



# Bulletin informatif du PEV

## Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXVI, Numéro 2

Protégez vos enfants par la vaccination

Avril 2004

### Réunion du panel ad hoc d'experts sur la rubéole et la rougeole



Certains membre du panel d'experts (de gauche à droite): Dr Carlos Castillo-Solórzano, Dr Peter Strebel, Dr Louis Cooper, Dr Stanley Plotkin, Dr Michael Katz, Dr Alan Hinman et Dr Jon Andrus. Washington, D.C., 3 et 4 mars 2004.

Lors de sa session de septembre 2003, le 44<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé l'objectif de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) d'ici 2010 et a exhorté les pays à préparer des plans d'action nationaux préliminaires dans un délai d'un an. Il a également demandé à la Directrice de l'Organisation d'élaborer un plan d'action régional et de mobiliser les ressources nécessaires pour l'élimination de la rubéole et du SRC.

Ces recommandations se fondaient sur la réduction rapide du fardeau des maladies due à l'exécution d'une stratégie de contrôle accéléré de la rubéole, à la vaste expérience acquise par la Région lors de la vaccination de groupes de population vastes

et hétérogènes, aux données coût-avantage provenant des Caraïbes anglophones, à l'accès à un vaccin sûr, abordable et efficace et à l'engagement politique existant des États membres.

Dans ce contexte, l'Unité d'immunisation (IM) de l'OPS a tenu une réunion d'un panel ad hoc d'experts sur la rubéole et la rougeole à Washington, D.C., les 3 et 4 mars 2004. Les buts de la réunion étaient d'examiner les stratégies en place pour l'élimination de la rubéole et du SRC, de passer en revue les indicateurs actuels de l'OPS pour la surveillance de la rougeole et les définitions pour l'élimination de la rougeole et de faire des suggestions pour d'éventuelles révisions.

La réunion a rassemblé des experts et des responsables sanitaires du Brésil, du Canada, du Chili, des États-Unis, du Honduras, du Mexique et du Royaume-Uni. Des membres et des consultants de l'OPS/IM, ainsi que des cadres de l'OMS ont également participé à la réunion. Les experts ont réaffirmé que les stratégies en vue de l'élimination de la rubéole et du SRC préconisées par l'OPS sont correctes. Ces dernières comprennent une couverture systématique élevée parmi les enfants, des campagnes de vaccination de masse des adultes pour réduire le réservoir de personnes susceptibles, l'inclusion du vaccin antirubéoleux dans des campagnes de suivi de la rougeole et une surveillance de haute qualité de la rubéole et du SRC.

Le tableau sur les pages suivantes énumère plusieurs des questions abordées par les experts.

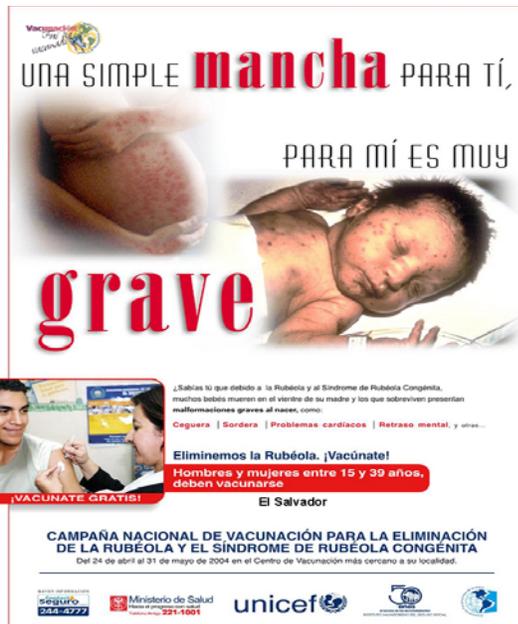
#### Dans ce numéro:

Réunion du panel ad hoc d'experts sur la rubéole et la rougeole.....	1	Taux de couverture: DTC-3, VPO-3, Rougeole et BCG - Région des	
En marche vers l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole		Amériques, 2003 .....	7
congénitale .....	4	Les vaccins: prévention de la maladie et protection de la santé .....	8
L'élimination de la rougeole au Mexique.....	4		

→ Quelle définition de l'élimination de la rubéole devrait être utilisée aux Amériques?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'interruption de la transmission endémique du virus rubéoleux dans tous les pays constitue l'élimination de la rubéole et du SRC aux Amériques. Il n'existe aucun cas de SRC acquis de façon autochtone.</li> <li>• Le rétablissement de la transmission endémique est une situation dans laquelle une chaîne de transmission se poursuit sans interruption sur une période de <math>\geq 12</math> mois.</li> <li>• Les autres définitions et classifications doivent être semblables à celles établies pour la rougeole.</li> </ul>
→ Y a-t-il raison de modifier l'approche actuelle de vaccination des femmes en âge de procréer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expérience en matière de vaccination de masse de millions de femmes en âge de procréer a permis un suivi de plusieurs milliers de femmes ayant été vaccinées alors qu'elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes. Le suivi de leur grossesse a produit des résultats très rassurants. Bien que <math>\sim 3,6\%</math> des nourrissons nés de femmes susceptibles vaccinées en début de grossesse présentaient des IgM positives, <b>AUCUN</b> ne présentait d'anomalies compatibles avec le SRC. Les études sur l'isolation du virus se poursuivent.</li> <li>• Les autres pays qui vaccinent en masse les femmes adultes doivent réaliser des études similaires.</li> </ul>
→ Quels sont les avantages potentiels de l'initiative de la rubéole sur le renforcement du système de santé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle aide à renforcer la surveillance et les services aux nouveaux-nés (examen de l'ouïe, surveillance des maladies congénitales, etc.).</li> <li>• Elle peut potentiellement améliorer les services et le suivi des enfants souffrant de maladies congénitales telles que les déficiences auditives et les difficultés d'apprentissage.</li> <li>• Elle permet d'établir un contact entre les services sanitaires officiels et les adultes, en particulier les hommes qui souvent ne sont pas en contact avec ces services.</li> <li>• Elle accroît la sensibilisation aux problèmes de santé de la population féminine.</li> <li>• Elle permet un rapprochement entre les systèmes de santé et les systèmes d'éducation qui desservent les enfants.</li> <li>• Elle renforce l'infrastructure et la qualité des services.</li> <li>• Elle crée des économies de coût pour le système de santé.</li> <li>• Elle aide à établir une structure/mécanisme pour introduire les futurs vaccins visant les adultes (par exemple VIH et virus humain du papillome).</li> </ul>
→ Étant donné que le programme passera à une surveillance intégrée de la rougeole/rubéole, les définitions de cas actuelles doivent-elles être modifiées? Et si c'est le cas, dans quel sens?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une intégration totale de la surveillance de la rougeole et de la rubéole requiert une définition concernant un cas présumé de rougeole/rubéole. Étant donné que les agents de santé les plus jeunes ne connaissent pas bien la rougeole, la définition suivante est proposée: <i>une maladie fébrile éruptive <u>ou</u> quand un prestataire de soins soupçonne une infection par la rougeole ou la rubéole.</i></li> <li>• Tous les cas présumés notifiés devraient être signalés au système de notification du PEV ainsi qu'aux systèmes de surveillance sanitaire existants.</li> </ul>
→ Quels sont les critères/indicateurs devant être utilisés/établis pour justifier l'applicabilité d'une surveillance intégrée?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A des fins de discussion, l'intégration est définie comme l'absence de systèmes de notification/surveillance totalement séparés pour la rougeole et la rubéole. Sauf en cas de flambées, tous les spécimens seront testés tant pour la rougeole que pour la rubéole.</li> <li>• Des indicateurs devraient être définis pour l'applicabilité d'une surveillance combinée/intégrée de la rougeole et de la rubéole. Nombre d'indicateurs existants de la rougeole peuvent être utilisés tels quels; d'autres pourraient avoir besoin d'être modifiés.</li> <li>• Un indicateur essentiel de la sensibilité de la surveillance est le taux rapporté de cas présumés. Il serait utile de disposer d'un indicateur minimum de sensibilité comparable au taux de PFA utilisé pour la polio. Les participants ont demandé que les expériences nationales soient examinées de sorte que des propositions pour un taux de référence puissent être discutées à la réunion de novembre 2004 du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination (par exemple le taux de 1-5/100.000 est utilisé au Mexique et au Royaume-Uni). Il faut également déterminer le groupe d'âge auquel le taux de référence serait appliqué.</li> <li>• Un indicateur de spécificité de la surveillance se rapporte aux résultats des essais en laboratoire.</li> </ul>
→ Les définitions de cas pour la surveillance du SRC sont-elles utiles?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les définitions de cas pour la surveillance du SRC sont très utiles. Il faut rappeler qu'il existe une différence entre la surveillance et le diagnostic. Une définition sensible pour le rapport d'un cas présumé de SRC menant à une investigation est cruciale dans un contexte d'élimination. La définition actuelle semble appropriée pour la surveillance: <i>un agent de santé à tous les niveaux du système de santé doit soupçonner le SRC chez un nourrisson quand (1) après la naissance une ou plusieurs des conditions suivantes sont détectées: cataracte congénitale, hépato-splénomégalie, ductus arteriosus manifeste, purpura ou problèmes auditifs et (2) il est établi que la mère d'un nourrisson a été infectée par la rubéole, confirmée par laboratoire, au cours de sa grossesse <b>ET</b>, après un examen physique minutieux, pour une raison ou une autre, il existe une présomption clinique de SRC chez le nourrisson.</i> Pour le diagnostic, une définition plus spécifique pourrait s'avérer appropriée. La confirmation par laboratoire demeure la norme absolue.</li> <li>• A des fins de contrôle des tendances, la surveillance du SRC doit être renforcée partout aux Amériques à travers la collaboration avec le Système d'information périnatale régional du CLAP (Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain) et de l'ECLAMC (Étude collective latino-américaine sur les malformations congénitales).</li> </ul>
→ Quelles doivent être les directives pour l'investigation et le suivi de cas de SRC?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le système en place de surveillance sentinelle du SRC est approprié pour les pays se trouvant en phase initiale d'élimination. Lors du développement du programme, la surveillance devra probablement s'étendre aux hôpitaux secondaires ainsi qu'aux centres de soins tertiaires. En phase finale, il faudra s'efforcer d'identifier/se livrer à des investigations sur chaque cas individuel.</li> </ul>

<p>→ D'autres tests ou méthodes de collecte doivent-ils être incorporés au système de réseau de laboratoires?</p> <p>→ Aux fins d'élimination, quand faut-il prélever un deuxième spécimen pour mesurer les IgM? Y a-t-il des groupes particuliers parmi lesquels il faut systématiquement répéter le prélèvement sérologique?</p> <p>→ Quel est l'usage approprié des tests d'IgM et d'avidité lors de la grossesse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tests sérologiques pour les IgM dans les cinq jours suivant l'apparition de l'éruption peuvent être négatifs chez les sujets infectés par la rubéole. Afin d'identifier les chaînes de transmission, cette méthode est appropriée en phase initiale d'élimination mais ne l'est plus lorsque l'élimination approche.</li> <li>• En phases ultérieures, le prélèvement d'un deuxième spécimen peut s'avérer nécessaire si le test IgM initial (prélevé dans les cinq jours suivant l'apparition de l'éruption) est négatif. Ceci permet de procéder à une sérologie en paire des IgM et des IgG.</li> <li>• L'évaluation d'un cas présumé de rubéole chez la femme enceinte nécessite le prélèvement d'un deuxième spécimen si l'IgM initial prélevé dans les cinq jours suivant l'apparition de l'éruption est négatif. Ceci permet de procéder à une sérologie en paire des IgM et des IgG.</li> <li>• Le test d'avidité associé au test d'IgM peut être utile pour évaluer la durée du temps écoulé depuis le début de l'infection mais son utilité n'est pas prouvée en cas de réinfection, qui peut être imputable à une réponse IgM.</li> <li>• Dans certains endroits selon les pays, les femmes enceintes sont systématiquement testées pour les anticorps IgG et IgM. A moins de soupçonner une exposition récente à la rubéole, le test IgM n'est pas indiqué dû à la possibilité, faible mais réelle, de fausse positivité ou de vraie détection d'anticorps IgM constamment positifs.</li> <li>• Les études pour évaluer l'utilité d'autres approches diagnostiques, comme l'épreuve de RT-PCR (reverse transcriptase-polymerase chain reaction) sur les fluides oraux ou autres prélèvements rhinopharyngés, doivent être activement poursuivies par l'OPS. Dans le même temps, il faut résoudre les questions pratiques relatives à la dissémination élargie des tests PCR.</li> </ul>
<p>→ Quelles doivent être les directives pour l'obtention de spécimens pour la culture du virus rubéoleux?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les pays où l'incidence de la rubéole continue d'être élevée, les spécimens doivent être obtenus à partir d'une série de structures suffisantes pour établir la distribution des souches du virus rubéoleux en circulation.</li> <li>• Il faut identifier dans chaque pays une ou plusieurs personnes chargées d'assurer la collecte de spécimens pour l'isolement du virus rubéoleux. Ce pourrait être la personne chargée de l'isolement du virus rougeoleux.</li> <li>• Alors que l'élimination approche, il faudra tenter d'isoler le virus rubéoleux à partir de tous les cas sporadiques et de toute chaîne de transmission, tant à des fins de diagnostic que pour caractériser l'origine du virus.</li> <li>• Il faudra caractériser les isolats obtenus, à des fins d'épidémiologie moléculaire.</li> <li>• En matière de diagnostic, le développement de la technologie RT-PCR, par exemple, sur les fluides oraux (ou autres prélèvements rhinopharyngés) pourrait pallier au besoin d'isoler le virus.</li> </ul>
<p>→ Quelles sont les définitions les plus appropriées de l'élimination de la rougeole et du rétablissement de la transmission endémique/ autochtone de la rougeole utilisées par l'OPS?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'interruption de la transmission endémique du virus rougeoleux dans tous les pays constitue l'élimination de la rougeole aux Amériques.</li> <li>• Le rétablissement de la transmission endémique est une situation dans laquelle la chaîne de transmission se poursuit sans interruption sur une période de <math>\geq 12</math> mois.</li> <li>• Les cas importés sont des cas exposés en dehors de l'hémisphère occidental pendant les 7 à 21 jours qui précèdent l'apparition de l'éruption, comme le montre l'analyse des données épidémiologiques et/ou virologiques.</li> <li>• Les cas liés à une importation de la rougeole sont des infections contractées localement faisant partie d'une chaîne de transmission provenant d'un cas importé, comme le montre l'analyse des données épidémiologiques et/ou virologiques.</li> <li>• Les cas de rougeole dont la source d'infection est inconnue sont des cas pour lesquels la source n'a pas été identifiée après une recherche approfondie.</li> </ul>
<p>→ Les indicateurs de surveillance proposés par l'OPS sont-ils appropriés?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faudra établir un indicateur correspondant au taux de maladie éruptive, fondé sur l'expérience dans les pays.</li> <li>• Les indicateurs actuels semblent être utiles.</li> </ul>
<p>→ Quels critères de surveillance l'OPS doit-elle utiliser pour évaluer l'interruption de la transmission autochtone (post-éradication)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il sera nécessaire d'établir une série d'indicateurs, comprenant le niveau d'immunité de la population, le caractère approprié de la surveillance et de l'investigation, la capacité des laboratoires et leur performance.</li> </ul>
<p>→ Quels critères l'OPS doit-elle utiliser pour certifier l'élimination de la rougeole?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outre les critères liés à la durée de l'interruption de la transmission et aux autres facteurs mentionnés ci-dessus, il faudra établir des critères opérationnels portant sur la performance du programme (par exemple l'examen des registres cliniques).</li> </ul>
<p>→ Quels doivent être les thèmes prioritaires de recherche pour l'élimination de la rubéole et de la rougeole?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact du programme de la rubéole sur les services de vaccination systématique et sur le renforcement des services de santé.</li> <li>• Implications épidémiologiques/économiques de la vaccination des adultes masculins sur les programmes de la rubéole.</li> <li>• Faire connaître le fardeau sur la santé et l'économie de la rubéole et du SRC aux Amériques et les coûts et avantages de l'élimination de la rubéole.</li> <li>• Faire connaître l'impact de la rubéole et de l'élimination de la rubéole sur des secteurs autres que la santé, par exemple, l'éducation.</li> <li>• Évaluer les tests (par ex. épreuves RT-PCR, test d'avidité), les spécimens cliniques alternatifs (par ex. fluides oraux, taches de sang séché) et les algorithmes de tests dans les pays de l'OPS.</li> <li>• Passer en revue l'expérience des pays concernant les indicateurs/stratégies de surveillance.</li> <li>• Évaluer les différentes approches de la surveillance du SRC.</li> <li>• Évaluer la Semaine de vaccination aux Amériques.</li> <li>• Revoir la surveillance des manifestations supposées être attribuées à la vaccination ou l'immunisation (MSAVI) et les pratiques d'injection sûre à l'OPS.</li> </ul>

# En marche vers l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale



Parmi les activités marquant la célébration de la Semaine de vaccination aux Amériques, le Salvador et l'Équateur ont mené des campagnes de vaccination parmi les hommes et les femmes pour éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale. Au Salvador, 2,9 millions de personnes âgées de 15 à 39 ans seront vaccinées, alors qu'en Équateur, 5,1 millions de personnes âgées de 16 à 39 ans sont ciblées. Le but de cette stratégie est de réduire rapidement la circulation du virus rubéoleux et d'empêcher également que le fardeau de la maladie ne se porte sur les jeunes adultes susceptibles de la contracter, en particulier les femmes en âge de procréer. Les deux campagnes se poursuivront jusqu'au 31 mai 2004.

Cette intervention a un coefficient coût-avantage élevé, produit des économies pour le système de santé et constitue une opportunité de réduire les inégalités en matière de soins dispensés aux jeunes adultes et de santé maternelle. De plus, cette activité favorise une culture de prévention et joue un rôle critique dans la réduction de la mortalité et des malformations congénitales

chez les enfants. Au cours des campagnes de vaccination, le plaidoyer, la promotion et la mobilisation sociale produisent des avantages énormes au niveau du renforcement des services de santé destinés à la population adulte. L'utilisation du vaccin combiné rougeole-rubéole (RR) contribue au renforcement de l'élimination de la rougeole aux Amériques.

Nous saluons l'engagement politique des autorités nationales qui, par l'intermédiaire de décrets présidentiels, ont déclaré d'intérêt national les campagnes de vaccination et ont assigné les ressources nécessaires à ces efforts. Nous saluons également les agents de santé pour leur dévouement et leur enthousiasme. Enfin, nous félicitons les agences de coopération internationale qui ont contribué au succès des campagnes grâce à leur appui technique et financier.



## L'élimination de la rougeole au Mexique

### Antécédents

La transmission autochtone de la rougeole est interrompue au Mexique et dans le reste des Amériques depuis 2002<sup>1</sup>. Toutefois, 108 cas confirmés ont été signalés au Mexique depuis avril 2003 et la transmission se poursuit. L'isolement du virus et le séquençage génétique ont lié ces cas à des importations de virus rougeoleux H1 provenant d'autres parties du monde. La transmission qui se poursuit au Mexique met l'accent sur le risque d'importation du virus rougeoleux.

<sup>1</sup> Conformément aux dispositions du Plan d'action pour l'élimination de la rougeole aux Amériques, adopté par le 38<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en septembre 1995 et aux recommandations du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination.

Une mission de l'OPS a été invitée à se rendre au Mexique du 19 au 23 avril 2004. Les objectifs de la visite étaient les suivants: 1) évaluer la circulation du virus rougeoleux au Mexique au cours des 12 derniers mois; 2) examiner les mesures prises pour interrompre la transmission; et 3) identifier les leçons apprises et les défis présentés par l'interruption de la transmission du virus rougeoleux au Mexique.

Le présent article présente les conclusions et le plan d'action convenu à la suite de l'examen mentionné ci-dessus de la situation de la rougeole au Mexique et mené conjointement par les autorités sanitaires du Mexique et la délégation de l'OPS.

## Conclusions

### 1) Le Mexique a mis en œuvre les stratégies d'élimination de la rougeole recommandées par l'OPS.<sup>2</sup>

En 1993, le Mexique a mené une campagne de rattrapage pour réaliser l'interruption rapide de la transmission de la rougeole. La vaccination contre la rougeole ciblait les enfants de moins de 14 ans et une couverture de 96% a été obtenue. En 1998 et 2002-2003, des campagnes de rattrapage ciblant des enfants de 1 à 4 ans ont été menées pour protéger les enfants en âge préscolaire; ces campagnes ont atteint des niveaux de couverture de 95%.

En ce qui concerne la vaccination systématique pour maintenir l'élimination de la rougeole, les données officielles de couverture vaccinale ont indiqué des niveaux nationaux de couverture de 95% pour les enfants âgés d'un an, de 98% pour les enfants de deux ans et de 99% pour les enfants de moins de cinq ans pour décembre 2003. Cette couverture a été maintenue sur les quatre dernières années. Le suivi rapide de la couverture dans plusieurs états assuré depuis un certain nombre d'années en utilisant la méthodologie de l'OMS<sup>3</sup> a en général produit des taux similaires ou plus élevés.

De même, l'enquête nationale de 2000 sur la séroprévalence des enfants âgés de 1 à 9 ans (6270 échantillons) menée par l'Institut national de santé publique du Mexique a enregistré 99% de séropositivité pour la rougeole (avec un intervalle de confiance à 95%: 98,8-99,3), sans aucune différence significative au niveau du sexe ou de l'environnement urbain/rural. Ces données sont la preuve d'une bonne couverture vaccinale obtenue au moyen des diverses stratégies de vaccination employées pour éliminer la rougeole.

Le Mexique est également doté d'un système de surveillance sensible qui se traduit par la détection précoce des cas. L'efficacité du système a été mise en évidence lors des récentes investigations menées dans les zones ayant rapporté des cas de rougeole en 2003-2004: le District fédéral (DF) et les États de Mexico et de Hidalgo. Ces investigations ont été coordonnées entre les niveaux fédéral, des états et locaux, avec la participation de toutes les institutions sanitaires. Au nombre de leurs activités spécifiques, il faut noter:

- Des études cliniques et épidémiologiques de cas;
- Des recherches actives de cas, la recherche de cas dans la zone entourant la résidence et les endroits connus pour avoir des cas confirmés, ainsi que sur les lieux de travail, les garderies d'enfants, les marchés et les écoles;
- La vaccination de la population susceptible et des enfants âgés de 6 à 11 mois;
- La recherche rétrospective de cas dans les centres de santé; et
- Le suivi rapide de la couverture.

### 2) La flambée de rougeole de 2003-2004

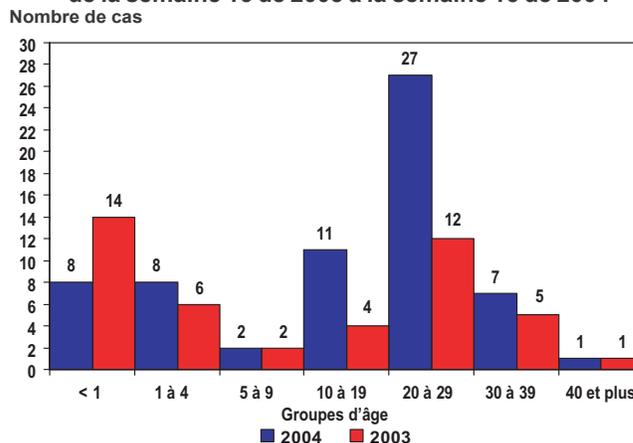
Le premier cas connu de cette flambée est apparu à Mexico, la date d'apparition étant le 13 avril 2003. Entre avril 2003 et avril 2004, 108 cas confirmés de rougeole, 44 en 2003 et 64 en 2004 (jusqu'à la semaine épidémiologique 16 de 2004), ont été notifiés au Système de surveillance épidémiologique pour les maladies exanthématiques fébriles.

<sup>2</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Document technique No. 41: *Measles Eradication Field Guide*. 1999. Washington, D.C.

<sup>3</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. *L'utilisation du suivi rapide de la couverture: la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole en Équateur*. Bulletin du PEV 2003; 25(2):1-3

Sur les 108 cas confirmés, 102 l'ont été par laboratoire et 6 par lien épidémiologique. La source d'infection n'a pas pu être déterminée dans 32 cas (31%). Sur les cas confirmés, 77 se sont produits dans le District fédéral, 24 dans l'État de Mexico, 4 dans l'État de Hidalgo, 2 dans l'État de Coahuila et 1 dans l'État de Campeche. Les groupes d'âge les plus affectés ont été les jeunes adultes et les enfants de moins d'un an (figure 1).

**Figure 1. Cas de rougeole au Mexique, par groupes d'âge, de la semaine 16 de 2003 à la semaine 16 de 2004**



Source: Secrétariat à la Santé, Mexique

Des tests sérologiques pour la rougeole ont été effectués à l'Institut de référence diagnostique et épidémiologique (INDRE), le laboratoire épidémiologique national de référence du Mexique, et aux Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) aux États-Unis à l'aide du test ELISA pour la détection des IgM rougeoleuses.

Ensuite, des échantillons pharyngés et d'urine ont été testés pour culture et amplification en chaîne par polymérase (PCR) à l'INDRE et aux CDC. Les derniers 12 mois ont produit 13 positifs avec des séquences homologues à 100% correspondant au génotype H1, très semblables à la souche H1 actuellement en circulation au Japon. Toutefois, la source d'importation n'a pas été identifiée. Les données préliminaires indiquent que trois nucléotides du virus diffèrent de ceux du virus H1 virus isolé d'un cas rapporté au Chili en 2003 et importé du Japon. Le génotype H1 a récemment fait surface en Corée et en Chine, donnant à penser que cette partie de l'Asie est la source d'importation du virus.

Le Comité national de sécurité de la santé du Mexique a déclaré une situation d'urgence nationale, qui requiert une action déterminée pour interrompre la transmission. Ce Comité a convenu de:

- renforcer le Plan d'action pour interrompre la transmission.
- éliminer la circulation du virus rougeoleux tout en progressant avec le programme destiné à éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale à l'aide d'une action simultanée et vigoureuse au niveau du pays tout entier.
- acheter et distribuer 16,5 millions de doses de vaccin contre la rougeole-rubéole (RR) pour les administrer à la population susceptible (âgée de 13 à 39 ans).
- distribuer les directives générales pour exécution immédiate du Plan d'action respectif par État.
- activer, sans exception, les Comités des États pour la sécurité de la santé, la surveillance épidémiologique (CEVE) et la vaccination (COEVA). Ils devront se réunir sur une base per-

## Stratégies pour interrompre la transmission du virus rougeoleux au Mexique

Au vu de l'existence d'un plan technique national et de la politique visant à interrompre la transmission de la rougeole, les autorités sanitaires mexicaines et l'équipe de l'OPS ont convenu que les mesures générales suivantes devraient être prises pour soutenir les efforts actuels et assurer une exécution optimale du plan d'action:

1. Le Mexique a fait des efforts considérables pour maîtriser la flambée dans les municipalités affectées. Toutefois, comme le recommandent le Comité national de sécurité de la santé et le Conseil national de vaccination (CONAVA), il est important de mener des campagnes intensives de vaccination pour interrompre la circulation du virus rougeoleux.

- La priorité dans ces campagnes de vaccination consiste à vacciner tous les adolescents et les jeunes adultes de 13 à 39 ans avec le vaccin RR. Selon l'information épidémiologique sur les cas de rougeole et l'enquête sur la séoprévalence nationale, ce groupe est celui qui court le risque le plus élevé.
- Les activités de vaccination devraient être menées rapidement, de préférence dans un laps de temps de 4 à 6 semaines.
- En raison du temps requis pour une planification optimale de la campagne de vaccination et de la disponibilité de toutes les ressources nécessaires, la meilleure époque pour assurer une exécution réussie de la campagne de vaccination est le mois de septembre 2004. Toutefois, le groupe reconnaît que la transmission se poursuivra et qu'il existe un risque réel d'augmentation du nombre de cas et de propagation de la flambée à d'autres parties du pays. Au vu de ces éléments, le groupe souligne l'importance d'établir des dispositifs d'intervention et d'assurer la disponibilité immédiate des ressources nécessaires, en particulier du vaccin RR.

2. Le succès de la campagne de vaccination dépend de la fourniture ponctuelle des ressources nécessaires. La population ciblée correspond à environ 51 millions de

personnes entre 13 et 39 ans. Une estimation préliminaire, fondée sur les activités de vaccination des années antérieures parmi ce groupe d'âge et l'achat de 16 millions de doses de vaccin RR, indique qu'il faut au moins 26 millions de doses supplémentaires de vaccin RR pour mener une campagne de vaccination vigoureuse et intensive dans le pays tout entier et interrompre la transmission du virus rougeoleux.

3. Les réserves mondiales de vaccin sont limitées. Afin d'assurer que les fabricants disposent de ce nombre de doses et puissent garantir leur disponibilité, les autorités sanitaires doivent faire connaître leurs besoins dès que possible.
4. Il est important que les États et les districts préparent des plans d'action détaillés comportant l'application des modalités optimales pour vacciner tous les jeunes adultes du groupe d'âge ciblé.
5. Afin de garantir l'engagement des États et assurer que ces derniers exécutent le plan de manière optimale, le Secrétariat à la Santé fera connaître une fois de plus les décisions du Conseil national de la sécurité sanitaire à chaque État et émettra des directives incorporant les aspects décrits ci-dessus.
6. Pour améliorer la détection, l'investigation et la classification des cas et des contacts, le Secrétariat à la Santé coordonnera avec les États l'examen de chaque cas probable d'éruption fébrile aiguë et confirmera tous les cas présentant un lien épidémiologique avec des cas confirmés cliniquement ou par laboratoire.
7. Afin de renforcer le réseau national de laboratoires, le Secrétariat à la Santé s'est engagé à prendre les mesures suivantes:
  - Former et consolider les laboratoires nationaux dans le diagnostic des maladies exanthématiques fébriles.
  - Renforcer le rôle du laboratoire national de référence (INDRE) au niveau du contrôle de la qualité et l'évaluation de la performance dans tous les laboratoires du réseau national.

manente et seront responsables du suivi ponctuel des mesures prises au titre du Plan d'action.

- tenir des réunions mensuelles au niveau fédéral de sorte que les comités CEVE et COEVA puissent rendre compte à leurs homologues du niveau central. La première réunion aura lieu les 13 et 14 mai à Mexico et y participeront des directeurs des services de santé, des chefs de programmes et des épidémiologistes des États.

Le plan du Mexique pour interrompre la transmission de la rougeole s'articule sur deux éléments:

a) surveillance épidémiologique:

Les comités CEVE devront garantir l'application des directives de surveillance épidémiologique et leur suivi au niveau local. Ils devront également garantir une coordination inter-institutionnelle approfondie, l'investigation clinique et épidémiologique de chaque cas notifié et le contrôle et la supervision des activités de surveillance et de vérification dans toutes les unités du secteur dans les organismes fédéraux.

b) activités de vaccination pour le contrôle des flambées:

- Exécution immédiate de campagnes de ratissage dans les établissements d'enseignement secondaire et professionnel dans tout le pays et vaccination de la population âgée de 13 à 39 ans dans toutes les centres de santé.
- Mise en place de mesures de prévention et de contrôle quand un cas est notifié à l'aide de «stratégies de blocage» dans les zones à haut risque (zones qui ont des cas et une faible couverture) en vaccinant les enfants de 6 à 11 mois et les personnes âgées de 13 à 39 ans qui n'ont pas été vaccinées depuis l'an 2000.
- Vaccination des agents de santé et des employés du secteur du tourisme sans antécédents de vaccination depuis l'an 2000.

### Défi

La situation actuelle de la rougeole au Mexique pose un défi critique aux autorités nationales pour le maintien de l'élimination de la rougeole aux Amériques. Tant que le virus rougeoleux continue à circuler dans d'autres parties du monde, les pays des Amériques courront le risque d'importation de cas. Les leçons apprises au Mexique pour arrêter la transmission seront essentielles pour d'autres pays de la Région.

## Taux de couverture: DTC-3, VPO-3, Rougeole et BCG Région des Amériques, 2003

Pays	DTC3		VPO3		Rougeole		BCG	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Anguilla	99	99	91	99	99	99	99	99
Antigua-et-Barbuda	98	99	93	99	99	99	N/A	N/A
Argentine	93	...	94	...	95	...	99	...
Bahamas	94	...	93	...	94	...	N/A	N/A
Barbade	87	86	86	86	91	88	N/A	N/A
Belize	89	96	93	95	89	94	97	99
Bermudes	71	92	71	92	75	77	N/A	N/A
Bolivie	93	95	93	94	99	99	99	94
Brésil	96	96	97	99	95	99	99	99
Iles vierges britanniques	98	99	99	99	99	99	80	99
Canada*	93	...	93	...	95	...	N/A	N/A
Iles Caïmanes	93	92	93	92	91	83	92	75
Chili	99	...	99	...	99	...	94	...
Colombie	80	93	82	92	93	93	87	97
Costa Rica	94	88	94	88	94	89	92	87
Cuba	99	73	99	99	93	99	99	98
Dominique	98	99	98	99	99	96	99	99
République dominicaine	73	75	76	73	89	80	96	90
Équateur	87	89	88	99	82	99	99	99
El Salvador	81	88	81	87	93	99	92	90
Grenade	98	98	98	98	96	99	N/A	N/A
Guatemala	95	94	95	94	92	94	96	97
Guyana	91	90	93	91	93	94	91	95
Haïti	39	50	41	48	34	52	45	54
Honduras	95	92	95	92	97	95	94	91
Jamaïque	86	81	86	81	86	78	90	88
Mexique	91	...	92	...	96	...	92	...
Montserrat	92	91	94	91	99	99	99	99
Nicaragua	85	...	85	...	98	...	93	...
Panama	89	86	85	83	89	83	92	87
Paraguay	87	85	87	86	87	91	84	88
Pérou	95	94	95	95	95	95	92	94
St-Kitts-et-Nevis	97	99	97	99	99	93	99	99
Ste-Lucie	88	84	90	85	98	86	95	92
St-Vincent-et-Grenadines	99	...	99	...	99	...	91	...
Suriname	73	74	73	74	73	69	N/A	N/A
Trinité-et-Tobago	96	...	96	...	87	...	N/A	N/A
Iles turques et caïques	93	...	93	96	86	91	92	75
Uruguay	95	91	95	91	95	95	99	99
États-Unis d'Amérique	...	...	90	...	92	...	N/A	N/A
Venezuela	63	67	77	83	78	81	90	88

\* Le Canada utilise le vaccin Pentacel (DTaC-IPV-Hib)

N/A: Données non applicables

... : Données non disponibles

Date de mise à jour: 18 mai 2004

# Les vaccins: prévention de la maladie et protection de la santé<sup>1</sup>

Les pays des Amériques ont fait des progrès considérables dans l'amélioration de la santé des populations de la Région depuis l'établissement de l'Organisation panaméricaine de la Santé il y a un peu plus de 100 ans. Ces améliorations sont dues en grande partie à la mise en œuvre des programmes nationaux d'immunisation (PNI). Ces programmes, en particulier ceux en opération au cours des 25 dernières années depuis que le Programme élargi de vaccination (PEV) a été mis en place aux Amériques, ont réussi à contrôler plusieurs maladies infectieuses évitables par la vaccination. Jusqu'à récemment, les PNI n'utilisaient que quelques vaccins mis au point il y a plusieurs années. Toutefois, de remarquables progrès en biotechnologie ont permis le développement de plusieurs vaccins nouveaux au cours des dix dernières années et de nombreux vaccins candidats sont en préparation. L'un des défis se présentant par conséquent aux preneurs de décision en matière de politiques de santé consiste à introduire ces nouveaux vaccins dans les PNI.

Au vu des progrès rapides de la recherche et du développement dans le domaine des vaccins, et afin de commémorer son premier centenaire, l'Organisation panaméricaine de la Santé a convoqué une conférence pour permettre aux experts à l'avant-garde dans les domaines des vaccins et de l'immunisation d'examiner l'état actuel de la situation et d'envisager les perspectives d'avenir. La conférence, «Vaccins, prévention et santé publique: une vision pour l'avenir», s'est tenue à Washington, D.C. du 25 au 27 novembre 2002 et a réuni plus de 300 experts venus du monde entier.

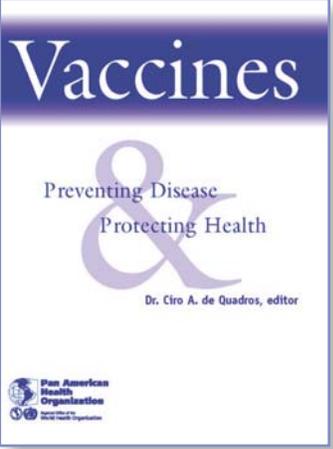
Les documents présentés lors de la conférence sont à l'origine du livre «Les vaccins: prévention de la maladie et protection de la santé». Dans les premiers chapitres, le livre fait état des efforts couronnés de succès pour lutter contre les maladies à l'aide des vaccins, notamment l'éradication de la poliomyélite des Amériques et la contribution potentielle des

nouvelles formulations de vaccins antirougeoleux pour réduire la mortalité due à cette maladie dans le monde entier. Le livre examine également les défis posés par l'utilisation des vaccins dans la lutte contre les maladies émergentes et ré-émergentes telles que le VIH/SIDA et le bioterrorisme.

Dans les chapitres suivants, les auteurs passent en revue les efforts novateurs en cours pour tester l'efficacité des vaccins contre des maladies telles que l'infection par méningocoque, l'infection par l'*Haemophilus influenzae* de type b, la varicelle et l'hépatite A. Ils examinent également les efforts accomplis pour développer une nouvelle génération de vaccins contre le choléra et la typhoïde, la shigellose et l'infection *Helicobacter pylori* et présentent les progrès concernant le développement de vaccins contre la grippe et l'hépatite C.

Le livre comporte des chapitres relatifs à la recherche de vaccins contre la tuberculose, le VIH/SIDA, la fièvre dengue, le paludisme et l'ankylostome. Il traite aussi des nouveaux concepts pour le développement de vaccins et de l'usage d'adjuvants et de méthodes d'administration, tels que les vaccins ADN et les vaccins oraux dérivés de plantes transgéniques. Les derniers chapitres traitent de l'usage de vaccins contre des agents pathogènes utilisés lors d'attaques bioterroristes potentielles, en mettant l'accent sur les agents qui provoquent la variole et la maladie du charbon. Les questions de régulation et de sécurité se rapportant aux vaccins sont également présentées selon les perspectives du secteur public, de l'industrie pharmaceutique et des consommateurs. Le dernier chapitre présente les défis actuels tels le développement des vaccins, la prévention des maladies, le financement interne et externe ainsi que la durabilité des programmes de vaccination et l'impact de la réforme du secteur de la santé sur ces questions.

<sup>1</sup> de Quadros CA, ed. *Vaccines: Preventing Disease & Protecting Health*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2004.

<p>2004, 412 pp. ISBN 92 75 11596 6 US\$ 62,00/46,00 en Amérique latine et aux Caraïbes <b>Code de commande:</b> Publication scientifique et technique No. 596 <b>Commander à:</b> PAHO Sales and Distribution Center Fax: 301-206-9789 E-mail: paho@pmds.com <a href="http://publications.paho.org">http://publications.paho.org</a></p>	
---	--

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

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

ISSN 0251-4729.

Éditeur: Jon Andrus  
Éditeur-adjoint: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



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