

# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XL Numéro 4

Protégez votre Famille par la Vaccination

Décembre 2018



## L'introduction du VPC13 chez les enfants de moins de 1 an fait l'objet de débats lors d'une réunion scientifique en Haïti

Avec le concours de l'Alliance GAVI, Haïti a introduit le 29 octobre 2018 le vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent (VPC13) chez les enfants âgés de moins de 1 an. En date de décembre 2018, 36 pays de la Région, y compris Haïti, ont incorporé un des deux vaccins antipneumococciques, soit le VPC10 ou le VPC13, dans leur Programme élargi de vaccination (PEV).

Le 23 octobre 2018, une réunion scientifique s'est déroulée à Port-au-Prince dans le cadre des accords de coopération



Réunion entre l'OPS et le PEV d'Haïti à l'intention des agents de santé concernant l'introduction du VPC13 en Haïti, octobre 2018. Crédit: OPS.

technique intervenus entre l'OPS et le ministère de la Santé d'Haïti pour l'introduction du VPC13. Celle-ci a bénéficié de la participation de professionnels des services de santé, d'universités et de sociétés à caractère scientifique. Des administrateurs des bureaux de l'OPS à Washington et au Guyana, du ministère de la Santé/PEV d'Haïti et des Centres pour la lutte et la prévention des maladies des États-Unis (CDC) ont présenté la situation du PEV dans la Région et en Haïti ainsi que des informations sur l'épidémiologie, le cadre clinique et les vaccins antipneumococciques. De même, les participants ont pris connaissance des résultats de certaines études comme la révision systématique de l'impact et de l'efficacité du vaccin antipneumococcique en Amérique latine et dans les Caraïbes et les enseignements tirés de l'introduction du VPC, notamment au Guyana.

Durant la réunion, l'utilisation du VPC a fait l'objet de nombreuses discussions, principalement en rapport avec le calendrier vaccinal adapté au pays. Plusieurs professionnels ont recommandé qu'Haïti utilise le calendrier 2+1. Toutefois, devant les sociétés scientifiques présentes à la réunion, il a été réitéré que le calendrier 3+0 est le meilleur à l'heure actuelle pour le pays en raison du taux élevé de mortalité chez les enfants de moins de 1 an. Des participants ont signalé que les études publiées à ce jour montrent que les calendriers 3+0, 3+1 ou 2+1 sont efficaces pour ce qui est de diminuer les hospitalisations et les décès. Il a été signalé par ailleurs que le pays observe les recommandations du groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS et du groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination de l'OMS. Concernant l'introduction du VPC dans le pays, les participants ont insisté sur le fait que des couvertures vaccinales élevées sont primordiales.

La réunion a rencontré un grand succès. Elle a aussi clarifié les incertitudes parmi les professionnels tout en renforçant leur participation au processus d'introduction du vaccin. Il incombe aux professionnels de santé de promouvoir les vaccins auprès des parents et au sein de la communauté ainsi que d'éclaircir les doutes, détruire les mythes et dissiper les craintes non fondées. Il est essentiel que chaque professionnel de santé dispose de toutes les informations concernant un nouveau vaccin pour maintenir une grande confiance de la population dans le PEV, pour que le vaccin soit bien accepté et, en fin de compte, pour atteindre des taux de couverture élevés. Les organisateurs du pays ont demandé le concours de l'OPS pour tenir chaque année des réunions scientifiques comme celle-ci sur différents thèmes en rapport avec la vaccination. ■

## Évaluer les risques de rougeole, de rubéole et de polio

### Rougeole et rubéole

Du 14 au 16 novembre 2018, l'OPS a organisé et animé un atelier pour adapter et valider l'outil d'évaluation des risques (RAT d'après son sigle anglais) de rougeole et de rubéole à Bogotà (Colombie). À cet atelier participaient les délégués de la santé responsables de la surveillance de la rougeole, des systèmes d'information et de la vaccination d'au moins 5 des 9 départements du pays qui avaient subi ou étaient en train de subir des épidémies de rougeole, en particulier dans des villes comme Barranquilla, Bogotà, Carthagène et Cúcuta.

C'est en 2017 que l'OPS a commencé à adapter le RAT original élaboré par l'OMS et les United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ; cet outil était principalement mis en œuvre dans des pays d'autres régions du monde, où les virus de la rougeole et de la rubéole étaient endémiques. La version de l'outil adapté par l'OPS vise à déterminer les zones à risque élevé de réintroduction et de propagation des virus de la rougeole et de la rubéole, au cas où surviendrait une importation de ces virus. Ces zones devraient immédiatement mettre en œuvre des actions correctrices pour réduire les risques d'épidémie. L'outil est destiné à être utilisé périodiquement par les responsables de programme aux niveaux infranationaux et nationaux, afin de suivre la mise en œuvre des plans visant à la pérennité de l'élimination de la rougeole à l'intérieur d'un pays. De plus,

Voir **RISQUES** page 4

### DANS CE NUMÉRO

- 1 L'introduction du VPC13 chez les enfants de moins de 1 an fait l'objet de débats lors d'une réunion scientifique en Haïti
- 1 Évaluer les risques de rougeole, de rubéole et de polio
- 2 Ateliers de riposte à l'épidémie de rougeole et de gestion du programme de vaccination dans les Caraïbes
- 3 Vaccin contre la dengue
- 4 Guide concernant les tests de dépistage de la rougeole et de la rubéole effectués dans le réseau de laboratoires de la Région des Amériques
- 6 Deuxième réunion du groupe de vaccination maternelle et néonatale
- 7 Données de surveillance sur la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, classement définitif, 2017-2018\*
- 8 Ce que j'ai appris durant la période post-certification de l'élimination de la rougeole dans les Amériques... par Desiree Pastor

### Avis aux lecteurs du Bulletin d'immunisation

Cher lecteur,

En 2019, le Bulletin d'immunisation célébrera son 40e anniversaire et, pour marquer cet événement, nous commencerons à l'imprimer en portugais !

Si vous souhaitez recevoir le Bulletin en portugais, veuillez adresser un courrier électronique à [silvao@paho.org](mailto:silvao@paho.org) et indiquer si vous préférez recevoir la copie électronique ou la copie papier. Si vous choisissez de recevoir le Bulletin en version papier, veuillez indiquer votre adresse postale.

Merci beaucoup,

Cuahtémoc Ruiz Matus, Octavia Silva, Martha Velandia: rédacteurs

## Ateliers de riposte à l'épidémie de rougeole et de gestion du programme de vaccination dans les Caraïbes

Ateliers sur la rougeole, la polio, la diphtérie et de gestion du Programme élargi de vaccination (PEV) dans la sous-région caribéenne se sont déroulés du 1 au 9 octobre 2018 à Rose Hall (Montego Bay, Jamaïque). C'était un changement de structure par rapport à la réunion annuelle des responsables caribéens du PEV. Leur principal objectif était de renforcer les connaissances et les capacités de riposte des responsables du PEV dans les Caraïbes.

### Ateliers sur la riposte rapide à une épidémie à l'importation de cas de rougeole

Du 1<sup>er</sup> au 3 octobre 2018, 35 agents de santé provenant de 25 îles et territoires caribéens et travaillant en épidémiologie et en vaccination ont reçu une formation sur la riposte rapide aux cas importés de rougeole et de rubéole.

À l'aide d'une nouvelle méthodologie et d'une étude de cas inédite élaborées par l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS, les participants en formation ont appris à appliquer, en temps opportun et dans le cadre d'épidémies de rougeole, les procédures et les méthodes de notification de cas et de conduite d'enquêtes épidémiologiques d'excellente qualité, à mettre en œuvre des mesures énergiques de riposte aux épidémies sur la base d'une enquête de terrain approfondie, à faire la distinction entre les diagnostics de rougeole et de rubéole et les diagnostics des arboviroses (p. ex. maladie à virus Zika, dengue et chikungunya) et à interpréter les résultats de laboratoire pour obtenir les confirmations diagnostiques appropriées.

Jouant le rôle de membres d'une équipe de riposte rapide, les participants à la formation ont été chargés de mener une enquête sur une épidémie de rougeole, et de définir un programme de lutte contre cette épidémie, dans le contexte d'une flambée épidémique d'une arbovirose (à virus Zika) ou d'un rassemblement de masse (événement sportif), qui posait des défis critiques sur le plan de l'organisation de l'enquête et de la riposte visant à empêcher une propagation accrue du virus. À la fin de l'étude de cas, les équipes de riposte rapide ont été placées au cœur d'un exercice de simulation, qui visait à leur faire mettre en pratique leurs connaissances et capacités nouvellement acquises pour riposter rapidement à une épidémie développée à partir d'un cas importé, et assurer une riposte organisée.

L'exercice de simulation a recréé deux situations hypothétiques d'épidémie de rougeole, l'une faisant intervenir un voyageur international, l'autre se déroulant dans un hôpital public. La simulation avait pour objectif d'aider les participants à apprendre comment s'organiser en tant qu'équipe de riposte rapide, mener une enquête épidémiologique sur la flambée, analyser et interpréter les résultats de cette enquête, et planifier une riposte rapide à cette épidémie.

Les participants ont indiqué que l'intégration à la formation de l'étude de cas et de l'exercice de simulation a été à la fois efficace et bienvenue pour les préparer à gérer une épidémie dans l'éventualité d'une importation de cas.



Participants à la formation sur les ripostes rapides aux épidémies de rougeole dans les Caraïbes. Jamaïque, octobre 2018. Crédit OPS/WHO.

### Atelier sur la gestion du programme de vaccination

Les participants, représentant 25 pays et territoires de la sous-région caribéenne, d'Haïti et du Guatemala, ainsi que des conseillers techniques de l'OPS, se sont retrouvés à Jamaïque les 4 et 5 octobre 2018 pour un atelier sur la qualité et l'utilisation des données. Les objectifs de cet atelier étaient de renforcer les capacités des responsables du PEV à :

1. planifier, superviser et surveiller le programme de vaccination ;
2. analyser, interpréter et utiliser de manière efficace les données de vaccination pour la planification ;
3. évaluer la qualité des données et suivre les étapes méthodologiques d'une auto-évaluation de la qualité des données (DQS, selon son sigle anglais).

L'atelier a débuté par un aperçu des objectifs et des indicateurs du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) pour la période 2010-2020 et du Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) pour la période 2016-2020. Cet aperçu a été suivi d'un bref panorama des succès remportés par le PEV dans les Caraïbes, permettant de souligner les réalisations accomplies concernant les taux de couverture et l'élimination de la maladie.

Les principes de gestion du PEV, dont la planification, l'organisation et l'établissement d'objectifs, ainsi que les principes de leadership, ont été soulignés, de même que le rôle du responsable du PEV et l'importance d'une supervision solidaire.

Le cœur de l'atelier – soit l'analyse, l'interprétation et l'utilisation efficaces des données de vaccination – a été abordé en examinant les calculs de couverture et des taux d'abandon, et en discutant des défis posés par la nécessité de posséder un dénominateur et un numérateur communs, et des solutions possibles en la matière.



Participants à la formation sur la qualité et l'utilisation des données dans les Caraïbes. Jamaïque, octobre 2018. Crédit OPS/OMS.

La séance sur la qualité et l'utilisation des données a utilisé comme matériels de formation des modules provenant de la publication *Tools for Monitoring the Coverage of Integrated Public Health Interventions*,<sup>1</sup> et elle comportait une introduction à la DQS qui envisageait les étapes méthodologiques, les objectifs et les résultats de cette auto-évaluation, ainsi que le rôle du responsable du PEV au cours du processus.

Cette formation comportait également un exercice sur le terrain, pour lequel le groupe était divisé en quatre équipes qui se sont déplacés vers des établissements sanitaires locaux afin de colliger des données de concordance à partir des registres de vaccination et des rapports mensuels. Cette activité constitue une activité essentielle de la DQS, mais elle peut aussi servir d'activité de supervision utile pour les responsables.

Lors de la séance finale sur la qualité des données s'est déroulée une discussion sur le processus de collecte de données pour le formulaire conjoint de notification (JRF) OPS-OMS/UNICEF sur la vaccination, au cours de laquelle les tableaux ont été examinés et des conseils ont été offerts sur la manière de remplir les sections du JRF en amont du calendrier vaccinal, de manière à améliorer la ponctualité de la notification aux niveaux régionaux et mondiaux. Une présentation de microplanification a également été faite, qui a approfondi l'analyse des données de couverture, des taux d'abandon et des enfants non vaccinés, ainsi que les problèmes d'accès/d'utilisation et la manière de les régler.

L'OPS prévoit de continuer à travailler avec les responsables du PEV dans les Caraïbes et à offrir son soutien pour remplir les évaluations de qualité des données, notifier en temps opportun les informations de pays utilisant le JRF, répondre aux défis posés par la qualité des données, améliorer l'analyse et l'utilisation des données et atteindre les objectifs établis dans le GVAP et le RIAP.

### Atelier sur la polio et la diphtérie

Outre les ateliers sur la rougeole et sur la qualité des données, un atelier sur la polio et la diphtérie a eu lieu le 6 octobre 2018, qui a rassemblé environ 30 participants représentant les pays de l'ensemble des Caraïbes. Les objectifs de cet atelier étaient les suivants :

- mettre en œuvre un atelier de riposte à une épidémie de polio et un exercice de simulation avec les responsables du PEV dans les pays et les territoires des Caraïbes ;
- sensibiliser les responsables du PEV à l'importance de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) ;
- présenter l'évaluation du risque régional d'importation ou d'émergence de poliovirus et former les responsables du PEV à l'outil d'évaluation des risques en vue de l'évaluation d'un risque infranational ;
- sensibiliser/resensibiliser les responsables du PEV aux manifestations cliniques et à la situation épidémiologique de la diphtérie dans la Région.

La formation a débuté par un prétest pour évaluer les connaissances de base des participants. Ce

<sup>1</sup> Disponible en anglais sur <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34510>

## Vaccin contre la dengue

### Position de l'OMS<sup>2</sup>

Des essais cliniques ont montré que le vaccin contre la dengue vivant atténué CYD-TDV était efficace et sûr chez les personnes ayant subi antérieurement une infection par le virus de cette maladie (individus séropositifs), mais comportait un risque accru de forme sévère pour les personnes subissant après la vaccination leur première infection naturelle par le virus de dengue (individus séronégatifs). Les pays ne devraient envisager l'introduction du vaccin CYD-TDV contre la dengue que s'ils sont en mesure de minimiser les risques parmi les individus séronégatifs.<sup>3</sup>

Pour les pays qui envisagent de vacciner dans le cadre de leur programme de lutte contre la dengue, le dépistage pré vaccinal est la stratégie recommandée.<sup>4</sup> Avec cette stratégie en effet, seules les personnes présentant des preuves d'une infection antérieure par le virus de la dengue seront vaccinées (sur la base d'un test de détection des anticorps ou de l'expérience attestée d'une infection antérieure par la dengue, confirmée en laboratoire). Si le dépistage pré vaccinal n'est pas praticable, on pourra envisager la vaccination sans dépistage préalable dans les zones où la présence d'un taux de séroprévalence de 80% au moins a été relevé chez les enfants de 9 ans.

Les tests de dépistage devront être hautement spécifiques pour éviter de vacciner des personnes réellement séronégatives et présenter une grande sensibilité pour s'assurer qu'une forte proportion des individus séropositifs est vaccinée. Des tests sérologiques classiques pour détecter les anticorps IgG dirigés contre le virus de la dengue (ELISA IgG anti-dengue, par exemple) sont disponibles dans la plupart des pays d'endémie de la dengue et pourraient être utilisés pour identifier les personnes ayant contracté antérieurement une infection par ce virus. Des tests au point de soins (TDR) devraient faciliter la mise en œuvre de la stratégie prévoyant un dépistage pré vaccinal, mais, à ce jour, aucun d'entre eux n'a été validé ou homologué spécifiquement pour la détection des infections antérieures par le virus de la dengue. Malgré leur plus faible sensibilité dans la détection d'une telle infection que les épreuves ELISA IgG anti-dengue classiques, l'utilisation de TDR comprenant une fonction de détection des IgG, pourrait être envisagée dans les contextes de forte transmission jusqu'à ce que des TDR plus performants soient disponibles pour la détermination du statut sérologique.

Aucun test de dépistage ne saurait être spécifique à 100% en raison de la réactivité potentielle avec d'autres flavivirus. Dans les contextes de forte séroprévalence de la dengue, un test doté d'une spécificité plus faible peut être acceptable car la proportion d'individus séronégatifs vaccinés à tort serait basse. Une stratégie avec dépistage pré vaccinal peut aussi être envisagée dans les contextes de transmission faible à modérée. Dans ceux où la transmission est faible, un test hautement spécifique est nécessaire. Compte tenu des limitations portant sur la spécificité, il se peut que certains individus séronégatifs soient vaccinés à cause d'un résultat de test faux positif. En outre, la protection contre la dengue induite par le vaccin chez les individus séropositifs étant forte mais non totale, la dengue réapparaîtra chez certains d'entre eux pourtant vaccinés. Il faudra faire connaître ces limitations aux populations auxquelles on propose la vaccination.

Les décisions concernant la mise en œuvre d'une stratégie prévoyant un dépistage pré vaccinal à l'aide des tests actuellement disponibles nécessiteront une évaluation soignée au niveau national, prenant notamment en compte la sensibilité et la spécificité des tests disponibles, les priorités locales, l'épidémiologie de la dengue, les taux d'hospitalisation pour une dengue spécifiques au pays et le caractère abordable ou non du vaccin CYD-TDV et des tests de dépistage.

Les décisions relatives à la mise en œuvre d'une vaccination sur la base de critères de séroprévalence, sans dépistage individuel, dans des zones où la présence de taux de séroprévalence de la dengue de 80% au moins chez les enfants de 9 ans est attestée, devront s'appuyer sur des enquêtes sérologiques de haute résolution, c'est-à-dire au niveau du district et du sous-district. Il faut également évaluer avec soin la faisabilité et le coût des études de séroprévalence en population. La communication doit veiller à informer correctement et complètement des risques que comporte la vaccination de personnes dont le statut sérologique est inconnu.

La vaccination devra être envisagée comme faisant partie intégrante de la stratégie pour prévenir et combattre la dengue. Il est actuellement nécessaire de respecter les autres mesures de prévention des maladies telles qu'une lutte antivectorielle bien menée et durable. Les personnes, qu'elles soient vaccinées ou non, devront solliciter sans délai des soins médicaux si elles présentent des symptômes analogues à ceux de la dengue. Les personnes vaccinées devront continuer de bénéficier des meilleurs soins cliniques reposant sur des éléments factuels, qui sont destinés à tous les patients atteints par la dengue.

### Sélection de la tranche d'âge ciblée par la vaccination

Des recherches sont en cours concernant l'existence éventuelle d'effets spécifiques à l'âge, indépendamment du statut sérologique. Actuellement, il faut utiliser le vaccin dans la tranche d'âge indiquée qui, dans la plupart des pays se situe entre 9 et 45 ans. La tranche d'âge à cibler lors de la vaccination dépend de l'intensité de la transmission de la dengue dans le pays considéré et se positionnera à un âge plus précoce dans les pays où cette transmission est intense, et à un âge plus tardif dans les pays où elle est faible. La tranche d'âge optimale à viser est celle précédant immédiatement l'âge de plus forte incidence de la dengue sévère, celui-ci peut être déterminé à partir des données de surveillance systématique confirmées en laboratoire de niveau national et infranational.

### Calendrier de vaccination

En l'absence de données à long terme sur l'efficacité et l'innocuité d'une vaccination avec moins de 3 doses, il est recommandé d'administrer le CYD-TDV sous forme de série de 3 doses, à 6 mois d'intervalle. Si pour une raison quelconque, l'administration d'une dose doit être différée, il n'est pas nécessaire de redémarrer la série complète et la dose vaccinale suivante doit être administrée dès que possible.

On ne dispose actuellement d'aucune donnée concernant l'utilisation de doses de rappel. Des études sont en cours pour déterminer si une telle dose serait utile et éventuellement, le meilleur moment pour l'administrer. A ce jour, il n'existe pas de recommandation à propos des doses de rappel.

### Contextes et populations particulières

**Réponse à une flambée.** Le CYD-TDV ne devra pas être envisagé comme outil de réponse à une flambée.

**Femmes enceintes.** Le CYD-TDV n'est pas recommandé chez les femmes enceintes et allaitantes en raison de l'insuffisance des données disponibles sur son emploi pendant la grossesse. Néanmoins, les données limitées générées par la vaccination involontaire de femmes enceintes dans le cadre d'essais cliniques n'ont pas mis en évidence de risque spécifique. Si une femme tombe enceinte avant que l'on ait fini de lui administrer les 3 doses de la série, les doses restantes devront être injectées après la fin de la lactation.

**Personnes immunodéprimées.** En raison du manque de données, le CYD-TDV est contre-indiqué chez les individus immunodéprimés.

**Voyageurs.** Pour les voyageurs séropositifs ou ayant déjà vécu une dengue maladie attestée, on peut envisager la vaccination avant qu'ils ne se rendent dans une zone de forte transmission de cette maladie.

### Surveillance

La surveillance de la dengue devra être renforcée, en particulier dans les contextes où l'on observe des infections dont le tableau clinique présente des similitudes avec celui de la dengue (et notamment des infections émergentes comme celle due au virus Zika). Dans les zones du monde pour lesquelles on manque de données, il est nécessaire de réaliser une caractérisation plus poussée de la charge de dengue, qui semble en augmentation. L'utilisation de définitions de cas standardisées est encouragée en vue de favoriser le partage des données et leur comparabilité entre les régions. Avec l'augmentation potentielle du nombre de résultats de test faux positifs découlant du dépistage sérologique des individus vaccinés avec le CYD-TDV, le dépistage diagnostique d'une infection aiguë par le virus de la dengue devra, dans la mesure du possible, passer par une confirmation virologique (par PCR, par exemple). L'exploitation des données de surveillance pour suivre l'incidence sur une population d'un programme de vaccination peut s'avérer difficile car la variabilité d'une année sur l'autre de la transmission de la dengue peut être d'une plus grande ampleur que l'impact attendu du vaccin.

### Priorités de la recherche

Il est urgent de mettre au point des TDR hautement spécifiques et sensibles pour la détermination du statut sérologique à l'égard de la dengue. Il faut aussi mener des recherches pour évaluer des calendriers vaccinaux comprenant moins de doses et la nécessité éventuelle de doses de rappel. Il faut réaliser des études du rapport coût/efficacité localement applicables pour étayer les décisions politiques. Il est recommandé d'effectuer des recherches sur la meilleure façon de mettre en œuvre et d'intégrer le dépistage pré vaccinal dans un programme de vaccination.

La mise au point de vaccins sûrs, efficaces et abordables contre la dengue, utilisables indépendamment du statut sérologique, reste une priorité de premier plan. ■

<sup>2</sup> Extrait de la note de synthèse de l'OMS sur le vaccin contre la dengue, publiée en septembre 2018 à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274315/WER9336.pdf?ua=1>

<sup>3</sup> Evidence to recommendation Table 1: Consideration of Dengue Vaccine. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 - [http://www.who.int/immunization/policy/position\\_papers/E2R\\_1\\_dengue\\_2018.pdf](http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/E2R_1_dengue_2018.pdf)

<sup>4</sup> Evidence to recommendation Table 2: Seroprevalence and screening and vaccination strategy. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 - [http://www.who.int/immunization/policy/position\\_papers/E2R\\_2\\_dengue\\_2018.pdf](http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/E2R_2_dengue_2018.pdf)

DENGUE suite de la page 3

### Recommandations sur la dengue du groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination, 2015-2016

#### 2015

- Le GCT recommande que les pays mettent en œuvre rapidement une approche intégrée pour réduire la transmission de la dengue, en effectuant une formation en matière de diagnostic et de prise en charge des cas cliniques, en privilégiant la lutte antivectorielle intégrée et en améliorant les connaissances pour que les populations sachent comment se protéger, elles-mêmes et leurs communautés, contre les moustiques comme énoncé dans la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (2015).
- Malgré l'ampleur de la charge de la dengue dans les Amériques, le GCT signale qu'il n'y a pas assez de données factuelles pour émettre

une recommandation quant à l'introduction du vaccin. Le GCT s'engage à évaluer de nouvelles données factuelles en temps voulu, à mesure qu'elles deviennent disponibles, et les pays devront faire de même au cours des prochains mois au moyen de leurs propres mécanismes décisionnels nationaux.

- En coordination avec d'autres initiatives, l'initiative ProVac de l'OPS doit soutenir la prise de décisions au niveau national concernant la prévention et la lutte contre la dengue par le biais d'évaluations économiques fondées sur les données locales.

#### 2016

- Compte tenu des conditions régissant l'utilisation de ce vaccin et du manque de données factuelles

concernant certains aspects de sécurité et d'efficacité, le GCT de l'OPS réitère sa recommandation antérieure, émise en juillet 2015, de ne pas introduire le vaccin contre la dengue dans les programmes nationaux de vaccination nationaux.

- Les pays des Amériques doivent poursuivre les activités de renforcement de la surveillance afin d'améliorer les connaissances sur la charge de morbidité imputable à la dengue. Les activités de surveillance renforcées sont extrêmement importantes dans le contexte de flambées d'autres maladies à transmission vectorielle, dont la Zika et le chikungunya.

RISQUES suite de la page 1



Participants à l'atelier sur le RAT pour la rougeole et la rubéole en Colombie, en novembre 2018. Crédit: OPS.

les districts utiliseront cet outil pour analyser les indicateurs, localité par localité.

L'outil évalue le risque en additionnant, au niveau des districts, les scores d'indicateur selon cinq catégories : immunité de la population, qualité de la surveillance, résultats du programme, évaluation de la menace et ripostes rapides aux importations de virus de la rougeole et de la rubéole. Au sein d'un pays, chaque district est classé dans une catégorie programmatique de risques faible, moyen, élevé ou très élevé, selon le score de risque global. Pour chaque indicateur, le système de notation est fondé sur un consensus d'experts.

L'atelier a été un succès dans la mesure où les participants (utilisateurs finaux de l'outil) ont particulièrement bien accueilli l'outil et souligné certaines de ses caractéristiques, comme sa facilité d'utilisation et son pouvoir de visualisation, les résultats étant présentés sur des cartes avec les catégories de risque présentées par district selon un code couleur, un rapport final automatisé résumant par ailleurs les résultats pour les autorités nationales. Les participants ont également offert une rétroaction de grande valeur pour affiner la version finale de l'outil, qui sera mise à disposition en 2019.

#### Poliomyélite

Dans le cadre du processus de certification relative à l'éradication de la polio, il est nécessaire que tous les pays procèdent, du niveau municipal au niveau national, à des analyses de risques approfondies, de manière à pouvoir déterminer les risques de réintroduction de poliovirus sauvages ou l'émergence de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale dans les Amériques. Pour appuyer les pays dans cette démarche, l'OPS a élaboré un outil



Atelier sur la polio, au cours duquel les participants ont discuté de l'outil d'analyse des risques. Honduras, novembre 2018. Crédit: OPS.

d'analyse de risques, avec l'appui de la Commission régionale de certification (RCC) et l'approbation du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination. Cet outil a été communiqué à tous les pays lors de la 6<sup>e</sup> réunion régionale sur la polio tenue au Guatemala en décembre 2018, et il a déjà été utilisé en Bolivie, au Chili, au Costa Rica, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Pérou et au Venezuela.

Les principaux volets de cette analyse de risques concernent : la couverture vaccinale, dont le risque pondéré est le plus élevé (60 %), la surveillance de la paralysie flasque aiguë (25 %), ainsi que d'autres facteurs (15 %) tels que le risque d'importation, le risque de propagation, l'insécurité, et la préparation à une épidémie potentielle. Les pays doivent utiliser les résultats de leur analyse de risques pour élaborer un plan de réduction des risques. Ces plans de réduction des risques doivent être élaborés avec les autorités nationales responsables de la vaccination, de la surveillance épidémiologique et des services sanitaires, pour déterminer les causes à l'origine de ces risques et suggérer des activités et des tâches pour réduire ceux-ci. Les plans de réduction des risques doivent être précis et comprendre les activités qui seront mises en œuvre, les personnes responsables de cette mise en œuvre, ainsi que le délai de mise en œuvre et le budget alloué à chaque activité.

La RCC a demandé que les pays incluent les résultats de leur analyse de risques, présentés sous la forme d'une carte ou d'un tableau, et leur plan de réduction de ces risques à leur rapport annuel 2018 documentant le statut d'éradication de la polio, qui doit être soumis à l'OPS/OMS avec l'approbation et la signature de tous les membres du CNC d'ici au 31 août 2019. ■

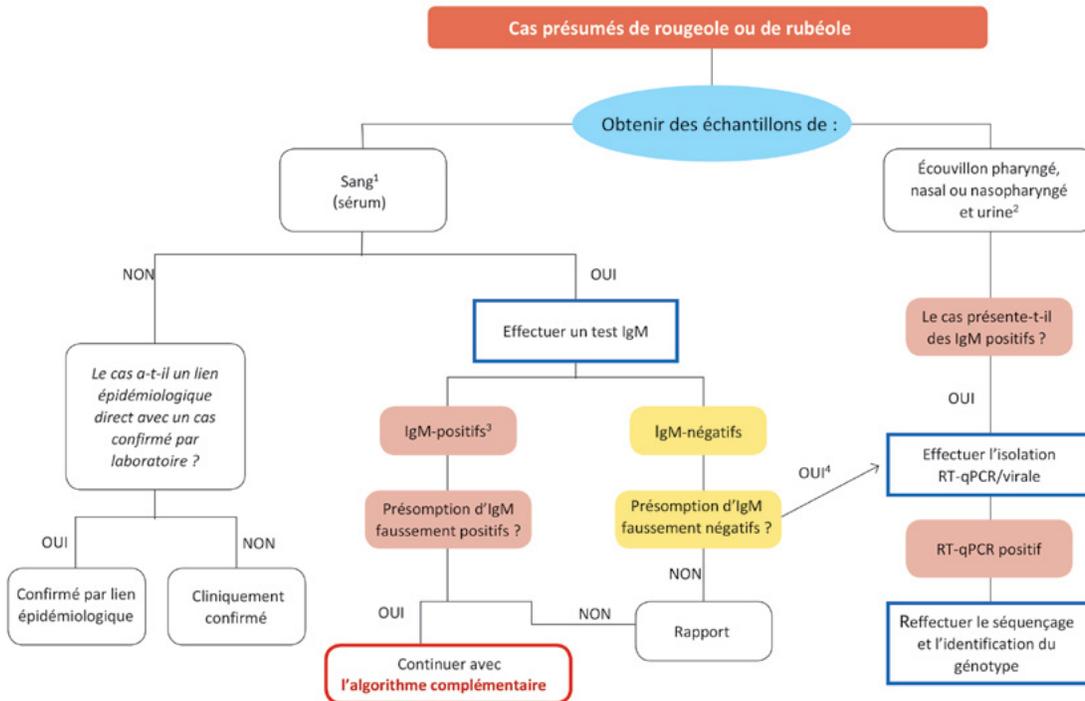
### Guide concernant les tests de dépistage de la rougeole et de la rubéole effectués dans le réseau de laboratoires de la Région des Amériques

Dans le contexte du soutien de laboratoire et de l'assistance technique apportés par l'OPS durant la phase postérieure à l'élimination, le document « Guide concernant les tests de dépistage de la rougeole et de la rubéole effectués dans le réseau de laboratoires de la Région des Amériques » a été élaboré et diffusé. Le document oriente les professionnels sur le plan des stratégies de réalisation de tests, de la corrélation et de l'interprétation des résultats, de la formation et du transfert de technologie pour améliorer la capacité des laboratoires nationaux à fournir des résultats propres à établir une classification adéquate des cas, optimiser la riposte du système de surveillance afin de détecter tous virus importés et formuler des orientations servant à l'étude des chaînes de transmission.

Le document présente l'algorithme systématique et l'algorithme complémentaire pour analyser les échantillons de cas suspects avec le résultat initial positif aux anticorps IgM ou indéterminé (voir graphiques). Une section a été incluse pour souligner la fonction du laboratoire lors des flambées de rougeole ou de rubéole et une autre qui traite des cas sporadiques importés ou de l'étude des chaînes de transmission. La lecture et l'application de ces orientations dans la surveillance de routine permettra d'améliorer les compétences du personnel de santé quant à la recherche en laboratoire sur les cas suspects de rougeole et de rubéole dans le contexte d'une faible incidence de la maladie, en tant que facteur essentiel pour que les pays de la Région restent exempts de ces maladies.

Pour de plus amples renseignements, voir Guide concernant les tests de dépistage de la rougeole et de la rubéole effectués dans le réseau de laboratoires de la Région des Amériques (en espagnol). ■

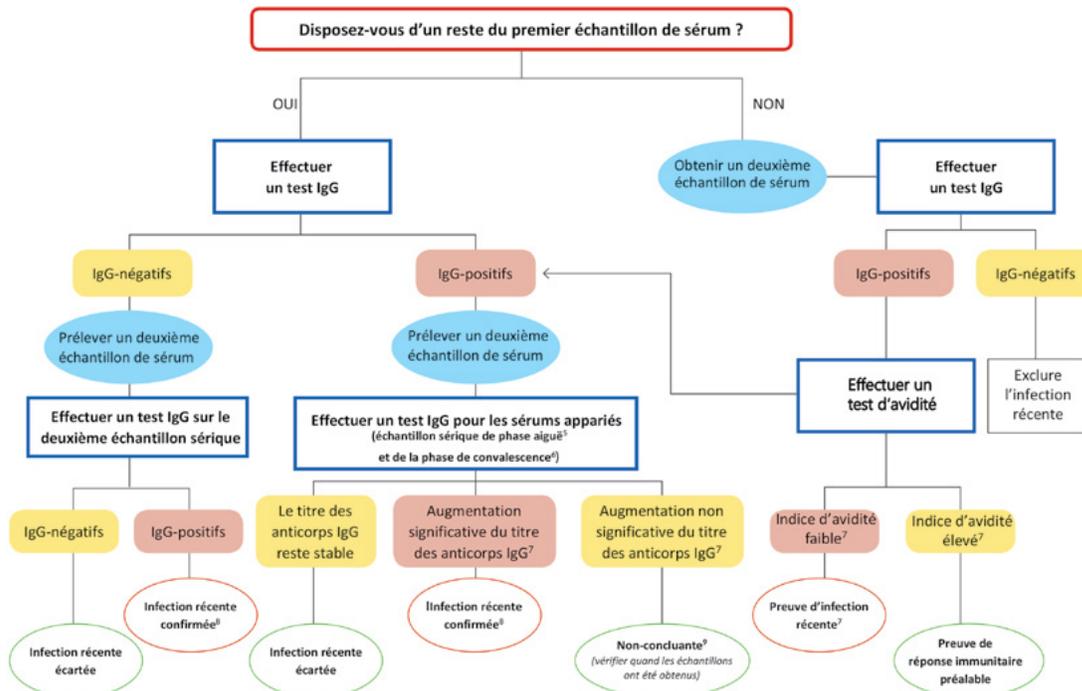
Algorithme de routine pour l'analyse des cas présumés de rougeole ou de rubéole



- 1 Prélever un échantillon sérique adéquat dans les 30 jours suivant l'apparition de l'éruption cutanée.
- 2 Prélever un échantillon des voies respiratoires dans les trois jours suivant l'apparition de l'éruption cutanée et dans un délai maximum de 10 jours.
- 3 Dans un contexte d'élimination, tout résultat des IgM indéterminé doit être considéré comme IgM positifs. Les tests virologiques sont recommandés.
- 4 Analyser le taux d'IgG dans le premier échantillon sérique et demander le prélèvement d'un deuxième échantillon pour effectuer des tests supplémentaires. Les tests de diagnostic virologique sont recommandés.

Source : Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Algorithme complémentaire pour l'analyse sérologique d'échantillons avec un résultat initial d'IgM positif ou indéterminé



- 5 Prélever un échantillon sérique adéquat dans les sept jours suivant l'apparition de l'éruption cutanée.
- 6 Obtenir un échantillon sérique adéquat lors de la phase de convalescence entre 14 et 21 jours après l'échantillon prélevé lors de la phase aiguë.
- 7 Suivre les critères d'interprétation de l'analyse.
- 8 Preuves indicatives d'une infection récente (soit de type sauvage, soit de souche vaccinale).
- 9 Corréler avec les résultats du test d'avidité des IgG.

Source : Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

## ATELIERS suite de la page 2

prétest a été suivi d'une présentation sur la situation actuelle de la diphtérie dans les Amériques et sur les manifestations cliniques de cette maladie. À la suite de cette séance, les réponses aux questions du test ont été étudiées par le groupe.

La séance concernant la polio s'est ouverte sur une mise à jour mondiale et régionale de la situation actuelle de l'éradication de la polio et des normes de certification mondiale, suivie d'une discussion sur les manifestations cliniques de cette maladie et sur les différences entre poliovirus sauvages, poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV), PVDV circulants (PVDVc), PVDV associés à une immunodéficience (PVDVi) et cas de poliomyélite paralytique associée aux vaccins (PPAV), ainsi que d'une discussion sur la surveillance épidémiologique des cas de PFA et sur les lacunes actuelles, d'un pays à l'autre, en matière de satisfaction des indicateurs de qualité de la surveillance.

La méthodologie et les résultats de l'évaluation du risque régional de polio relatif à l'importation ou à l'émergence de poliovirus ont ensuite été discutés,

et l'outil Excel destiné aux pays menant leur propre évaluation infranationale de risque a été détaillé. Un exercice de simulation d'épidémie de polio a également pris place. Cet exercice était réalisé avec six groupes de participants et deux scénarios différents. Chaque personne avait un rôle précis dans son groupe (ministre de la Santé, responsable du PEV, responsable de la surveillance, directeur du laboratoire) et utilisait les directives de riposte à l'épidémie pour réagir devant le scénario.

À l'issue de l'exercice de simulation, les participants ont passé un test global, dont les réponses ont été étudiées par chacun d'entre eux. Ci-dessous certains commentaires de participants à la suite de l'atelier :

- « La formation d'aujourd'hui m'a ouvert les yeux. Notre taux de couverture est faible et il y a déjà un moment que je pensais à faire une campagne, mais le travail réalisé aujourd'hui a renforcé cette décision. »
- « Le travail réalisé aujourd'hui m'inspire pour travailler encore plus fort. Je suis déjà occupé,

mais c'est une priorité. »

- « Les exercices de simulation d'épidémie de polio ont été utiles pour comprendre le plan de riposte à l'épidémie. »

Quelques recommandations entendues à l'issue de l'atelier :

- L'atelier devrait être donné dans chaque pays des Caraïbes, aux personnes qui participent au PEV et à la surveillance épidémiologique ;
- Les pays des Caraïbes devraient renforcer leurs résultats sur le plan de la surveillance épidémiologique et se battre pour satisfaire les indicateurs d'une surveillance de qualité de la PFA ;
- Tous les pays caribéens devraient examiner et mettre à jour leur plan de riposte aux épidémies ;
- Tous les pays caribéens devraient faire des exercices de simulation d'épidémie avec toutes les personnes intervenant dans ce contexte ;
- Tous les pays caribéens devraient travailler à une évaluation infranationale du risque. ■

## Deuxième réunion du groupe de vaccination maternelle et néonatale

Le groupe de vaccination maternelle et néonatale (VMN) a été constitué en 2016 et est composé de conseillers de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie (FPL/IM) de l'OPS, de la Faculté de santé publique Rollins de l'université d'Emory, de l'Institut d'efficacité clinique et sanitaire (IECS) de l'Argentine et de professionnels de santé publique de la Région des Amériques.

Le groupe s'est réuni les 4 et 5 septembre 2018 à Washington pour présenter les résultats préliminaires d'une étude qualitative sur la VMN menée dans cinq pays de la Région (Argentine, Brésil, Honduras, Mexique et Pérou) et pour tenir des discussions s'y rapportant. L'étude avait pour objectifs de comprendre l'état actuel des politiques, stratégies et pratiques en matière de VMN et de décrire les connaissances et les opinions des femmes enceintes et des agents de santé par rapport à la VMN. Entre 2017 et le début de l'année 2018, les chercheurs ont participé à des missions dans cinq capitales (Buenos Aires, Brasília, Lima, Mexico et Tegucigalpa), où ils ont mené des entretiens avec des interlocuteurs clés du ministère de la Santé, du comité consultatif sur les pratiques d'immunisation et des sociétés scientifiques, avec des représentants de facultés de médecine et de soins infirmiers et des agents de santé et avec des groupes de femmes enceintes. Les chercheurs ont également effectué des missions d'observation dans des établissements sanitaires.

La VMN se réfère aux vaccins administrés avant la grossesse, durant celle-ci et après l'accouchement afin de protéger la mère et son enfant. Il s'agit d'un concept fondamental puisque, durant les premiers mois de leur vie, les nouveau-nés et les nourrissons sont particulièrement vulnérables aux infections causées par des maladies évitables par la vaccination. De plus, leur système immunitaire immature n'est pas encore en mesure de déclencher des ripostes immunitaires protectrices face aux antigènes spécifiques des différents vaccins avant plusieurs semaines ou mois après la



Participants à la réunion du groupe de vaccination maternelle et néonatale à Washington, septembre 2018. Crédit : OPS/OMS.

naissance.

Avec la VMN, il est possible de réduire la morbidité, voire la mortalité, durant la petite enfance. Selon les indications du groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS, 31 pays de la Région des Amériques vaccinent actuellement les femmes enceintes contre la grippe saisonnière, 23 pays vaccinent systématiquement les femmes enceintes contre le tétanos (avec le vaccin Td) et 14 pays vaccinent contre le tétanos et la coqueluche (avec le vaccin Tdap [dcaT]). Pour ce qui est de la vaccination néonatale, 23 pays vaccinent systématiquement les nouveau-nés contre l'hépatite B (au cours des 24 heures qui suivent la naissance) et 32 contre la tuberculose avec le BCG.

Compte tenu de la notoriété que la VMN est en train

d'acquérir aux niveaux régional et mondial, il faut absolument dénombrer ses forces, ses faiblesses et ses lacunes, de même que les possibilités de la renforcer. Durant la réunion, les participants ont eu l'occasion de tenir des discussions et de conforter les impressions recueillies durant les missions. Il a été souligné que, dans les cinq pays, une intégration accrue entre le Programme élargi de vaccination (PEV) et le Département de la santé de la mère et de l'enfant pourrait faciliter l'identification de synergies et de modalités de collaboration inter-institutions pour la mise en œuvre de la VMN.

D'une manière générale, les résultats préliminaires indiquent que les femmes enceintes pensent que les vaccins sont essentiels et qu'elles privilégient la santé de leur nourrisson davantage que la leur. Aucune résistance notable à la VMN n'a été constatée malgré les quelques craintes répertoriées. Les données factuelles montrent que les professionnels de santé sont un facteur d'influence très important dans la décision prise par les femmes enceintes de se faire vacciner. L'une des recommandations débattues pendant la réunion a été d'accorder un plus grand espace aux questions liées aux vaccins et à la VMN dans les programmes d'enseignement universitaire et d'établir des plateformes pour faciliter une formation continue permanente des professionnels de santé. La conception de matériels de communication spécifiques sur la VMN ainsi que l'utilisation de médias comme les réseaux sociaux ont été retenues comme stratégies pour améliorer les taux de couverture vaccinale.

Les bonnes pratiques relevées dans chacune de ces capitales serviront à alimenter de futures activités de coopération technique entre l'OPS, les partenaires internationaux et d'autres pays. Par ailleurs, il a été prévu de diffuser les résultats de l'étude dans des ouvrages scientifiques, ce qui permettra à la Région comme à d'autres zones géographiques de renforcer la mise en œuvre de la VMN compte tenu des enseignements tirés en Amérique latine. ■

## Données de surveillance sur la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, classement définitif, 2017-2018\*

Pays	Nombre total de cas présumés de rougeole ou de rubéole notifiés		Cas confirmés de rougeole		Cas confirmés de rubéole		Nombre total de cas présumés de syndrome de rubéole congénitale notifiés (SRC)		Nombre total de cas confirmés de syndrome de rubéole congénitale notifiés (SRC)	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Anguilla	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0
Argentine	358	725	3	14	0	0	121	19	0	0
Aruba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélice	34	58	0	0	0	0	7	2	0	0
Bermudes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivie	62	240	0	0	0	0	0	0	0	0
Brésil	75	11339 <sup>(a)</sup>	0	10314 <sup>(a)</sup>	0	0	4	57	0	0
Canada	—	—	45	29	—	—	—	—	—	1
Chili	180	581	0	24	0	0	131	137	0	0
Colombie	1288	5857	0	199	0	0	10	363	0	0
Costa Rica	101	65	0	0	0	0	175	37	0	0
Cuba	1433	2023	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0
Équateur	370	600	0	19	0	0	0	0	0	0
El Salvador	274	498	0	0	0	0	0	0	0	0
États-Unis d'Amérique <sup>(b)</sup>	—	—	120	372	9	2	—	—	2	—
Grenade	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	179	517	0	1	0	0	2	5	0	0
Guyane	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guyana	15	22	0	0	0	0	6	0	0	0
Haïti	160	204	0	0	0	0	21	9	0	0
Honduras	159	207	0	0	0	0	36	21	0	0
Îles Caïman	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges Américaines	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Vierges Britanniques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	109	215	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mexique	3476	3976	0	5	0	2	0	0	0	0
Montserrat	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	228	285	0	0	0	0	32	46	0	0
Panama	50	67	0	0	0	0	1	3	0	0
Paraguay	544	908	0	0	0	0	4	0	0	0
Pérou	334	1095	0	41	0	0	0	1	0	0
Porto Rico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République Dominicaine	339	141	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Kitts-et-Nevis	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Sainte-Lucie	0	0	0	0	0	0	6	20	0	0
Suriname	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	1	13	0	0	0	0	60	98	0	0
Uruguay	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	1417	4035	727 <sup>(c)</sup>	5668 <sup>(c)</sup>	0	0	37	0	0	0
<b>Total</b>	<b>11204</b>	<b>33713</b>	<b>895</b>	<b>16687</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>656</b>	<b>820</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

\* Données au février 2019, sauf indication contraire.

<sup>(a)</sup> Ministère de la santé, Brésil ;<sup>(b)</sup> Le nombre de cas est préliminaire et susceptible d'être modifié. Les données sont mises à jour tous les mois ;<sup>(c)</sup> Mise à jour épidémiologique de l'OPS/OMS sur la rougeole, 18 janvier 2019 ;

— Aucune mise à jour n'a été reçue.

Source : MESS (Measles Elimination Surveillance System), ISIS (Integrated Surveillance Information System) et rapport des pays à FPL-IM, OPS

Le *Bulletin d'immunisation* est publié quatre fois par an en anglais, espagnol, portugais et français par l'Unité d'immunisation intégrale de la famille 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 et au-delà.

Il est possible de se procurer une compilation électronique du Bulletin, intitulée « *Thirty years of Immunization Newsletter: the History of the EPI in the Americas* », à l'adresse [www.paho.org/inb](http://www.paho.org/inb).

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.

ISSN 1814-6260

Année XL Numéro 4 • Décembre 2018

**Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus**

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2018  
Tous droits réservés.

## Unité d'immunisation intégrale de la famille

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



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



**Organisation  
mondiale de la Santé**  
BUREAU RÉGIONAL DES  
**Amériques**

Bulletin d'Immunisation

Volume XL Numéro 4

Décembre 2018

Organisation panaméricaine de la Santé 8

## Ce que j'ai appris durant la période post-certification de l'élimination de la rougeole dans les Amériques

**Par Desiree Pastor, conseillère régionale pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale**

Le 27 septembre 2016, lors du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, nous avons célébré la déclaration de l'élimination de la rougeole dans les Amériques. Cet effort de titan déployé par nos pays pour soutenir, documenter et vérifier l'interruption de la transmission du virus endémique de la rougeole a été un travail long de 14 ans, commencé en 2002 lorsque le Venezuela a rapporté le dernier cas endémique. Après cette date, la transmission endémique n'a été rétablie qu'au Brésil, à cause d'une flambée épidémiologique de 28 mois entre 2013 et 2015. Les autres pays ont réussi à maintenir l'élimination après leurs derniers cas endémiques, sur une période de 16 à 28 ans.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2017, nous avons reçu la notification d'un cas de rougeole confirmé en laboratoire dans la commune de Caroní, dans l'État de Bolívar (Venezuela). Ce jour a été le point de départ d'une course effrénée contre le temps afin de contenir la flambée avant un délai de 12 mois et éviter que la transmission endémique ne soit rétablie dans la Région des Amériques. Toutefois, vu les taux de couverture vaccinale inférieurs à 95 % au cours des 10 dernières années et malgré les activités de vaccination entreprises au début du mois de septembre dans les quartiers de Caroní, le virus s'est rapidement propagé dans le pays : le 30 juin 2018, le Venezuela a perdu son statut de pays exempt de rougeole. Six mois plus tard, le virus s'était propagé à d'autres pays : le Brésil et la Colombie d'abord, suivis de l'Équateur, du Pérou, de l'Argentine et du Chili.

Je dois admettre que depuis 1998, année où j'ai commencé à travailler comme conseillère en immunisation avec l'OPS dans plusieurs pays (Bolivie, Colombie, El Salvador et Venezuela), ce défi a été le plus important de ma carrière professionnelle en tant que conseillère régionale à l'OPS, responsable de l'élimination de la rougeole et de la rubéole. Lorsque je pense aux flambées survenues entre septembre 2017 et décembre 2018, il me paraît

clair que les trois piliers qui soutiennent l'élimination ont échoué dans certains pays : des écarts de **vaccination chez les enfants de moins de cinq ans** ont provoqué l'accumulation d'enfants susceptibles âgés de 5 à 10 ans alors que les nourrissons de moins de 1 an constituent le groupe recensant le plus fort taux d'incidence durant les flambées de rougeole en Amérique latine.

Il est clair également que les agents de santé doivent bénéficier d'une formation permanente pour **maintenir un système de surveillance sensible face à chaque cas suspect**, mener les enquêtes auprès des ménages et conduire des activités de « blocage et ratissage » pour prévenir les nouveaux cas avec des interventions rapides de vaccination de masse. Enfin, il sera difficile d'interrompre la circulation du virus de la rougeole en l'absence d'une **équipe de riposte rapide entraînée**, qui assure la recherche de nouveaux cas dans les services de santé et au sein de la communauté et qui mène des entretiens exhaustifs auprès de patients fébriles présentant des éruptions et admis en milieu hospitalier afin d'isoler tout cas suspect, que ce soit dans une chambre d'hôpital ou au domicile. Malgré les multiples séances de formation en riposte rapide qui ont été dispensées par l'OPS lors de réunions régionales, infrarégionales et nationales, il persiste une méconnaissance du tableau clinique de la rougeole et de la prise en charge adéquate des cas dans les services de santé. Ce n'est qu'en présence d'un équilibre entre ces trois piliers que l'on pourra parvenir au relèvement et au maintien de cette réalisation dans notre Région.

Le problème des personnes déplacées en provenance



Desiree Pastor.

du Venezuela qui émigrent vers d'autres pays est un phénomène nouveau, en croissance, à multiples facteurs, qui a dépassé les attentes en matière d'endiguement rapide du virus dans certaines communes du Brésil et a gagné les principales villes de la Colombie.

À l'heure actuelle, le Venezuela est en passe de terminer une campagne de vaccination de masse et systématique des enfants âgés de 6 mois à 15 ans. Il ne fait aucun doute que le pays réalisera cet objectif et parviendra à interrompre la transmission du virus de la rougeole.

La Colombie a déployé de grands efforts pour contenir la transmission malgré l'importation constante de cas provenant du Venezuela dans les principales villes du pays comme Bogotá, Medellín, Carthagène et Barranquilla, ainsi que dans les communes frontalières comme Cúcuta. Carthagène a établi un système d'isolement hospitalier exemplaire pour éviter la transmission nosocomiale dans les principaux hôpitaux pour enfants.

Le Brésil est très près de rétablir la transmission endémique au cours des deux prochains mois mais ce pays peut effectivement interrompre la transmission du virus à Manaus et dans les autres communes de l'Amazonie si des activités volontaristes sont menées pour vacciner les adolescents et les jeunes adultes.

Les autres pays, c'est-à-dire l'Argentine, le Chili, l'Équateur et le Pérou, seront sans aucun doute débarrassés de la rougeole à brève échéance.

Le plus grand enseignement tiré durant cette période est la reconnaissance que notre Région est en train de changer, et qu'elle présente de nouvelles conjonctures politiques, économiques et sociales qui mettront à l'épreuve la viabilité de l'élimination de la rougeole. Nous avons toujours tiré les leçons de nos expériences et, depuis 40 ans, le Programme élargi de vaccination constitue une base solide. Sans aucun doute, et grâce aux efforts de tous, nous parviendrons à récupérer notre statut de Région exempte de rougeole ! ■

Les objectifs de la rubrique « Ce que j'ai appris » sont d'offrir un espace aux professionnels de la vaccination de tous les coins des Amériques pour partager leur expérience personnelle et les leçons qu'ils en ont tirées. Les personnes qui aimeraient publier leur témoignage dans cette rubrique sont invitées à contacter Octavia Silva à [silvao@paho.org](mailto:silvao@paho.org).