation de l'OPS ont présenté les succès des Amériques relatifs à la réduction de la mortalité par la rougeole.



Transport de vaccins dans des glacières et des thermos

Au cours du transport de vaccins sur le terrain, les parois des glacières et des thermos doivent être entièrement recouvertes par des accumulateurs de froid. Voir les illustrations ci-dessous:



NOTE: Au court du transport, il faut faire extrêmement attention d'éviter le gel accidentel des vaccins sensibles à la température car les accumulateurs peuvent être très froids (-5°C. à -30°C.) quand ils sortent du congélateur. La procédure est la suivante:

- Laisser les accumulateurs de froid à température ambiante pendant quelques minutes jusqu'à ce que de l'eau, ou une « transpiration », apparaisse en surface. Ils sont maintenant à 0°C.
- Placer les accumulateurs de froid qui « transpirent » dans la glacière.
- Les vaccins peuvent maintenant être placés sans risque dans la glacière.

Vaccins viraux contre vaccins bactériens:

- Les vaccins viraux tels que RR, ROR, polio, fièvre jaune et tout autre vaccin lyophilisé peuvent être congelés ou conservés à des températures entre +2°C. et +8°C.
- Les vaccins bactériens tels que DTC, HepB (liquide), Hib (liquide) et TD doivent toujours être conservés à des températures entre +2°C. et +8°C.

Instructions pour l'emballage:

- 1.Placer dans la glacière un formulaire indiquant la température des vaccins, la date et l'heure d'emballage, le nombre de boîtes, le nombre d'accumulateurs de froid utilisés et portant la signature du responsable de l'emballage.
- 2.Placer à l'extérieur de la glacière une étiquette avec le nom et le numéro de téléphone de la personne recevant l'expédition (pour contact en cas d'urgence), la date et l'heure d'emballage et le calendrier de livraison.

Précautions de base pour le transport :

- 1.Éviter de placer la glacière à la lumière directe du

soleil. Si nécessaire, un chiffon mouillé peut être placé sur la glacière pour la garder fraîche.

- 2.Vérifier périodiquement la température des vaccins lors de déplacements de longue durée. Si nécessaire, remplacer les accumulateurs de froid par des nouveaux.
- 3.Ne pas laisser tomber la glacière afin d'éviter d'en endommager les parois et le contenu.
- 4.Lors de voyages aériens, il faut prendre des précautions particulières lors du transport de vaccins bactériens: voir Note ci-dessus.

Autres aspects essentiels:

- 1.Il est impératif de savoir pendant combien d'heures la glacière maintiendra une température adéquate après avoir été correctement emballée.
- 2.Dans les climats tropicaux, des glacières spéciales pouvant conserver les vaccins pendant 4 à 5 jours peuvent être nécessaires pour assurer que les vaccins arrivent à la bonne température.

Adapté de: Bulletin du PEV de l'OPS 1993; XV(1):6 et (2): 5; FUNASA. Manuel de la chaîne du froid, juin 2001:33-37.

L'Afrique applique actuellement les leçons tirées des Amériques pour réduire la mortalité par la rougeole.

Partenariats

La planification à long terme est cruciale pour atteindre les objectifs d'immunisation. Il faut donc assurer que les activités en matière de rougeole soient totalement intégrées aux autres objectifs de la santé nationale, qu'une surveillance de haute qualité soit mise sur pied, que les ressources humaines et financières nécessaires soient mobilisées et que la viabilité financière des activités de réduction de la mortalité par la rougeole soient programmées.

Un des objectifs de la réunion consistait à renforcer les partenariats en place et à mobiliser de nouveaux partenaires éventuels pour réduire la mortalité par la rougeole. Réduire la mortalité par la rougeole d'une manière durable constitue l'objectif de l'Initiative Rougeole, un vaste partenariat comprenant la Croix-Rouge américaine, les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC), la Fondation des NU, l'UNICEF, l'OMS, l'Agence canadienne de développement international (ACDI), les gouvernements, la société civile et le secteur privé. En 2001 et 2002, l'Initiative Rougeole a vacciné plus de 70 millions d'enfants dans 16 pays africains. De nombreux autres partenaires ont assisté à la réunion du Cap. Leur engagement constant sera essentiel à la réussite des efforts internationaux pour réduire la mortalité par la rougeole de 50% par rapport aux niveaux de 1999 d'ici 2005.

Conclusion

La réunion mondiale de l'OMS/UNICEF du Cap a incité les dirigeants mondiaux à intensifier leur engagement en faveur de l'interruption d'une des principales causes de mortalité infantile dans le monde. Les experts en santé internationale ont instamment prié les pays et les donateurs de prendre des actions immédiates et de garantir un appui politique et financier à cet effort mondial. Un tel engagement sera bien reçu dans la Région des Amériques dont les pays ont accompli des avancées cruciales en matière de contrôle de la rougeole et sont tout à fait conscients du risque d'importation de la rougeole dans la Région chaque fois que le virus rougeoleux circule dans d'autres régions du monde.

Déclaration du Cap sur la rougeole 17 octobre 2003

INQUIETS de constater que, selon les estimations, 875 000 enfants sont morts de la rougeole en 1999 et que la rougeole continue d'entraîner des centaines de milliers de décès d'enfants chaque année, notamment dans les pays en développement;

SOUIGNANT l'importance qu'il y a à atteindre les buts adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa session extraordinaire sur les enfants en 2002 et par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2003 en vue de réduire la mortalité occasionnée par la rougeole de 50% par rapport aux niveaux de 1999 d'ici la fin de 2005, ainsi que la cible de la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Organisation des Nations Unies consistant à réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de deux tiers d'ici 2015 par rapport aux niveaux de 1990;

RECONNAISSANT que les décès occasionnés par la rougeole sont principalement dus à l'absence de vaccination par les vaccins antirougeoleux existants, qui sont sûrs, efficaces et peu coûteux et à la mise en œuvre incomplète de stratégies dont l'efficacité a été prouvée;

NOTANT l'importance critique qu'il y a à continuer de renforcer les services de vaccination systématique, y compris en offrant une « seconde chance » d'immunisation antirougeoleuse, comme base d'une stratégie complète visant à réduire la mortalité occasionnée par la rougeole de façon durable, et notant également le rôle essentiel de la surveillance dans le suivi et l'orientation des efforts de lutte contre la rougeole;

SOUIGNANT l'importance de l'élaboration de plans de vaccination sur plusieurs années, de la pleine intégration des activités visant à réduire la mortalité occasionnée par la rougeole et des autres objectifs sanitaires nationaux, de la mobilisation des ressources humaines et financières nécessaires pour une réduction durable de la mortalité occasionnée par la rougeole;

SALUANT les progrès remarquables accomplis par la Région des Amériques, qui a interrompu la circulation du virus rougeoleux et les efforts en cours en Afrique, avec l'appui résolu de l'Initiative Rougeole en vue de réduire la mortalité occasionnée par la rougeole;

Les participants à la réunion mondiale pour une réduction durable de la mortalité occasionnée par la rougeole et le renforcement des systèmes de vaccination déclarent leur intention de:

SOUTENIR le plan stratégique mondial OMS/UNICEF 2001-2005 pour la réduction de la mortalité occasionnée par la rougeole et l'élimination régionale, y compris les efforts visant à renforcer la couverture de vaccination systématique à au moins 90% dans tous les pays, tout en offrant à tous les enfants une « seconde chance » d'immunisation antirougeoleuse, soit par le calendrier de vaccination systématique, soit dans le cadre des activités périodiques de vaccination supplémentaire;

TRAVAILLER ENSEMBLE afin d'identifier les ressources financières et humaines permettant de renforcer les systèmes de vaccination et de santé et réduire ainsi les décès dus la rougeole dans le monde entier;

PRÉCONISER pour renforcer les systèmes de vaccination et réduire encore la mortalité occasionnée par la rougeole en fonction des atouts de chaque partenaire.

Le *Bulletin informatif du PEV* est publié tous les deux mois, en espagnol, anglais et français par l'Unité d'immunisation 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



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

ISSN 0251-4729.

Éditeur: Jon Andrus
Éditeur-adjoint: Béatrice Carpano et Kathryn Kohler

Unité d'immunisation
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org>