



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXIII NUMÉRO 3 ► JUIN 2011

- 1 Tableau du suivi de la couverture vaccinale
- 2 Semaine de la vaccination aux Amériques, 2011
- 3 Henry Smith: une un bref exposé de ses contributions au domaine de la vaccination
- 3 Réunion du Groupe de travail sur les oreillons dans la Région des Amériques
- 5 Réunion du Réseau de laboratoires pour la lutte contre la rougeole et la rubéole dans la Région des Amériques
- 7 Données de surveillance de la rougeole/rubéole/SRC Classification finale, 2010

Tableau du suivi de la couverture vaccinale : une simplicité novatrice

Le *Tableau du suivi de la couverture vaccinale* est un outil efficace d'une grande simplicité. Mis au point par M. Henry Smith, ce tableau est l'un des outils traditionnels les plus conviviaux qui existe au monde pour la gestion d'un programme de vaccination. C'est grâce à l'ingénuité de M. Smith que nous disposons de cet outil qu'il a mis au point alors qu'il travaillait comme conseiller de la vaccination dans les Caraïbes au début des années 80.

Le *Tableau du suivi de la couverture vaccinale* de M. Smith est utilisé à tous les niveaux du système de suivi des programmes de vaccination. Au niveau local, il est utilisé par des agents de santé, sous forme papier, pour marquer les progrès mensuels dans la couverture de vaccination systématique dans leur localité. De même, aux niveaux infranational et national, il permet de visualiser rapidement les données agrégées sur la couverture. Au début, le Tableau de suivi de la couverture vaccinale permettait à l'unité d'immunisation du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) de recevoir une couverture mensuelle par pays.

C'est un outil de visualisation des données qui permet aux responsables des programmes de vaccination: 1) de fixer et d'évaluer les buts mensuels sur une base ponctuelle, 2) de comparer la performance et la couverture sur différentes périodes de temps, 3) de suivre chaque vaccin et dose et 4) de brosser le tableau de la véritable situation de leur localité.

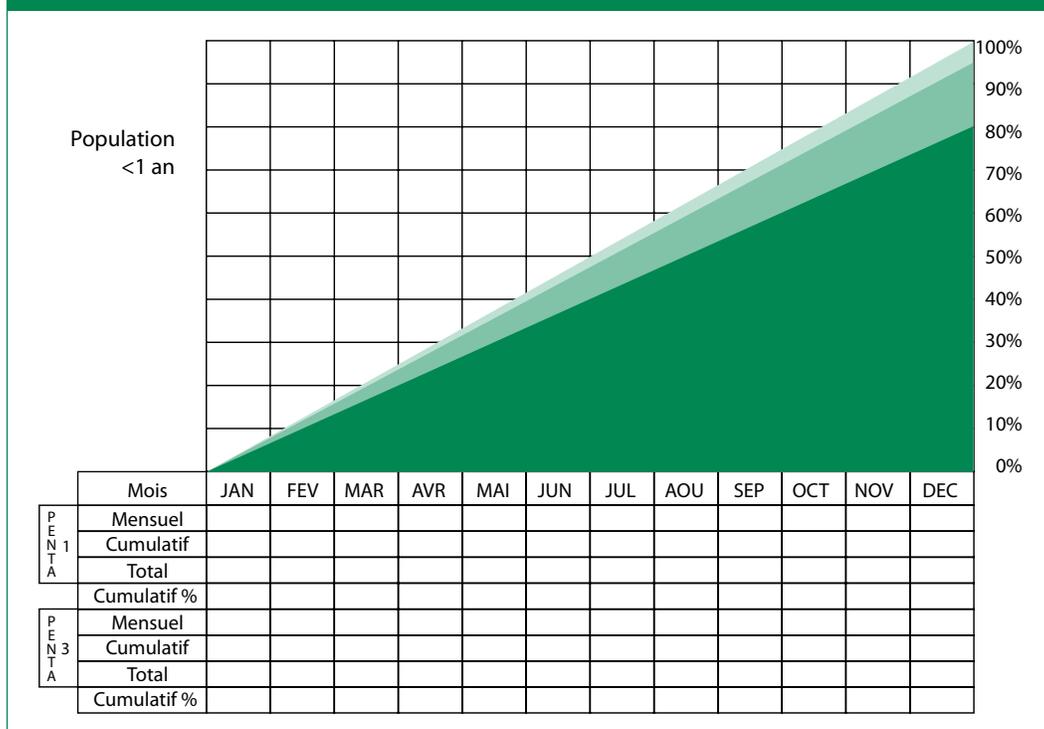
Le Dr Ciro de Quadros, Chef du Programme de vaccination de l'OPS à l'époque, avait approuvé et encouragé l'utilisation du *Tableau du suivi de la couverture vaccinale* de M. Smith dans les Amériques. Par la suite, le Tableau a été adopté par l'OMS aux fins d'utilisation internationale comme outil permettant de contrôler la couverture vaccinale aux niveaux de l'établissement de santé, infranational et national.

Semaine de la vaccination aux Amériques 2011



La semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a été célébrée pour la 9e année du 23 au 30 avril 2011. La SVA est une initiative flexible qui vise à faire avancer l'équité et l'accès à la vaccination tout en encourageant la coopération entre les pays vers la réalisation de buts de santé communs. Quarante trois pays et territoires ont déployé une panoplie d'activités de vaccination pour célébrer la SVA de cette année, vaccinant environ 40 millions de personnes de tout âge, et mettant en œuvre des interventions sanitaires intégrées, des activités de communication sociale et des efforts éducatifs pour promouvoir la vaccination. Nombreux ont été les événements de lancement, qu'il s'agisse de célébrations nationales ou d'événements le long des frontières bi-nationales et tri-nationales.

Tableau du Suivi de la Couverture Vaccinale*



*Ceci est un exemple de la version actuellement en utilisation.

SVA suite de la page 1

FRONTIÈRE BOLIVIE-PÉROU. Le 26 avril, la Directrice régionale de l'OPS, le Dr Mirta Roses, s'est jointe au Vice Ministre de la Santé du Pérou, le Dr Zarela Solís, et au Ministre de la Santé et des Sports de la Bolivie, le Dr Nila Heredia, de pair avec des représentantes de l'UNICEF¹, UNOPS², et UNDP³, des agents de santé, des dirigeants communautaires et des enfants scolarisés, à l'occasion d'un événement de lancement de la SVA. L'événement a été organisé dans la communauté de Kasani, à la frontière commune entre les deux pays et située à environ 3900 mètres au dessus de niveau de la mer. Dans son discours, le Dr Roses s'est exprimée ainsi : "D'ici, face au lac Titicaca, nous détenons le potentiel de mobiliser le monde entier. Cet endroit est fabuleux et hautement symbolique car il est le sommet de nos Amériques. C'est d'ici que nous lançons notre appel sur l'importance de continuer à vacciner, pour la santé et la vie de chacun. »

BRÉSIL. Le 30 avril, une cérémonie de lancement de la SVA à Manaus a réuni le Dr Roses, le Ministre de la Santé du Brésil, le Dr. Alexandre Padilha, des représentants de l'ONUSIDA⁴, d'UNICEF et des CDC⁵, le Gouverneur de l'état d'Amazonas, M. Omar Azis, et le Préfet de Manaus, M. Amazonino Mendes, ainsi que d'autres représentants officiels nationaux et locaux. Des représentants du Siège de l'OMS et du Bureau régional pour l'Asie du Sud-est ont également participé à titre d'observateurs. Le Dr Roses a fait l'éloge de « l'esprit de collaboration et du panaméricanisme » qui a porté la vaccination à l'ordre du jour politique des divers pays. Le Dr Padilha a indiqué que le Brésil profitait de l'occasion pour lancer une journée nationale de vaccination contre la grippe saisonnière. M. Azis a indiqué que son État avait mis en place 3000 postes de vaccination comptant 6000 agents de santé et bénévoles prenant en charge environ 450 000 personnes. Manaus, la capitale de l'État d'Amazonas, a été choisie pour le lancement de la SVA pour faire ressortir l'importance de la vaccination dans les communautés autochtones et autres populations à risque élevé dans la Bassin de l'Amazone, ainsi que pour renforcer la collaboration internationale dans le cadre du traité de coopération de l'Amazone de 1978.

COLOMBIE: Le 25 avril, les autorités de la Colombie, du Brésil et du Pérou se sont joints à des représentants de l'OPS/OMS⁶ pour un événement de lancement à la frontière tri-nationale entre Leticia, en Colombie, Tabatinga, au Brésil et Santa Rosa, au Pérou. Cet événement réunissait des autorités nationales, des États et

des municipalités des trois pays ainsi que les personnages de la fameuse émission télévisée *Plaza Sésamo*[®] (version espagnole de *Sesame Street*[®]), Elmo[®], Lucas[®] et Enrique[®], qui ont fait la joie des enfants assistant à l'événement. D'autres célébrités étaient présentes, notamment Gotinha, le personnage de la bande dessinée brésilienne qui représente une goutte du vaccin contre la poliomyélite et Bambuco, la mascotte officielle de la coupe du monde U-20 de la FIFA. Ensuite, plus tard dans l'après-midi, un événement de lancement a été organisé dans la communauté autochtone de Tucuna, au Brésil, où le Dr Gina Tambini, gérante du Domaine de la santé communautaire et familiale de l'OPS/OMS, a relevé l'engagement du Brésil face au renforcement des services de santé.

EL SALVADOR: La 9^e SVA a été lancée à Nombre de María, Chalatenango le 6 mai. Des représentants du Ministère de la Santé, de l'OPS et des autorités locales ont inauguré la SVA qui s'est déroulée sous le slogan « Vacciner votre famille, protéger votre communauté. » Le Ministère de la Santé a fourni tous les vaccins compris dans le programme systématique de vaccination, qui regroupe des vaccins pour toute la famille. En 2011, on a insisté sur la vaccination contre la grippe saisonnière, comprenant pour la première fois la souche de la grippe H1N1. Le pays s'est approvisionné en 668 000 doses pour les enfants âgés de 6 mois à 5 ans et de 730 000 doses pour les adultes âgés de plus de 60 ans. Les vaccins antipneumococciques étaient également inclus et mis à la disposition de la population : 463 000 doses pour les enfants âgés <24 mois et 300 000 doses pour les adultes âgés >60 ans.

GUATEMALA: C'est dans la ville de San Vicente, au pied du volcan Pacaya, que s'est déroulé le 28 avril l'événement de lancement, auquel assistaient la Directrice adjointe de l'OPS, le Dr Socorro Gross, et le Ministre de la Santé guatémaltèque, le Dr Ludwig Ovalle. Les enfants des écoles ont défilé pour lancer l'événement et certaines personnes se sont déguisées en virus de la polio, de la rougeole, du rotavirus et de la grippe. Le Dr Gross a aidé à vacciner des membres du public, aidée en cela par le Dr Pier Paolo Ballardelli, représentant de l'OPS/OMS, et le Vice Ministre de la santé, le Dr Silvia Palma. De nombreuses autres activités se sont déroulées pendant la SVA et le Dr Ovalle a présenté à la Commission de santé du Congrès un projet de loi visant à garantir un financement public pour les vaccins afin de garantir un approvisionnement régulier en vaccins et d'appuyer l'introduction de nouveaux vaccins.

PANAMA: Champion de la santé de l'OPS, le chanteur Ricardo Montaner s'est joint au Ministre de la Santé, le Dr Franklin Vergara, à la première Dame Marta Linares de Martinelli, et à la Directrice adjointe de l'OPS, le Dr Gross, pour un événement de lancement, le 25 avril, au centre de santé communautaire de Veracruz. Suivant le lancement, le Dr Gross, Ricardo Montaner et un groupe d'autorités nationales se sont rendus au siège de l'Institut panaméen de réhabilitation où ils ont apporté des vaccins et inauguré une nouvelle salle de classe pour les personnes souffrant de troubles généraux du développement.

SURINAME: Lors de la SVA de 2011, le Suriname a continué sa collaboration avec le département français d'outre-mer, la Guyane française, marquant une autre année de travail bi-régional entre les Amériques et l'Europe. Le 28 avril, les autorités de la santé, françaises et surinamiennes, se sont rendues en bateau dans le village français d'Apatou et dans le village surinamien de Langa Tabiki pour y célébrer les événements de la SVA. Les deux villages sont situés le long du fleuve Marowijne qui sépare le Suriname de la Guyane française. Lors de l'événement, les autorités de la santé ont présenté une nouvelle affiche bilingue pour promouvoir les services de vaccination.

FRONTIÈRE ÉTATS-UNIS ET MEXIQUE: Le 26 avril, un événement de lancement entre les États-Unis et le Mexique s'est tenu à Tucson, en Arizona, pour célébrer la SVA et la semaine nationale de vaccination du nourrisson des États-Unis (NIIW). Le Directeur adjoint de l'OPS, le Dr Jon Andrus, a participé à cet événement de pair avec des autorités sanitaires de haut niveau du Mexique et des États-Unis. Diverses activités de vaccinations et événements variés ont été organisés dans la région frontalière en guise de célébration de la SVA/NIIW cette année, bénéficiant de l'appui de la Commission de santé frontalière États-Unis/Mexique, du Département des services humains et de la santé des États-Unis, du Secrétariat de la santé du Mexique, du Bureau frontalier États-Unis-Mexique de l'OPS/OMS et de 10 départements de santé des États frontaliers.

Progrès vers la semaine de la vaccination mondiale

La SVA s'inscrit toujours plus dans un effort mondial croissant. En 2011, des initiatives jumelées de semaines de vaccination/immunisation ont été réalisées simultanément dans quatre autres régions de l'Organisation mondiale de la Santé (Afrique, établie en 2011,

Voir SVA Page 8

¹ UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

² UNOPS: Office des Nations Unies pour les services de projet.

³ UNDP: Programme des Nations Unies pour le développement.

⁴ ONUSIDA: Programme conjoint des Nations Unies pour le VIH/SIDA.

⁵ CDC: Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

⁶ OPS/OMS: Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé.

TABLEAU suite de la page 1

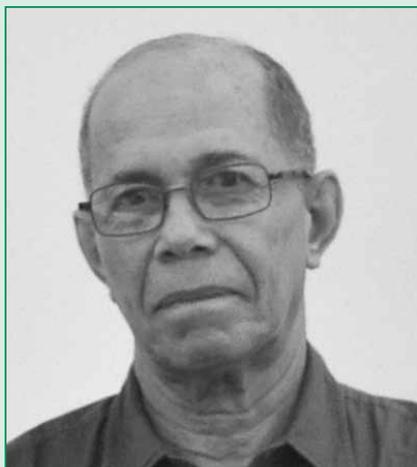
Le *Tableau du suivi de la couverture vaccinale* est devenu un outil qui a pris sa place dans tout le matériel de formation destiné aux responsables des programmes de vaccination. Il fait aussi partie intégrante des outils compris dans le Cadre

mondial du suivi et de la surveillance de la vaccination et joue un rôle important dans la réalisation de la Stratégie 18 de la vaccination dans le monde: vision et stratégie de l'OMS/UNICEF (GIVS) 2006-2015 « renforcer la gestion, l'analyse,

l'interprétation et l'échange de données à tous les niveaux. » En outre, le Tableau du suivi est l'un des outils inclus dans la stratégie RED visant à couvrir chaque district et à étendre ainsi la couverture vaccinale à partir en partant du niveau local. ■

Références:

- CAREC. Rapport de Surveillance de CAREC. 6; 9: 9 septembre 1980.
- Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'enfance (OMS/UNICEF), Global Framework for Immunization Monitoring and Surveillance. Geneva: WHO/UNICEF; 2007. (WHO/IVB/07.06). Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/immunization/givs/related_docs/en/index.html.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Weekly Epidemiological Record. 11; 85: 20 mars 1981.
- Organisation mondiale de la Santé. The Reaching Every District (RED) Strategy. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/red/en/index.html.
- Pan American Health Organization (PAHO). Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo VI "Supervisión, monitoreo y evaluación". Washington, DC: PAHO; 2006. Disponible (en espagnol) à l'adresse suivante: http://www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/spanish/docs/modulo6.pdf (page 26).
- World Health Organization/UN Children's Fund (WHO/UNICEF), Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015. Geneva: WHO/UNICEF; 2005. (WHO/IVB/05.05). Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/immunization/givs/related_docs/en/index.html.



Réunion des gestionnaires du PEV aux Caraïbes, novembre 2010

M. Henry Smith a débuté sa carrière en santé publique au Ministère de la Santé du Belize en 1958 lorsqu'il a commencé à travailler pour le projet national d'éradication du paludisme de ce pays. En 1963, il a terminé une formation postuniversitaire à l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres ainsi qu'une formation portant sur les techniques d'éradication du

Henry Smith: une un bref exposé de ses contributions au domaine de la vaccination

paludisme à l'École de santé publique en Jamaïque. La même année, il a rejoint les rangs du Centre de formation de l'Organisation pour l'éradication du paludisme (METC) de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) où il continué son travail sur les techniques d'éradication du paludisme avant d'accepter une nomination de l'OMS en Ouganda, en Afrique de l'Est. A cette époque, M. Smith effectuait de brèves missions au Mozambique, au Nigeria et au Zanzibar où il a travaillé pendant cinq ans, toujours pour l'éradication du paludisme.

En 1968, M. Smith a été nommé à Nairobi au Kenya (Afrique de l'Est) où il était le seul membre de l'OMS aidant le Ministère de la Santé à organiser et à mettre en œuvre son programme d'éradication de la variole, maladie qui a été éliminée en 1973. Il a reçu une citation d'appréciation de l'OMS lorsqu'il a été certifié que la maladie était effectivement éliminée du Kenya.

Suite à plusieurs missions en Afrique, M. Smith Après ses tournées de l'Afrique, M. Smith a travaillé au Bangladesh et en Inde de 1973 à 1977 comme faisant partie de l'équipe internationale d'épidémiologistes qui ont éliminé la dernière épidémie de variole dans la région asiatique. Cette même année (1977), a

éliminé le dernier cas de variole dans le monde en Somalie, en Afrique. En reconnaissance de ça participation à cette grande réussite nationale et des travailleurs de la santé internationale, M. Smith a reçu l'"Order of the Bifurcated Needle" en reconnaissance de sa participation dans le combat remporté contre la variole, maladie éradiquée dans le monde grâce aux efforts et sacrifices d'un grand nombre d'agents de santé nationaux et internationaux. Cet honneur a été conféré en 1976 à Henry Smith par le Dr Donald A Henderson, Chef du programme mondial d'éradication de la variole à l'OMS. En 1977, il a commencé à travailler pour l'OPS en tant que responsable de la vaccination chargé de l'organisation et de la mise en œuvre du programme élargi de vaccination pour dix neuf pays membres de CAREC.

Actuellement, M. Smith est le Président de la Commission des Caraïbes pour la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale de la sous-région des Caraïbes anglophones et néerlandaises des Amériques. M. Smith a pris sa retraite il y a quelques années bien qu'il continue de collaborer avec l'OPS dans le cadre d'activités de vaccination sur l'ensemble de la Région et au Belize, son pays natal. ■

Réunion du Groupe de travail sur les oreillons dans la Région des Amériques, 2-3 juin 2011

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a organisé les 2 et le 3 juin 2011 une réunion du Groupe de travail sur les oreillons dans la Région des Amériques.

Utilisant le logiciel de conférence Elluminate, cet événement « virtuel » a permis de mettre en contact des membres du personnel de l'OPS à Washington, D.C. avec des autorités de la santé et des experts des vaccins d'un grand nombre de pays des Amériques ainsi qu'avec des représentants officiels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis.

Le Groupe de travail avait pour objectif de faire le point de la situation concernant les oreillons dans la Région, se basant sur les expériences des pays, et de proposer des recommandations pratiques aux fins de les présenter au Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination, lors de sa réunion à Buenos Aires en Argentine du 6 au 8 juillet 2011.

Deux membres du GCT, le Dr José Ignacio Santos et le Dr Peter Figueroa, ont participé à la réunion du Groupe de travail.

La réunion comptait quatre objectifs :

- mieux comprendre l'épidémiologie des oreillons dans la Région.
- identifier les meilleures pratiques dans la lutte et la réponse aux flambées de cas d'oreillons.
- améliorer les directives pour le test de diagnostic des oreillons dans la Région.
- proposer des recommandations en vue de revoir les stratégies de lutte contre les oreillons.

La réunion a démarré par une série de présentations techniques suivies par des périodes de discussions et de questions-réponses. Lors de la seconde journée, deux présentations supplémen-

taires ont été faites et les participants ont discuté des recommandations qui seraient présentées au GCT. Les participants sont arrivés à un consensus général sur les recommandations concernant quatre domaines primordiaux : vaccinations, surveillance, flambées de cas et diagnostic en laboratoire.

Une pléthore d'informations techniques, pratiques et pertinentes, a été présentée aux fins d'examen au Groupe de travail. En voici les conclusions les plus importantes :

- 1) Suivant la recommandation du GCT en 1997, l'introduction du vaccin antiourlien a eu un impact prononcé dans les Amériques permettant un net recul du nombre de cas d'oreillons.
- 2) Ces dernières années, la principale cause des flambées de cas d'oreillons réside dans la faible couverture vaccinale.
- 3) La vaste majorité des flambées de cas d'oreillons sont survenues dans des populations non vaccinées ou sous-vaccinées (une seule dose).

OREILLONS suite de la page 3

- 4) Alors que l'intervalle inter-épidémique avant la vaccination antiourlienne de vaste envergure était auparavant de trois ans, cet intervalle est à présent de dix ans environ.
- 5) Des flambées de cas d'oreillons se présentent parfois chez des personnes qui ont reçu deux doses de vaccin. Toutefois, ces flambées de cas sont confinées à des groupes de personnes plus âgées et à des populations à densité élevée et vivant en contact rapproché, tels les étudiants dans les dortoirs ou les communautés religieuses vivant en vase clos.
- 6) Les pays utilisant le vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole (ROR) lors de campagnes de vaccination n'ont constaté aucune augmentation du taux escompté de manifestations indésirables liées aux vaccins.

Le Groupe de travail, se fondant sur l'information présentée, a fait les recommandations suivantes, aux fins d'examen par le CGT.

Recommandations

Recommandations générales	<ul style="list-style-type: none"> Le vaccin ROR étant utilisé dans la Région des Amériques, les stratégies de lutte contre les oreillons devront être étroitement intégrées aux objectifs actuels d'élimination de la rougeole et de la rubéole.
Recommandations pour la vaccination	<ol style="list-style-type: none"> La prévention des oreillons exige deux doses du vaccin anti-ROR dans les programmes nationaux de vaccination, visant à atteindre des niveaux de couverture de $\geq 95\%$, pour tous les enfants et groupes à risques.¹ La première dose doit être administrée à l'âge de 12 mois dans le cadre du programmes de vaccination systématique. La seconde dose est administrée soit dans le cadre d'une campagne ou par le biais du programme de vaccination systématique, au moins un mois après la première dose, de préférence pendant la seconde année de vie mais pas plus tard que l'entrée de l'enfant à l'école. Pendant toutes les activités de vaccination antiourlienne, quelle que soit la stratégie de vaccination (systématique ou campagne), n'importe lequel des vaccins préqualifiés de l'OMS peut être utilisé, indépendamment de la souche d'oreillons. Face à une flambée de cas, la souche Jeryl Lynn (ou les souches dérivées Jeryl Lynn) est davantage recommandée pour les adolescents et les adultes. Si le vaccin ROR est utilisé dans les campagnes, les autorités sanitaires devront suivre, enquêter et former le personnel de santé quant aux éventuels manifestations indésirables liées aux vaccins, pour toutes les composantes du vaccin, y compris les cas possibles de méningite aseptique. Les pays devront également se doter de solides stratégies de communication pour informer le public sur les effets supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) afin que le public continue à accorder toute sa confiance aux vaccins et aux programmes de vaccination. Des études bien conçues devront être menées à l'avenir sur le profil d'innocuité du vaccin ROR dans le cadre des campagnes afin d'enquêter sur l'incidence des manifestations indésirables. Une telle recherche devra utiliser des définitions de cas standardisées et des indicateurs quantitatifs standardisés pour évaluer la gravité des manifestations indésirables. Les études sur l'efficacité du vaccin devront tenir compte de la thermostabilité de la composante antiourlienne du vaccin ROR et évaluer les questions pratiques, par exemple la nécessité de vérifier la reconstitution du vaccin en utilisant des diluants froids.
Recommandations pour la surveillance	<ol style="list-style-type: none"> Une surveillance renforcée pour les oreillons est le préalable même de la constitution d'une base de connaissances générales de l'épidémiologie des oreillons dans la Région et sert à accélérer les activités vaccinales afin de prévenir les flambées de cas et de se fixer un but précis dans la lutte contre la maladie. De telles activités de surveillance progresseront de concert avec le niveau de lutte épidémiologique et devront être adaptées à chaque pays pour correspondre aux buts et objectifs du programme, tant au niveau de la Région que de celui du pays en question. La surveillance se penchera en premier lieu sur les grappes de cas cliniques afin de dépister les flambées de cas. Après une baisse observée de l'incidence des cas d'oreillons, on pourra passer à la surveillance basée sur les cas. Les pays qui n'ont pas fait des oreillons une maladie à caractère notifiable devront le faire. Les pays devront également renforcer leurs systèmes de surveillance des oreillons pour dépister, enquêter et répondre rapidement aux flambées de cas d'oreillons. Tous les pays de la Région devront standardiser les définitions de cas et les indicateurs de surveillance des cas d'oreillons, en utilisant les éléments de données adéquats. L'OPS devra formuler des directives sur la surveillance des oreillons, les enquêtes et les réponses aux flambées de cas et le diagnostic en laboratoire.
Recommandations pour les flambées de cas	<ol style="list-style-type: none"> Chaque flambée de cas soupçonnée devra faire l'objet d'une enquête adéquate pour déterminer les caractéristiques de la flambée, choisir les mesures de lutte appropriées et trouver la cause de la flambée. La vaccination est certes la mesure de lutte la plus importante, bien que ces interventions ne doivent cibler que les populations qui sont touchées à l'évidence. Si le nombre de personnes susceptibles est élevé, alors une campagne de vaccination sera déployée pour augmenter les niveaux de couverture. Lors d'une flambée de cas soupçonnée, le diagnostic en laboratoire sera utilisé pour confirmer la flambée de cas et établir la causalité pour les manifestations indésirables liées aux vaccins.
Recommandations pour le laboratoire	<ol style="list-style-type: none"> La capacité de confirmation en laboratoire de la rougeole doit entrer dans les compétences du Réseau de laboratoires de la rougeole et de la rubéole pour la Région des Amériques. La mise en place et le renforcement de la capacité de laboratoire exigent la formation du personnel, l'adoption de protocoles standards des analyses de laboratoire, la gestion de données et le contrôle de qualité. Les tests en laboratoire devront être utilisés pour confirmer les flambées de cas soupçonnées d'oreillons mais non pour confirmer chaque cas soupçonné. Des échantillons seront prélevés pour les tests sérologiques et virologiques. La caractérisation moléculaire sera utilisée pour établir une base génétique des souches sauvages du virus des oreillons. Les laboratoires avec la capacité existante de PCR devront envisager l'épreuve PCR en temps réel (PCR-TR) comme méthode de diagnostic. ■

¹ Les groupes à risque élevé sont composés de personnes qui vivent dans des régions ayant de faibles niveaux de couverture ou des programmes de vaccination à faible performance.

Réunion du Réseau de laboratoires pour la lutte contre la rougeole et la rubéole dans la Région des Amériques

La Réunion annuelle du Réseau des laboratoires pour la lutte contre la rougeole et la rubéole (LabNet) pour la Région des Amériques s'est tenu au siège des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis à Atlanta, en Géorgie, du 20 au 21 juin 2011.

Participaient à cette réunion des représentants des laboratoires régionaux de référence (LRR), du Laboratoire spécialisé mondial (LSM), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), ainsi que des représentants de 24 pays et du Centre épidémiologique des Caraïbes (CAREC) (en représentation des Caraïbes anglophones). La réunion était co-présidée par le Dr Paul Rota (des CDC) et par le Dr Marilda Siqueira (de la Fondation Oswaldo Cruz, FIOCRUZ).

Cette réunion a mis en exergue les accomplissements des pays de la Région et traitait des nouveaux défis à relever dans le cadre du diagnostic de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) ainsi que des enjeux de la classification des cas sporadiques.

Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

- Faire le point sur les progrès et identifier les défis à relever pour satisfaire aux obligations, sur la base des tests de laboratoire, documentant l'élimination régionale de la rougeole, de la rubéole et du SRC en 2011 et en 2012.

- Compiler l'information pour aider à mettre en place une formation en laboratoire sur les méthodes pour arriver à l'élimination et maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC), cours qui sera enseigné à FIOCRUZ à la fin août 2011.
- Faciliter, par l'entremise de présentations et de discussion, la capacité des laboratoires nationaux de soutenir la surveillance afin de suivre l'élimination continue de la rougeole, de la rubéole et du SRC au-delà de 2011.
- Revoir la gestion des laboratoires et mettre au point un plan de gestion continue du réseau de laboratoire.
- Faciliter les interactions entre les laboratoires nationaux et les LRR: FIOCRUZ, CDC, et Canada; et le GSL et les CDC sur les questions techniques de laboratoire.
- Apporter aux laboratoires une information à jour sur les méthodes de laboratoire et la notification de données.
- Formuler des stratégies pour renforcer la communication entre les laboratoires et les épidémiologistes de santé publique.

Les présentations et les discussions portaient sur les aspects suivants:

- Les directives concernant les épreuves en laboratoire, en insistant sur les stratégies de test qui seront utilisées dans les contextes à faible incidence de maladie.
- L'utilité des tests en laboratoire/algorithmes/directives supplémentaires pour les contextes à faible incidence (test d'avidité).
- Les délais des divers tests en laboratoire (pour la rougeole, la rubéole et le SRC).
- L'importance d'inclure des données de laboratoire et des données épidémiologiques/cliniques/démographique dans la classification finale des cas, surtout dans les contextes à faible incidence.
- Les présentations/discussion sur les critères spécifiques de l'élimination de la rougeole et la rubéole dans les Amériques.
- Les discussions en petits groupes avec le personnel des LRR, du GSL et du Siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) portant sur des questions techniques.

Avant-projet de recommandations :

<p>Documentation de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région des Amériques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les laboratoires devront collecter et évaluer les données de laboratoire nécessaires pour la documentation et le maintien des buts nationaux d'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dans les prochains 6-10 mois, les laboratoires nationaux devront demander des conseils aux LRR et au LSM sur la classification des cas, quand c'est nécessaire et, après des discussions avec ces laboratoires, présenter les spécimens appropriés aux LRR ou autres laboratoires du réseau en vue de faire des tests supplémentaires. Il faudra notamment une confirmation des résultats positifs de l'immunoglobuline G (IgM) quand c'est nécessaire, et des tests supplémentaires, comme la réaction en chaîne par polymérase en temps réel, (PCR-TR) et le test d'avidité, qui n'est pas toujours disponible dans le laboratoire national. Les laboratoires devront utiliser les Directives de laboratoire de l'OPS et la liste de vérification des cas sporadiques pour déterminer la nécessité de faire des tests supplémentaires. ◦ Un plan d'action sera formulé pour les tests. Ce plan sera utilisé pour faire le test des échantillons pour les cas sporadiques et les flambées de cas ainsi que pour suivre le maintien de l'élimination. Les LRR et le coordinateur du laboratoire régional formuleront un plan d'action. Il est prévu que ce plan établisse les diagnostics moléculaires dans la plupart des laboratoires nationaux et la réalisation des tests spécialisés dans des laboratoires spécifiques du réseau par le biais d'un système de référence défini. • Des stratégies devront être formulées pour renforcer la communication entre les laboratoires de la rougeole et de la rubéole et les unités d'épidémiologie en santé publique. Les laboratoires prendront les mesures nécessaires pour conclure les arrangements organisationnels nécessaires à la documentation et au maintien des buts nationaux d'élimination pour la rougeole, la rubéole et le SRC, en incluant la classification de cas coordonnée utilisant toutes les données épidémiologiques et de laboratoire disponibles par le biais de discussions directes entre les équipes d'épidémiologie et de laboratoire concernant toutes les données disponibles. Le personnel d'épidémiologie et de laboratoire devra se réunir au moins une fois par mois pour réconcilier les données, identifier les omissions de données et décider de toute collecte de spécimens supplémentaires et tests nécessaires pour la classification de cas. • Pour vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC, chaque laboratoire du réseau devra suivre tous les indicateurs se rapportant au laboratoire tel que décrit dans les composantes du Plan d'action pour la documentation et la vérification de l'élimination.
<p>Gestion de laboratoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Siège de l'OPS devra travailler avec les LRR et le LSM pour gérer le réseau de laboratoire dans les Amériques. L'OPS continuera à gérer la distribution de trousseaux et autres activités organisationnelles essentielles et à faciliter et soutenir les activités techniques essentielles dans les LRR et le LSM, comme l'homologation des laboratoires et la mise au point et l'évaluation des protocoles de test. • Au vu de la demande pour un soutien de laboratoire pour la documentation et la vérification régionale de la rougeole, de la rubéole et du SRC et vu les stricts délais qu'exigeront les laboratoires du réseau pour recevoir la formation et le soutien nécessaires pour la mise en place de nouvelles procédures et stratégies de test, l'OPS devra soutenir, pendant deux ans au moins, un coordinateur de laboratoire qui se consacra exclusivement à la rougeole, à la rubéole et au SRC. • L'OPS, le LSM et les LRR devront chercher à améliorer les communications entre les laboratoires du réseau et se donner des méthodes permettant de diffuser rapidement l'information concernant les nouvelles méthodes, les flambées de cas récentes et les changements dans les procédures de test. L'OPS pourrait envisager la préparation d'un bulletin qui sera distribué aux laboratoires. De plus, des réunions périodiques sur le Web pourraient également se tenir avec le personnel des laboratoires, les épidémiologistes, les LRR, les CDC et l'OPS pour discuter de la classification des cas. Des réunions ad hoc pourraient également être envisagées aux fins de consultation sur des classifications de cas complexes.

¹ Les Directives sont disponibles en ligne, à : www.paho.org/immunization/publications.

RÉUNION DES LABORATOIRES suite de la page 5

Avant-projet de recommandations (cont)

<p>Défis à relever pour le diagnostic de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans des contextes à faible incidence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les laboratoires devront être au courant de l'information importante sur la classification des cas autre que les résultats des tests de laboratoire, notamment le bon moment de l'utilisation des divers tests de diagnostic et l'efficacité des tests de diagnostic dans des situations spécifiques (par exemple la valeur prédictive positive de 1 et les anomalies multiples dans les cas présumés de SRC). Les laboratoires devront discuter de ce type d'informations avec les équipes épidémiologiques concernant la classification des cas. • Les laboratoires devront disposer du niveau d'expertise technique leur permettant de maintenir la capacité de surveillance en laboratoire pour suivre l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC. Cette expertise comprendra les tests moléculaires. L'OPS facilitera cette expertise en appuyant un atelier régional de formation en laboratoire à FIOCRUZ en août 2011 et un autre atelier dans un endroit qui sera déterminé pendant le premier trimestre de 2012. • Les laboratoires nationaux dotés d'une capacité suffisante devront utiliser les tests moléculaires, surtout la réaction en chaîne par polymérase en temps réel (PCR-TR) pour la rougeole et la rubéole pour l'aider dans la confirmation des cas. • Le test d'avidité validé pour l'IgG de la rougeole qui est réalisé aux CDC n'est pas disponible sous forme commerciale. Les laboratoires devront envoyer des échantillons pour qu'un test d'avidité soit mené aux CDC, après consultation avec l'OPS et les CDC. Pour faciliter ce processus, les laboratoires utiliseront la liste de pointage mis au point par les CDC pour aider à déterminer la nécessité de mener un test d'avidité. Le test d'avidité des CDC sera transféré à d'autres LRR s'il existe une demande accrue pour ce test ou sa réalisation plus rapide. • Le test d'avidité pour l'IgG de la rubéole est disponible dans le commerce et l'OPS, les LRR et le LSM devront organiser un atelier ou une réunion pour standardiser les méthodes et les interprétations des résultats et pour mettre au point un protocole de référence des spécimens ainsi qu'un programme de contrôle de qualité pour les laboratoires qui réalisent des tests d'avidité. • Sachant que la confirmation en laboratoire des cas du SRC demande qu'on connaisse avec précision le moment indiqué des divers tests de diagnostic par rapport à l'apparence des marqueurs de la maladie, les laboratoires devront se mettre au courant de ce calendrier et gérer la source de spécimens autres que le réseau de surveillance de l'éruption et de la fièvre, comme les néonatalogistes et les pédiatres. Les laboratoires doivent notifier les résultats aux équipes épidémiologistes dans le pays.
<p>Epidémiologie moléculaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les laboratoires devront encourager la collecte d'échantillons pour le dépistage du virus afin d'obtenir une information génétique de 80% au moins des flambées de cas confirmées de rougeole et de rubéole. • La notification dans les meilleurs délais de l'information sur le génotype et les données sur les séquences est capitale pour la confirmation rapide de l'importation virale. Les laboratoires nationaux (LN) qui réalisent des séquences devront notifier l'information sur les séquences de rougeole et les génotypes de rubéole à la base de données de l'OMS. Les LRR réalisant une analyse de séquence pour les LN devront présenter l'information sur la séquence à MeaNS² et à la base de données de l'OMS après avoir obtenu l'autorisation du LN. Il est important que toutes les données épidémiologiques pertinentes accompagnent l'information sur la séquence pour que le laboratoire qui les présente puisse compiler des rapports complets. Les laboratoires doivent se rappeler qu'il faut partager les données sur les séquences dans les deux mois maximum après le prélèvement d'échantillons et que cet indicateur de la performance est suivi dans le processus d'accréditation de l'OMS. • Les futurs ateliers de formation devront comprendre des activités visant à accroître la capacité régionale de la mise en séquence et de l'analyse des séquences en plus des techniques de diagnostic moléculaire. • Les données épidémiologiques moléculaires sont souvent limitées pour les pays de la Région, surtout en ce qui concerne les virus de la rubéole. Les laboratoires doivent toutefois chercher à utiliser de telles données dans la mesure du possible pour soutenir la documentation de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC tel que stipulé dans le Plan d'action.
<p>Contrôle de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les laboratoires devront continuer à mener un contrôle de qualité pour les tests sérologiques tel que demandé pour l'homologation de l'OMS. Il est vivement recommandé aux laboratoires nationaux de dispenser un programme de test des compétences pour les laboratoires locaux de leur pays. • Le processus d'homologation de l'OMS est une composante importante du processus de contrôle de la qualité. Les résultats de laboratoire venant soutenir la documentation de l'élimination doivent être fournis par un laboratoire agréé. Les laboratoires seront homologués sur une base annuelle soit par homologation sur papier ou par une visite sur place. L'OPS devra effectuer des visites sur place aux LN et LRR sur une base de rotation afin qu'une visite soit faite dans tous les laboratoires tous les trois ans. Une liste prioritaire des laboratoires de l'enquête sera formulée en consultation avec l'OPS, les LRR et le LSM. L'OPS fera des visites sur place dans 4 pays d'ici la fin de 2011. • Le test de compétences des laboratoires sous-nationaux (LSN) est une mesure d'importance critique de la qualité d'un programme de surveillance en laboratoire dans les pays disposant de LSN bien que le problème se situe souvent dans l'identification de volumes suffisants d'échantillons positifs IgM. Il faudra chercher à prélever à échelle mondiale de larges volumes de sérum de rougeole et de rubéole, positif IgM, aux fins d'utilisation dans les LSN de la Région et pour soutenir les LRR de la Région pour qu'ils puissent mettre en place un panel de test des compétences des LSN. • Dans de nombreux pays, les LSN assument un rôle d'importance critique dans la surveillance de la rougeole et de la rubéole puisqu'ils effectuent un volume important des tests sérologiques primaires. Néanmoins, une gestion efficace du réseau des LSN requière un effort de taille du LN. Pour documenter ces activités de gestion, la liste d'homologation de l'OMS pour les LN devra être modifiée et comprendre un récapitulatif de la performance de chaque LSN et une description des activités de gestion réalisées par le LN. • Les laboratoires du réseau de l'OPS devront travailler avec les laboratoires du Réseau des laboratoires d'autres régions pour mettre au point un programme de contrôle de qualité pour les tests moléculaires. • Les laboratoires sont vivement encouragés à utiliser les contrôles standard PCR et les trousseaux standardisés fournis par les CDC pour les tests moléculaires et la confirmation de l'isolement viral. • Les laboratoires devront documenter tout problème soupçonné au niveau de la performance des trousseaux Siemens pour le dépistage des IgM de la rougeole et de la rubéole. Le coordinateur du laboratoire, en consultation avec le LSM et les LRR, mettra au point un protocole pour aider les laboratoires à faire le suivi de la performance des tests. Tout problème à ce niveau sera notifié au siège de l'OMS et aux CDC. ■

² MeaNS: Surveillance nucléoïde de la rougeole.

Données de surveillance de la rougeole/rubéole/SRC Classification finale 2010

Pays	Total des cas présumés de rougeole/rubéole notifiés	Rougeole confirmée			Rubéole confirmée			Cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC)	
		Cliniquement	Laboratoire	Total	Cliniquement	Laboratoire	Total	Présumé	Confirmé
Anguilla	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antilles néerlandaises	...	0	0	0	...	...	...	...	...
Argentine	1174	0	17	17	0	0	0	5	0
Aruba	...	0	0	0	...	...	...	...	...
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélice	56	0	0	0	0	0	0	...	...
Bermude	0	0	0	0	0	0	0	...	...
Bolivie	120	0	0	0	0	0	0	...	...
Brésil	10304	0	68	68	0	0	0	...	...
Canada	...	...	99	99	...	12	12	...	...
Chili	205	0	0	0	0	0	0	180	0
Colombie	2802	0	0	0	0	0	0	201	0
Costa Rica	62	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	775	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	1	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	802	0	0	0	0	0	0	...	...
Équateur	216	0	0	0	0	0	0	1	0
États-Unis	...	...	63	63	...	7	7	0	0
Grenade	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	...	0	0	0	...	...	...	...	...
Guatemala	329	0	0	0	0	0	0	5	0
Guyana	23	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane française	49	0	2	2	...	1	1	...	...
Haïti	24	0	0	0	0	0	0	0	0
Honduras	134	0	0	0	0	0	0	16	0
Îles Caïman	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles vierges (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles vierges (RU)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	300	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	...	0	0	0	...	...	...	...	...
Mexique	5147	0	0	0	0	0	0	1	0
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	107	0	0	0	0	0	0	0	0
Panama	72	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	436	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérou	910	0	0	0	0	0	0	...	...
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	150	0	0	0	0	0	0	...	...
Saint-Kitts et Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sainte-Lucie	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	15	0	0	0	0	0	0	...	...
Venezuela	918	0	0	0	0	0	0	...	...
TOTAL	25165	0	249	249^a	0	20	20^a	409	0

... Aucune information fournie

(a) Aucun cas n'est autochtone

Mis à jour : 31 octobre 2011

Source: MESS, FCH-IM et rapports des pays au travers du Formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF, 2010.

Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par Projet 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 est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

Il est désormais 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.

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 XXXIII, Numéro 3 • Juin 2011

Éditeur : **Carolina Danovaro**

Éditeurs-adjoints : **Gabriela Félix and Cuauhtémoc Ruiz Matus**

©Organisation panaméricaine de la Santé.
Tous droits réservés.



Organisation panaméricaine de la Santé

Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

Projet d'immunisation intégrale de la famille

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/immunization>

SVA suite de la page 2

Méditerranée orientale, établie en 2010, Europe, établie en 2005 et Pacifique occidentale, établie en 2011). Une délégation de la Région de l'Asie du Sud-est (SEARO) s'est rendue dans les Amériques cette année pour prendre part aux activités de la SVA et en apprendre davantage sur la planification et la mise en œuvre de l'effort au niveau régional. En septembre 2011, lors de la réunion du Comité régional, les pays appartenant à SEARO ont procédé au lancement officiel de l'initiative de la SVA en 2012. Ce développement signifie l'établissement d'une Semaine de la vaccination mondiale (SVM) dix années après le premier lancement dans les Amériques. Des efforts de plaidoyer sont faits à présent pour inclure une résolution de la SVM lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012. La SVM ne remplacera pas les initiatives régionales, dont le caractère est unique, mais viendra encadrer les efforts faits par chacun. ■

Sur cette photo, le Dr Genoveva Morales, présidente de la Commission internationale du Salvador pour la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, reçoit le vaccin antigrippal lors du lancement de la SVA à Chalatenango. Une simple photo saisit trois aspects importants du travail réalisé actuellement par les programmes de vaccination dans les Amériques :

- 1) l'expansion de la vaccination pour couvrir tous les âges et inclure l'utilisation de vaccins sous-utilisés, comme le vaccin contre la grippe,
- 2) le travail en cours pour documenter et vérifier l'élimination de la circulation endémique des virus de la rougeole et de la rubéole sur le continent américain qui continue à mettre la Région des Amériques aux premières lignes de l'élimination des maladies évitables par la vaccination et



Dr Genoveva Morales, lancement de la SVA, El Salvador, 6 mai 2011.

Photo : Luis Cortéz, Communications, ISSS.

- 3) la SVA, lancée en 2003, s'avérant l'occasion idéale de combler les lacunes en matière de vaccination, de réduire les inégalités et de protéger les accomplissements de la Région tout en aidant les pays à maintenir la vaccination à l'ordre du jour politique. ■