



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXVII, NUMÉRO 4 ► AOÛT 2005

- 1 XVIIIe Réunion de la Région d'Amérique centrale
- 1 Maladies diarrhéiques en Amérique centrale
- 2 Élimination de la rubéole et du SRC: contribution au renouvellement des SSP
- 4 Calendriers de vaccination 2005: Caraïbe, Canada et USA
- 7 Données de surveillance de la rougeole/rubéole, 2004

## XVIIIe Réunion sur les maladies évitables par la vaccination dans la Région d'Amérique centrale, du Mexique et de la Caraïbe latine

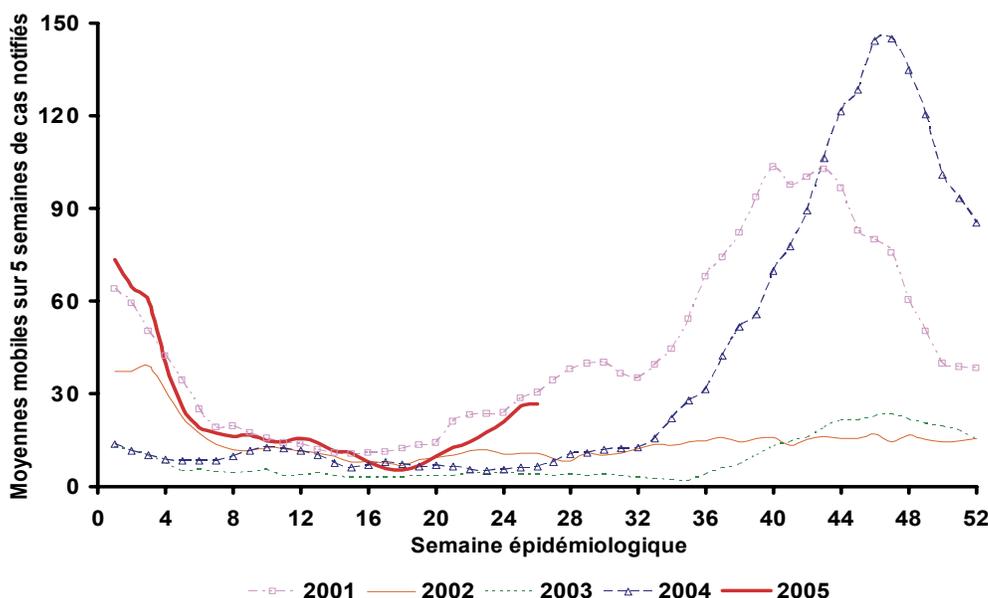
La XVIIIe Réunion sur les maladies évitables par la vaccination dans la Région d'Amérique centrale, du Mexique et de la Caraïbe latine s'est tenue du 6 au 7 juin 2005 à Antigua Guatemala au Guatemala. Ses principaux objectifs étaient les suivants:

- Faire le point de la situation actuelle dans chaque pays et évaluer les progrès faits en vue d'éliminer la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC);
- Discuter de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), de la coqueluche, de la diphtérie et du tétanos néonatal; et
- Analyser la situation et l'éventuelle introduction du vaccin contre la grippe et de nouveaux vaccins.

### Rougeole, rubéole et SRC

En 2003 et en 2004, 100 cas de rougeole ont été notifiés chaque année aux Amériques, pour la plus part dus à des importations, soit directement, soit indirectement. La transmission récente du virus rougeoleux au Mexique devrait encourager tous les autres pays de la sous-région à améliorer la couverture vaccinale ainsi que la surveillance puisque ce sont les meilleurs moyens de se protéger contre les infections importées. Une couverture vaccinale antirougeoleuse élevée, un dépistage fiable et un suivi renforcé des cas présumés permettront de mitiger les conséquences des importations du virus rougeoleux.

Figure 1. Cas de rubéole dans certains pays sans campagne de vaccination contre la rubéole chez les adultes, Amérique du Sud, 2001-2005\*



\* Inclut les cas saisis dans le Système de surveillance pour l'élimination de la rougeole (MESS) jusqu'à la semaine 31 de 2005. Les pays choisis sont l'Argentine, la Bolivie, la Colombie, le Pérou et le Venezuela.

Source: rapports des pays

## Maladies diarrhéiques en Amérique centrale

(janvier à mars 2005)

De janvier à mars 2005, des flambées épidémiques de diarrhée ont causé des décès chez des enfants de plusieurs pays d'Amérique centrale et ont poussé les autorités sanitaires à procéder à une évaluation des tendances de la maladie dans la sous-région, ce qui aura attiré l'attention des médias. Le nombre de consultations hebdomadaires pour diarrhée chez les enfants âgés de moins de 5 ans des pays d'Amérique centrale (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras et Nicaragua) a été passé en revue. L'agent étiologique a été déterminé après examen des échantillons de matières fécales prélevées auprès d'enfants malades. Enfin, le pathogène a été caractérisé par le laboratoire de référence régional aux Centres des Etats-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC).

Lors du premier trimestre de 2005, un accroissement du nombre hebdomadaire de consultations pour diarrhée a été noté parmi les enfants de plusieurs pays d'Amérique centrale (figure 1, page 6). Les pays les plus touchés ont été El Salvador en février et le Nicaragua en mars, où les pics des flambées épidémiques ont été accompagnés par des augmentations d'hospitalisations et de décès. Les deux pays ont déclaré des urgences médicales et réalisé des enquêtes sur ces flambées. Un total de 63 275 cas, 8360 hospitalisations et 22 décès chez des enfants de moins de 5 ans ont été notifiés au Salvador entre le

L'incidence de la rubéole a reculé de 98%, passant des 135 000 cas notifiés en 1998 à 3103 cas en 2004. Tous les pays consolident l'intégration de la surveillance de la rougeole et de la rubéole. Il faut améliorer l'investigation appropriée des cas présumés. Les trois-quarts des pays (9/12) de la sous-région notifient chaque semaine des cas de SRC présumés et il faut de toute urgence intensifier la surveillance du SRC.

### Surveillance de la PFA, de la coqueluche, de la diphtérie et du tétanos néonatal

Les pays restent exempts de la circulation du poliovirus sauvage autochtone et maintiennent la surveillance de la PFA. Tous les pays participants, à l'exception du Costa Rica, de Cuba, de la République dominicaine et de Haïti, remplissent l'exigence de la notification d'un cas au moins de PFA pour 100 000 enfant de moins de 15 ans (semaines 22/2004 à 21/2005). Tous les pays, sauf la République dominicaine, le Guatemala, Haïti et le Mexique, remplissent l'exigence du prélèvement d'au moins un échantillon de selles provenant de chaque cas de PFA (semaines 22/2004 à 21/2005). Il est tout à fait essentiel que ces conditions soient

observées car l'expérience montre que les pays ayant des poches de faible couverture avec le vaccin antipoliomyélitique oral courent le risque de flambées épidémiques causées par les poliovirus dérivés de la souche vaccinale. A l'échelle mondiale, le risque d'importation du virus sauvage a également augmenté, se propageant des zones d'endémie à des pays jusqu'alors exempts de la polio.

Ces dernières années, le nombre de cas de coqueluche a reculé en Amérique latine, passant de 9421 cas en 1999 à 3883 en 2004. Durant ces mêmes années, le taux de couverture avec le DTC3 chez les enfants de moins d'un an s'est maintenu entre 85% à 95%. Pratiquement 50% des cas de diphtérie notifiés ces cinq dernières années ont été enregistrés en République dominicaine et en Haïti. Ces cas se présentent dans des régions à forte densité de population, où les revenus sont faibles, et chez des personnes qui n'ont pas reçu toutes les vaccinations requises. Ces cas devront faire l'objet d'une enquête épidémiologique plus poussée.

Le TNN a été éliminé comme problème de santé publique aux Amériques: une incidence supérieure à un cas pour 1000 naissances vivantes n'a été signalée que dans moins de 1% de toutes les municipalités de l'hémisphère.

### Vaccins contre la grippe et nouveaux vaccins

L'OMS a mis au point des directives techniques concernant l'organisation de plans nationaux en préparation d'une future pandémie de grippe. Des plans ont été ébauchés pour lutter contre une pandémie de grippe mais il est urgent de faire un suivi. L'immunisation systématique des groupes à risque contre la grippe saisonnière est en cours dans la Région.

Lorsque l'introduction de nouveaux vaccins est envisagée, la surveillance et l'évaluation de la charge de morbidité s'avèrent d'importance critique. Les aspects devant être pris en compte concernant l'introduction de nouveaux vaccins sont la perception du risque, la volonté politique, le coût-efficacité, les questions de logistique, la surveillance post-marketing, l'exactitude des prévisions de la demande et les partenariats. Les pays doivent également décider des mécanismes financiers pour garantir la durabilité de l'introduction du vaccin ■

## Stratégie d'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale: contribution au renouvellement des soins de santé primaire

### Antécédents

A la suite du succès de l'éradication mondiale de la variole, l'Assemblée mondiale de la Santé a résolu d'instaurer le Programme élargi de vaccination (PEV) en mai 1974. Depuis la création du PEV, les taux de couverture vaccinale n'ont cessé d'augmenter. De nouveaux vaccins ont été ajoutés suite à la disponibilité de technologies adéquates et face aux priorités dictées par la situation sanitaire.

Le développement du PEV a encouragé à son tour des initiatives ouvrant la voie à plusieurs accomplissements aux Amériques, notamment:

- L'éradication de la poliomyélite: 6653 cas notifiés en 1970 et aucun cas de poliomyélite notifié depuis août 1991;
- L'élimination de la transmission autochtone de la rougeole: 250 000 cas notifiés en 1990 et le dernier cas autochtone confirmé, dû au génotype D9, rapporté en novembre 2002; et
- L'élimination du tétanos néonatal (TNN) en tant que problème de santé publique (étant défini comme moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes): un but à la portée de la Région puisque Haïti y est actuellement le seul pays où le TNN est encore endémique.

Aujourd'hui, la Région doit relever un nouveau défi: l'élimination, d'ici 2010, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) (1).

### PEV et santé primaire

Ces trente dernières années, de grands changements politiques, économiques et sociaux ont animé la réforme du secteur de la santé. Les objectifs de cette réforme consistaient à réorienter le financement des soins de santé, à décentraliser la prise de décision pour la planification et la mise en œuvre des projets et, plus récemment, à rechercher une amélioration de la qualité des soins et une plus grande équité en matière de santé. Parallèlement, les principaux objectifs du PEV ont été de protéger, préserver et consolider les réalisations du programme. Alors que les initiatives pour l'éradication et l'élimination des maladies évitables par la vaccination ont fait des progrès rapides et significatifs, certaines préoccupations se sont fait jour quant au fait qu'une initiative ciblée risque d'interférer avec le développement des services de santé et le processus de réforme du secteur de la santé. La viabilité est aussi une préoccupation car des doutes ont été émis quant

à la possibilité de maintenir, après l'éradication ou l'élimination, le progrès accompli pour prévenir la réintroduction de la transmission endémique d'une maladie. Cependant, forts des réalisations et résultats obtenus par les programmes nationaux de vaccination, les ministères de la santé et leurs partenaires sont confiants. Aussi, ont-ils octroyé les ressources nécessaires pour maintenir les programmes et mettre en œuvre de nouvelles initiatives.

La Déclaration d'Alma-Ata en 1978, à la suite de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, a lancé un appel à la *Santé pour Tous* et a mis en avant les composantes des soins de santé primaires (SSP). La Déclaration a souligné qu'il n'était pas crucial que ces composantes soient exécutées de manière simultanée et que, au contraire, certaines priorités devraient être identifiées et articulées afin de servir de points d'accès pour d'autres activités.

Les résultats obtenus par le PEV au fil des ans grâce à ses initiatives d'éradication et d'élimination des maladies témoignent d'une collaboration efficace entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et la communauté. Les enseignements tirés de la mobilisation sociale ont contribué au renforcement de la collaboration intersectorielle et interorganisations, ouvrant la porte à la participation de nombreux intervenants de la société civile. Les diverses méthodes ou stratégies de vaccination utilisées pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale ont rapproché les services

de santé de la communauté. L'expérience gagnée des stratégies de vaccination représente un intrant pour d'autres interventions de santé et contribue à la mise en place des piliers fondamentaux des SSP: extension de la couverture des services de santé vers les individus au foyer et dans la communauté, la participation communautaire et la coopération intersectorielle (2).

## Rubéole et SRC aux Amériques

La rubéole est une maladie éruptive fébrile comportant peu de complications. Cependant, si une femme contracte l'infection en début de grossesse, le virus de la rubéole peut avoir de graves conséquences et être la cause d'un syndrome connu sous le nom de SRC. La probabilité élevée d'infection foetale (90% si l'infection se présente avant la 11e semaine de grossesse) de même que la gravité des manifestations, parmi elles fausse-couche, enfant mort-né, retard mental et de graves malformations congénitales telles surdité, cécité et cardiopathie congénitale, mettent en relief l'importance que revêt la mise en œuvre de stratégies efficaces pour la prévention de cette maladie.

Avant l'introduction du vaccin dans les calendriers nationaux de vaccination, il a été estimé que plus de 20 000 enfants naissaient avec le SRC chaque année dans la Région. La vaccination antirubéoleuse est efficace à 95% et une seule dose confère une immunité permanente. Une étude menée dans la Caraïbe a établi que le coût de l'élimination du SRC représente 7% du coût total des services de santé et de réadaptation dont auraient besoin les enfants souffrant de SRC en l'absence d'un programme d'élimination (3). Par conséquent, le Conseil directeur de l'OPS a adopté en 2003 la Résolution CD44/R1 fixant le but de l'élimination de la rubéole et du SRC d'ici 2010 (4).

Les fondements de la stratégie d'élimination de la rubéole sont la vaccination de la population susceptible (par le système de vaccination routinière et des campagnes de vaccination de masse) et une surveillance effective (5). En date, 74% des pays des Amériques comptent de larges cohortes d'adultes protégés contre la rubéole avec une couverture supérieure à 95%. Depuis 1998, près de 50 millions de doses de vaccin

antirubéolique ont été administrées lors de campagnes, en plus du programme routinier. En 2005, trois pays (Colombie, Pérou et Venezuela) ont lancé des campagnes de vaccination. Le Nicaragua fera de même en octobre 2005. Les pays restant –Argentine, Bolivie, République dominicaine, Guatemala, Haïti et Mexique- ont planifié des campagnes pour 2006. A la suite de l'introduction du vaccin et des campagnes de vaccination, l'incidence de la rubéole dans la Région a reculé, passant de 135 000 cas notifiés en 1998 à 3103 cas notifiés en 2004 et 1169 cas notifiés à la semaine 32 de 2005. Quatre vingt trois pour cent des cas notifiés en 2005 sont concentrés dans trois pays: Canada, Pérou et Venezuela. Les pays n'ayant pas encore réalisé de campagne présentent encore des patrons endémiques de la maladie (figure 1, page 1).

## Stratégie d'élimination de la rubéole

### Composantes fondamentales de la stratégie d'élimination de la rubéole:

- Atteindre des taux élevés de couverture avec le programme de vaccination routinier;
- Mettre en œuvre une campagne de vaccination de masse contre la rubéole, ciblant les hommes et les femmes dans tous les pays à transmission endémique;
- Intégrer la surveillance de la rougeole et de la rubéole;
- Réaliser la surveillance du SRC; et
- Renforcer le diagnostic en laboratoire de la rubéole et du SRC ainsi que l'isolement viral.

Des taux de couverture vaccinale supérieurs à 95% sont nécessaires pour éliminer la rubéole car c'est le seul moyen de prévenir une transmission étendue des virus importés. Des poches de population susceptible peuvent contribuer à un rétablissement de la transmission endémique avec toutes les conséquences que cela signifie pour les services de santé.

La vaccination des populations adultes est également nécessaire pour éliminer la rubéole. Au vu de la complexité des stratégies de «catchment» (captage)

de ces groupes, plusieurs nouvelles approches de vaccination doivent être adoptées pour étendre la couverture et il faut dans ce but concevoir et mettre en œuvre des stratégies de communication d'un caractère tout à fait novateur. Certaines situations techniques demanderont une attention spéciale, notamment le suivi post-vaccination lors des campagnes et la planification pour la sécurité des injections et l'élimination des déchets. L'aspect le plus essentiel est le renforcement de la supervision des agents de santé à tous les niveaux du système de soins de santé. Toutes ces activités servent également à promouvoir les services de soins de santé primaire.

Les activités suivantes sont le fondement de la mise en œuvre réussie d'une campagne de vaccination de masse contre la rubéole: prise de décision reposant sur l'information, engagement politique, participation des sociétés médicales et associations professionnelles lors de la campagne, coopération intersectorielle, engagement et participation des agents de santé, renforcement des capacités, valorisation de la performance des ressources humaines, taux élevés de participation de la communauté, stratégies innovantes de mobilisation sociale et messages de communication percutants et adaptés au contexte.

Les enseignements tirés de la mobilisation et participation sociales peuvent contribuer à la promotion des soins de santé et des pratiques de maternité sans risque. L'initiative d'élimination de la rubéole est l'occasion de mettre les adultes et les services de santé en contact de manière plus régulière. Elle encourage en particulier la culture de la prévention chez les hommes adultes dont les décisions, dans certaines communautés, influencent fortement le comportement des femmes recherchant des soins pour elles-mêmes ou leur nouveau-né. La promotion de la participation des hommes en tant que compagnons et pères est essentielle pour gagner leur engagement et leur soutien.

La vaccination contre la rubéole chez les adultes aidera à accélérer le pas d'autres initiatives de vaccination des adultes, comme celles concernant le virus du papillome humain et le VIH (6). L'élimination de la rubéole devrait aussi permettre d'améliorer la santé maternelle et périnatale.

### Enseignements tirés de la stratégie d'élimination de la rubéole décrites dans les numéros précédents du Bulletin d'immunisation:

- Vol.XXVII, Numéro 1: La rubéole et le syndrome de rubéole congénitale aux Amériques: le commencement de la fin (Février 2005)
- Vol.XXVI, Numéro 5: Vaccination des adultes pour maintenir l'interruption de la transmission de la rougeole et éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale en Équateur (Octobre 2004)
- Vol.XXVI, Numéro 2: En marche vers l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (Avril 2004)
- Vol.XXVI, Numéro 1: Perspectives sur les initiatives pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région des Amériques (Février 2004)
- Vol.XXV, Numéro 5: Soutien aux programmes d'immunisation – Élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale (Octobre 2003)
- Vol.XXV, Numéro 2: L'utilisation du suivi rapide de la couverture: la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole en Équateur (Avril 2003)
- Vol.XXIV, Numéro 5: Contrôle accéléré de la rubéole et prévention du SRC: stratégies (Octobre 2002)
- Vol.XXIV, Numéro 4: Leçons tirées: les deux premières années de la surveillance régionale de la rubéole (Août 2002)
- Vol.XXIV, Numéro 2: Le Brésil accélère le contrôle de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale (Avril 2002)
- Vol.XXIV, Numéro 1: Partage d'expériences parmi les directeurs du PEV à la suite d'une campagne antirubéolique (Février 2002)

## Vaccination 2005 pour certains vaccins --- Caraïbe, Canada et États-Unis

	1 BCG								2 Polio								3 DTC ou DTaC						4 DT		5 DTC-Hép B+Hib			6 DTC+Hib ou DTaC+Hib				7 Hép B			8 Hib				9 ROR		10 TT/dT				11 Fièvre jaune		12 Influenza	13 Varicelle	14 Pneumocoque			
	1								1 2 3 4 5 6 7 8								1 2 3 4 5 6						1 2		1 2 3			1 2 3 4				1 2		1	1 2 3 4																	
ANG	NN-11m	3m	5m	7m	18m	4-5a	15a					18m	4-5a				3m	5m	7m								15m	4-5a									>65a; groupes à risque															
ANT	n/a	2m	4m	6m	5a											5a	2m	4m	6m									1a	5a	15a																						
ARU	n/a	2m§	3,5m§	5m§	11-12m§	5a§	10a§					2m§	3,5m§	5m§	11-12m§											2m§	3,5m§	5m§	11-12m§	13-15m	10a									>65a; 6m-5a; >65a; groupes à risque												
BAH	n/a	2m	4m	6m	4-5a											4-5a	2m	4m	6m								1a	4-5a	10-12a																							
BAR	5-6a	3m	4,5m	6m	18m	4,5a	10-11a									4-5a	3m	4,5m	6m								1a	3-5a	10-11a																							
BLZ*	NN	2m	4m	6m	4a												2m	4m	6m								1a	2a	7a+																							
BER*		2m§	4m§	6m§	18m§	4-6a§						2m§	4m§	6m§	18m§	4-6a§										7m	8m	12m	2m§	4m§	6m§	18m§	15m	4-6a	15a									>65a; groupes à risque	12-24m	2m	4m	6m	15-18m			
BON	n/a	2m	3,5m	5m	11m	4a	10a									4a										2m	3,5m	5m	11m																							
BVI	NN-1m	2m	4m	6m	18m	3,5-5a	15+a										2m	4m	6m																																	
CAY	6s	2m§	4m§	6m§	4-5a§							2m§	4m§	6m§	4-5a§																																					
CUR	n/a	2m	3,5m	5m	11m	4a	10a									4a										2m	3,5m	5m	11m																							
DOM*	3m	3m	4m	6m	3a	12a						3m	4m	6m			3a																																			
FGU	1m	2m§	3m§	4m§	16-18m§	6a§	11-13a§	16-18a	tous les 10a			2m§	3m§	4m§	16-18m§	6a	11-13a											2m	3m	8-15m	2m§	3m§	4m§	16-18m§	1a	3-6a																
GRE	n/a	6-8s	16-20s	24-28s	18m	4-5a										4-5a	6-8s	16-20s	24-28s																																	
GUA*	1m*	2m§	3m§	4m§	16-18m§	6a§	11-13a§	16-18a	tous les 10a			2m§	3m§	4m§	16-18m§	6a	11-13a											2m	3m	8-15m	2m§	3m§	4m§	16-18m§	1a	3-6a																
GUY	NN-2m	2m	4m	6m	18m	45m	15a										2m	4m	6m																																	
JAM	NN-6s	6s	3m	5-6m	18m	4-6a											6s	3m	5-6m																																	
MAR*	1m*	2m§	3m§	4m§	16-18m§	6a§	11-13a§	16-18a	tous les 10a			2m§	3m§	4m§	16-18m§	6a	11-13a											2m	3m	8-15m	2m§	3m§	4m§	16-18m§	1a	3-6a																
MON	2m	2m	4m	6m	18m	4,5-5a	14,5-15a									4,5-5a	2m	4m	6m																																	
SAB	n/a	3m§	4,5m§	6m§	12m§	4a§	9a§					3m§	4,5m§	6m§	12m§		4a§	9a§										3m§	4,5m§	6m§	12m§	14m	9-12a																			
SEU	n/a	2m§	3m§	4m§	11m§	4a§	9-10a§					2m§	3m§	4m§	11m§		4a§	9-10a§										2m§	3m§	4m§	11m§	14m	9-10a																			
SCN	NN-4s	2m	4m	6m	18m	4-5a	11a & 16a										2m	4m	6m																																	
SMA	NN	2m§	3m§	4m§	11m§	4a§	9a§					2m§	3m§	4m§	11m§		4a§	9a§									2m	3m	11m	2m§	3m§	4m§	11m§	14m	9a																	
STL*	6s	3m	5m	7m	19m	4-5a	11a									4-5a	3m	5m	7m																																	
STV	NN	2m	4m	6m	18-24m	4-5a										4-5a	2m	4m	6m																																	
SUR*	n/a	2m	4m	6m	18m	4-6m											2m	4m	6m																																	
TRT	n/a	3m	4-5m	6m	1-2a	4-6a											3m	4-5m	6m																																	
TUR	NN-12m	6s	12s	18s	18m	4-5a	10a									4,5a	6s	12s	18s																																	
CAN*	n/a	2m§	4m§	6m§	18m§	4-6a§						2m§	4m§	6m§	18m§	4-6a§																																				
USA*	n/a	2m	4m	6-18m	4-6a							2m	4m	6m	15-18m	4-6a																																				

**NN: nouveau né**

**n/a: non applicable**

**§: administré en temps que vaccin combiné**

**†: ne comprend pas le vaccin anti-marijuana administré aux voyageurs vers les zones endémiques.**

\* BLZ: dT à 7 ans si nécessaire.

\* BER: BCG administré sur demande.

\* DOM: vaccin anti-hépatite B administré aux agents de santé, nouveaux-nés de mères positives au VIH et nouveaux-nés de mères positive à l'hépatite B.

\* GUA: BCG administré aux communautés à risque pour la tuberculose.

\* MAR: BCG administré aux communautés à risque pour la tuberculose.

\* STL: vaccin antirougeoleux administré à l'âge de 2 ans; dose supplémentaire de RR à l'âge de 11-12 ans.

\* SUR: vaccin anti-marijuana utilisé au niveau sous-national; introduction au niveau national anticipée pour 2005-2006.

\* CAN: pour calendrier complet, consulter [http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/is-si/recimmusche-icy\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/is-si/recimmusche-icy_e.html)

\* USA: pour calendrier complet, consulter <http://www.cdc.gov/nip/recs/child-schedule.pdf>

## Codes de pays et noms correspondants

ANG	Anguilla	GUA	Guadeloupe
ANT	Antigua-et-Barbuda	GUY	Guyana
ARU	Aruba	JAM	Jamaïque
BAH	Bahamas	MAR	Martinique
BAR	Barbade	MON	Montserrat
BLZ	Belize	SAB	Saba
BER	Bermude	SEU	St-Eustatius
BON	Bonaire	SCN	St-Kitts-et-Nevis
BVI	Îles vierges britanniques	SMA	St-Maartens
CAY	Îles Caïman	STL	Ste-Lucie
CUR	Curaçao	STV	St-Vincent-et-Grenadines
DOM	Dominique	SUR	Suriname
FGU	Guyane française	TRT	Trinité-et-Tobago
GRE	Grenade	TUR	Turques-et-Caïques

Veillez informer les éditeurs du Bulletin d'immunisation de toute divergence et/ou changement concernant votre calendrier national de vaccination.

Les calendriers de vaccination des autres pays de la Région ont été publiés dans le numéro d'avril.

## MALADIES Suite de la page 1

2 janvier et le 26 février (semaines 1 à 10) 2005, alors qu'au Nicaragua 44 170 cas et 53 décès chez des enfants de moins de 5 ans ont été notifiés du 2 janvier au 25 mars (semaines 1 à 12) 2005. Bien que le nombre de consultations pour diarrhée rapporté hebdomadairement pendant le trimestre était inférieur à celui rapporté pendant la même période l'année précédente, le Ministère de la Santé du Guatemala a notifié 44 033 cas et 98 décès survenant chez des enfants âgés de moins de 5 ans entre le 2 janvier et le 25 mars (semaines 1 à 12) 2005. Au Honduras, 68 773 cas et 23 décès ont été notifiés de janvier à mai. Le pays le moins affecté a été le Costa Rica.

Le rotavirus était soupçonné être l'agent étiologique responsable de l'accroissement des cas. Au Salvador, où un système de surveillance du rotavirus est en place, des échantillons de selles ont été prélevés sur des enfants souffrant de diarrhée aiguë en janvier (semaines 1 à 4) 2005 et plus de 50% d'entre eux ont été positifs pour le rotavirus par technique immunoenzymatique (enzyme immunoessay/EIA). Au Nicaragua, un chercheur spécialisé dans le rotavirus a signalé la présence du rotavirus dans 80% des échantillons prélevés entre le 6 février et le 12 mars (semaines 6 à 10) 2005 sur des enfants souffrant de gastro-entérite. Au Guatemala, pays qui mène aussi la surveillance du rotavirus, 85% des 518 échantillons de selles prélevés entre le 2 janvier et le 5 mars (semaines 1 à 9) 2005 étaient positifs pour le rotavirus par la technique EIA.

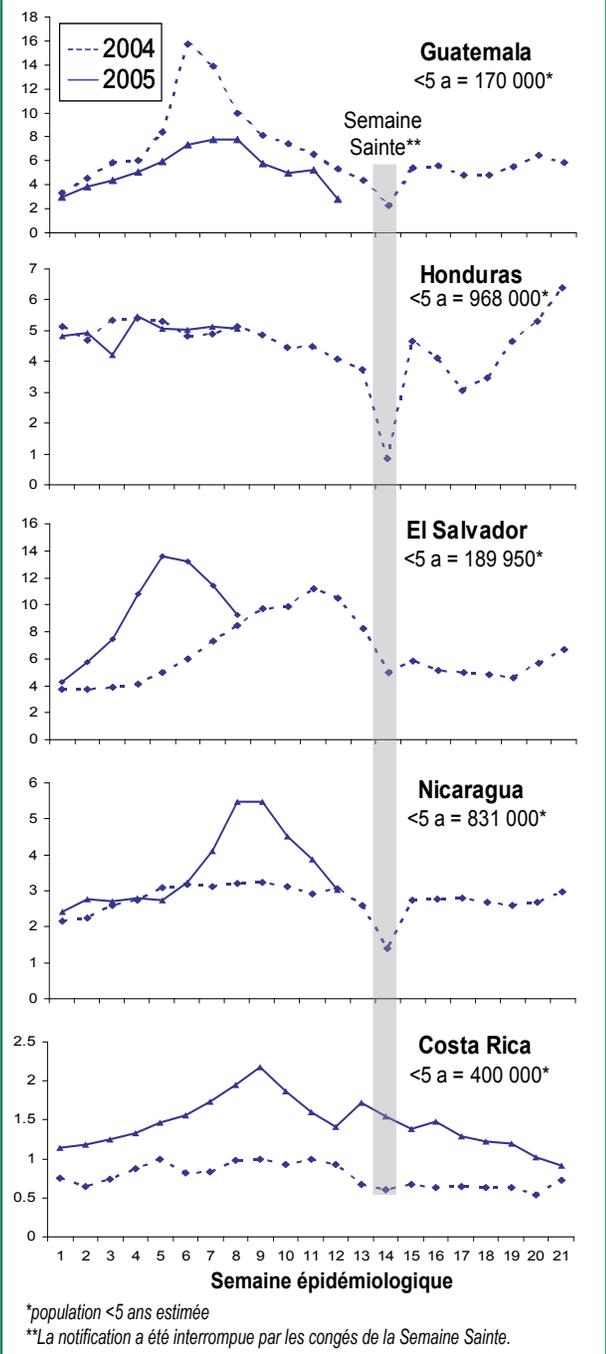
Un certain nombre d'échantillons positifs au rotavirus provenant de chaque pays a été envoyé aux CDC à des fins de caractérisation (tableau 1). La souche prédominante déterminée par classement génotypique dans la sous-région était P[8] non-G1/G2/G3/G4 et représentait 54% des 80 échantillons traités. Par contre, au Nicaragua, la souche prédominante était G4P[8], alors qu'au Costa Rica la souche G1P[8] a été le plus souvent identifiée.

Les grandes flambées de diarrhée signalées par plusieurs pays d'Amérique centrale pendant le premier trimestre de 2005 étaient dues au rotavirus. Ces flambées ont particulièrement mis à l'épreuve les ressources sanitaires limitées des pays au vu de leur ampleur et des coûts occasionnés. Les coûts comprennent ceux dérivés des dépenses médicales (consultations et hospitalisations) ainsi que de la perte de vie. La souche prédominante du rotavirus en question était peu commune.

Cette situation met en exergue l'importance de procéder aux diagnostics du rotavirus et de mettre en place de solides réseaux de surveillance pour la diarrhée en général et pour le rotavirus en particulier. S'il n'existe pas de traitement spécifique pour le rotavirus et si le caractère hautement transmissible du virus rend difficile l'interruption de la transmission communautaire, la grande disponibilité d'outils de diagnostic et l'administration rapide de solutions de réhydratation permettent de réduire la mortalité avec efficacité. Ces dernières années, des flambées épidémiques hivernales de diarrhée infantile d'une ampleur analogue ont été recensées dans d'autres pays de la sous-région et ont mis les mesures de contrôle existantes à rude épreuve. L'absence de structures adéquates de diagnostic a fait craindre que ces flambées saisonnières ne soient des épidémies à l'étiologie inconnue, entraînant des mesures de contrôle souvent inadéquates. Deux vaccins anti-rotavirus en voie d'autorisation en Amérique latine pourraient prévenir des flambées analogues de gastro-entérite à rotavirus. La surveillance du rotavirus permettrait d'évaluer les effets de leur utilisation ■

**Remerciements:** L'Unité d'immunisation souhaite remercier le personnel des ministères de la santé du Costa Rica, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras et du Nicaragua pour leur contribution à cet article et pour avoir fourni des données.

Figure 1. Consultations pour diarrhée d'enfants âgés de moins de 5 ans, par semaine, dans cinq pays d'Amérique centrale. Janvier à mai 2004 et 2005.



\*population <5 ans estimée

\*\*La notification a été interrompue par les congés de la Semaine Sainte.

Tableau 1. Résumé de la caractérisation du rotavirus à partir d'échantillons de cinq pays d'Amérique centrale. Janvier à mars 2005

Pays (nb. d'échantillons typifiés)	Souches par génotype (%)						
	G1	G2	G3	G4	Autre G	P[8]	NT*
Guatemala (33)	3	0	0	0	97	64	36
Honduras (15)	0	0	20	0	80	87	13
El Salvador (15)	0	0	0	0	100	100	0
Nicaragua (27)	0	0	7	81	11	88	11
Costa Rica (20)	45	0	0	25	30	90	9
Total (110)	9	0	5	25	62	83	17

\*NT: génotype P non typifiable

## Surveillance de la rougeole/rubéole aux Amériques: données finales, 2004

Pays	Total de cas présumés de rougeole/rubéole notifiés	Rougeole confirmée			Rubéole confirmée			Total de cas confirmés 2003	
		Cliniqu.	Laboratoire	Total	Cliniqu.	Laboratoire	Total	Rougeole	Rubéole
Anguilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentine	487	0	0	0	2	4	6	0	8
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	28	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	104	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermudes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivie	805	0	0	0	0	12	12	0	41
Brésil	17368	0	0	0	124	195	319	2*	563
Iles vierges britanniques	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Canada	7	0	7	7*	...	...	...	15*	...
Iles Caïman	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chili	301	0	0	0	0	3	3	1*	2
Colombie	2308	0	0	0	5	40	45	0	47
Costa Rica	136	0	0	0	0	0	0	1*	0
Cuba	838	0	0	0	0	18	18	0	0
Dominique	1	0	0	0	0	0	0	0	0
République dominicaine	239	0	0	0	0	7	7	0	4
Équateur	665	0	0	0	22	57	79	0	94
El Salvador	174	0	0	0	0	1	1	0	3
Guyane française	56	0	0	0	...	...	...	0	0
Grenade	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	771	0	0	0	0	36	36	0	5
Guyana	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Haïti	28	0	0	0	0	3	3	0	2
Honduras	255	0	0	0	0	1	1	0	1
Jamaïque	122	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	7626	3	61	64	621	78	699	44*	35
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antilles néerlandaises	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	355	0	0	0	0	6	6	0	5
Panama	264	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	515	0	0	0	0	1	1	0	11
Pérou	4039	0	0	0	11	1748	1759	0	328
Porto Rico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St-Kitts-et-Nevis	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ste-Lucie	4	0	0	0	0	0	0	0	0
St-Vincent-et-Grenadines	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	15	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	21	0	0	0	0	0	0	0	0
Iles Turques-et-Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iles vierges américaines	...	...	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis	49	0	37	37†	...	12	12	56††	7
Uruguay	13	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	1306	0	0	0	0	96	96	0	36
TOTAL	38919	3	105	108	785	2318	3103	119	1192

... sans information

† 23 cas importés

\* dûs à une importation

†† 24 cas importés

**RUBÉOLE** suite de la page 3

La surveillance du SRC et les systèmes d'information périnatale permettent de dépister les malformations congénitales chez les nourrissons, d'où un renforcement des soins périnatals. Pour obtenir une surveillance de haute qualité du SRC, les services périnatals doivent dispenser des soins complets, tels les contrôles-bilans pour bébé et/ou l'instauration de zones de consultation pour les nouveau-nés avec des infections congénitales ou à haut risque. Le contrôle et le suivi des nourrissons souffrant du SRC exigent aussi une collaboration plus poussée avec les services de réhabilitation et d'éducation pour handicapés. C'est l'occasion d'améliorer la qualité des services de développement de l'enfance et d'élargir l'accès à ces services.

**Réflexions finales**

L'Unité d'immunisation de l'OPS prévoit de conduire une analyse interprogrammatique pour étayer l'effet de la stratégie d'élimination de la rubéole sur les volets fondamentaux des SSP. Ces évaluations auront pour objet de démontrer l'effet de l'élimination de la rubéole sur l'efficacité du système de santé, les coûts, la santé en général, la satisfaction parmi les utilisateurs des services ainsi que l'équité et l'accès aux services.

Un des grands défis qui se présente en matière de soins maternels et périnatals est de garantir l'accès universel car les services dans les communautés à risque élevé, où la population est pauvre, sont souvent insuffisants. L'objectif de la vaccination contre la rubéole étant d'atteindre 100% de la population, elle contribue à la diminution des inégalités dues au genre, à la race ou à l'ethnie, au statut social et à la position géographique.

En résumé, l'expérience montre que l'élimination de la rubéole contribue au renforcement des composantes essentielles des SSP (équité, participation communautaire, prévention, participation intersectorielle, technologie adéquate, viabilité et qualité). Elle encourage également le renforcement des services de santé dans des domaines tels que les systèmes d'information, la gestion, le développement des ressources humaines, la logistique et la recherche. Et en dernière note, l'élimination de la rubéole devrait aussi contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) visant à réduire la mortalité infantile (OMD 4) et à améliorer la santé maternelle (OMD 5) ■

**Références:**

1. Andrus JK, Roses M. Editorial: Elimination of rubella and congenital rubella syndrome in the Americas: another opportunity to address inequities in health.

2. *Pan Am J Public Health*, 2004; 15(3):145-6.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. *Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper (Draft for discussion)*. March 2005.
4. Irons B, Lewis MJ, Dahl-Regis M, Castillo-Solórzano C, Carrasco PA, de Quadros CA. *Strategies to eradicate rubella in the English-speaking Caribbean*. *Am J Public Health* 2000;90(10):1545-1549.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. *Soutien aux programmes d'immunisation – Élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale*. *Bull. informatif du PEV*. 2003; Vol. XXV(5):1-2
6. Castillo-Solórzano C, Carrasco P, Tambini G, Reef S, Brana M, de Quadros CA. *New Horizons in the Control of Rubella and Prevention of Congenital Rubella Syndrome in the Americas*. *J Infect Dis*. 2003; 187:5146-52.
7. Castillo-Solórzano C, Andrus JK. *Rubella Elimination and Improving Health Care for Women*. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(11):2017-2021.

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

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

ISSN 1814-6260

Année XXVII, Numéro 4 • Août 2005

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



Bureau régional de l'  
Organisation mondiale de la Santé

**Unité d'immunisation**

525 Twenty-third Street, N.W.

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

<http://www.paho.org>

(Search: Immunization Newsletter)