

Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Année XXIII, Numéro 6

Protégez vos enfants par la vaccination

Décembre 2001

Amélioration de la surveillance de la polio et de la rougeole en Haïti

Antécédents:

Des épidémies distinctes de rougeole et de poliomyélite ont eu lieu en Haïti au cours de 2000 et de 2001. Au terme de 2001, après des efforts considérables en faveur de la vaccination, l'incidence des cas a été ramenée en dessous du niveau de détection de la surveillance systématique. Le début d'exanthème du dernier cas de rougeole confirmé en laboratoire, à Carrefour, date du 26 septembre 2001. La dernière campagne de vaccination antirougeoleuse (menée de front avec la deuxième campagne nationale contre la polio) s'est terminée en novembre 2001. Pour la polio, le dernier cas de polyomyélite paralytique dû au virus dérivé du vaccin Sabin-1 confirmé en laboratoire, à Thomazeau, date d'octobre 2001 et est antérieur à une campagne de vaccination programmée en vue d'administrer la première dose supplémentaire de vaccin antipoliomyélique. Le dernier cas de rougeole a été notifié par le système de surveillance systématique. Il a donné lieu à la remise d'une récompense de 100 dollars américains qui a été établie par l'OPS pour récompenser la notification des cas de rougeole confirmés en laboratoire.

A l'heure actuelle, la surveillance doit être améliorée dans quatre domaines afin d'obtenir la confirmation que ces virus et les maladies qu'ils causent ont disparu du pays:

- Augmentation de la couverture dans tous les centres pour le **rapport systématique** des maladies devant être notifiées.
- Mise sur pied d'un système de **surveillance amplifiée** regroupant certains établissements de santé qui enverront des rapports hebdomadaires lorsqu'aucun cas n'est détecté.



Le directeur du PEV d'Haïti, docteur Patrick Delorme (à gauche), remet une récompense de 100 dollars américains à madame Marie Yvette Léandre, infirmière à l'hôpital Food for the Poor en reconnaissance de la notification qu'elle a faite du premier cas présumé de rougeole, dont la date du début d'exanthème est le 26 septembre 2001, suite à une campagne contre la rougeole. Le cas a été ultérieurement confirmé en laboratoire. Aucun autre cas n'a été confirmé depuis.

- Poursuite de la **recherche active de cas** systématique dans tout le pays.

- Poursuite des **enquêtes environnementales** systématiques pour le virus de la polio dans la région métropolitaine et où les cas les plus récents ont été détectés.

Activités

Le **rapport systématique** des maladies devant être notifiées en Haïti est en voie d'amélioration grâce au développement d'un nouveau manuel d'information et de procédures qui a été élaboré par le Ministère de la Santé de Haïti avec l'assistance de l'OPS. Ce manuel sera distribué aux agents dans tous les établissements de santé du pays. Les seize maladies et

conditions devant être notifiées en Haïti comprennent la polio et la rougeole, ainsi que d'autres conditions tel le tétanos néonatal.

Des ateliers seront menés dans tout le pays pour former le personnel médical aux exigences et aux procédures en matière de notification des maladies tel qu'elles sont présentées dans le nouveau manuel. Le premier atelier destiné au personnel de santé du niveau départemental a eu lieu en novembre 2001.

Dans ce numéro:

Amélioration de la surveillance de la polio et de la rougeole en Haïti	1
Les partenariats en faveur de l'immunisation	2
La classification des cas de rougeole (II)	3
L'utilisation des données de surveillance pour la gestion des programmes nationaux de vaccination	5

FLASOG participera à la mise en oeuvre de stratégies pour le contrôle de la rubéole et la prévention du SRC aux Amériques	6
Résumé annuel des indicateurs de polio et de rougeole	7
Incidence et couverture de la diphtérie aux Amériques, 1978-2000	8

En plus de ces changements, l'OPS continue de parrainer une récompense de 100 dollars américains pour la première notification de cas de polio ou de rougeole dans une municipalité.

Une **surveillance amplifiée** pour les cas de paralysie flasque aiguë (PFA), de rougeole et de tétanos néonatal sera introduite en janvier 2002. Un programme sera mis sur pied qui établira un réseau de 50-100 établissements de santé dans tout le pays qui enverront des rapports hebdomadaires par téléphone, télécopie ou messenger au ministère et à l'OPS. Le point le plus important est que ces rapports seront envoyés même si aucun nouveau cas n'a été identifié (notification négative).

Le tétanos néonatal sera également incorporé au système de surveillance car c'est une maladie à haute priorité et, par conséquent, il sera utilisé comme un indicateur de performance du système de surveillance. L'OPS se joindra également aux efforts du Ministère de la Santé lors de 2002 en vue de consolider la vaccination des femmes en âge de procréer afin de prévenir l'occurrence des cas de tétanos néonatal. Le système de surveillance pourra par conséquent suivre le succès de cette campagne, ainsi que celle contre la polio et la rougeole.

Les **recherches actives de cas** en ce qui concerne la PFA, la rougeole et le tétanos néonatal continueront à être menées dans l'ensemble du pays. Des visites régulières seront faites dans tous les établissements de santé de grande et moyenne taille de chaque département (environ 100 établissements) et tous les cas présumés seront étudiés immédiatement.

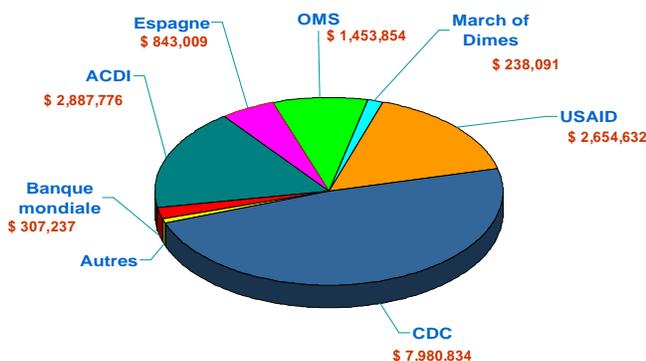
De plus, chaque visite sera l'occasion de former le personnel de santé local au sujet de l'importance et de la méthodologie régissant la notification des maladies et de se renseigner sur le fonctionnement de la chaîne du froid et de la disponibilité des vaccins.

L'**échantillonnage environnemental** continuera dans la région métropolitaine de Port-au-Prince ainsi que dans d'autres régions où des cas présumés de PFA ont été identifiés. Huit points d'échantillonnage ont été établis à Port-au-Prince et deux d'entre eux ont mis en évidence des cas positifs du virus dérivé du vaccin Sabin-1. L'échantillonnage sera mené tous les 4 mois à partir de ces points. Des échantillons supplémentaires seront prélevés dans d'autres régions où des cas confirmés de polio attribués au virus dérivé du vaccin Sabin-1 ont été identifiés, ainsi que dans les zones où des cas non confirmés ont été identifiés mais pour lesquels il n'a toutefois pas été possible de prélever des échantillons de selles.

Note de la rédaction: les mesures prises par Haïti devraient confirmer l'absence des deux maladies dans le pays. De concert avec l'amplification de la vaccination systématique et la conduite d'enquêtes pour trouver des poches d'enfants non vaccinés, ces efforts devraient garantir que la rougeole et la polio soient absentes du pays.

Les partenariats en faveur de l'immunisation

Source de fonds externes,
Division des vaccins et de l'immunisation
Région des Amériques, 2000-2001



Il existe désormais un consensus sur l'importance de la santé afin de garantir une croissance économique durable et une réduction de la pauvreté et sur le besoin de garantir l'accès aux services essentiels de santé telle l'immunisation, particulièrement parmi les plus pauvres. L'établissement et le renforcement d'institutions permettant la prestation d'une immunisation efficace et de programmes de surveillance effectifs contre les maladies évitables par la vaccination sont par conséquent, en tant qu'interventions de santé prioritaires, devenus des points essentiels dans le dialogue entre les pays et la communauté internationale.

A ce sujet, la Division des vaccins et de l'immunisation de l'OPS désire remercier tous ses partenaires pour leur assistance et les contributions apportées afin de réaliser les objectifs des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques au cours des années 2000-2001. Grâce à ce soutien durable, les

programmes nationaux d'immunisation ont été couronnés de succès remarquables, en particulier la réduction à 509 du nombre de cas de rougeole en 2001 dans toute la région! Lors de 2001, la transmission endémique n'a été notifiée que dans trois pays, la République dominicaine, Haïti et le Venezuela. Le dernier cas confirmé en République dominicaine date de juin 2001 et le dernier cas en Haïti date de septembre. Depuis août 2001, 101 cas de rougeole ont été notifiés au Venezuela à la suite d'une importation d'Europe et la flambée y est encore active. Depuis septembre 2001, le Venezuela est le seul pays avec une transmission endémique reconnue dans la région des Amériques.

Des outils de supervision ont été élaborés pour améliorer la responsabilisation de la couverture vaccinale et de la surveillance systématique au niveau local. Ces outils sont maintenant devenus des instruments de supervision systématique dans plusieurs pays. Lors des dernières années, les efforts ont été dirigés vers la standardisation de ces outils de supervision en vue du contrôle de la couverture vaccinale, de la tenue d'enquêtes à la suite des flambées de rougeole et de la validation de la surveillance systématique.

Les Amériques continuent à jouer un rôle de pionnier en générant des connaissances et des expériences concernant les stratégies d'éradication des maladies évitables par la vaccination dont les initiatives mondiales d'immunisation tirent bénéfice. Lors de la période 2000-2001, l'OPS a été accompagnée des Centers for Disease Control, de l'agence des États-Unis pour le développement international, de l'agence canadienne de développement international, de la Fondation March of Dimes, de l'Organisation mondiale de la Santé, de la Banque mondiale et du gouvernement espagnol. Ces partenariats sont essentiels pour les Amériques afin de maintenir les gains de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination.

La classification des cas de rougeole (II)

Dilemmes fréquents sur le terrain: gestion des cas soupçonnés IgM positifs dont il est estimé qu'ils ne sont pas des cas réels de rougeole

Dans le numéro du *Bulletin informatif du PEV* d'octobre 2001, un débat a été publié au sujet de l'interprétation d'un résultat de test IgM positif dans le cadre d'une transmission réduite de la maladie. Comme il a été expliqué dans l'article, **à des fins d'éradication de la rougeole, tout cas présumé de rougeole qui est IgM positif doit être considéré comme un cas confirmé en laboratoire à moins qu'il ne soit prouvé autrement.** L'article mentionne également qu'il est possible de procéder à des tests sur les échantillons pour des anticorps antirougeoleux IgG afin de déterminer si un test IgM positif équivaut à un résultat de laboratoire faussement positif. Le nombre d'échantillons de sérum étant réellement faussement positifs devrait être très limité. Cependant, le processus consistant à éliminer les cas présumés d'IgM faussement positives nécessite une méthodologie standardisée pour garantir la classification correcte et cohérente des cas dans l'ensemble de la région. De plus, des critères furent présentés pour la classification d'un cas présumé IgM positif comme étant une éruption liée au vaccin. Dans le présent article, nous continuons la discussion sur la gestion d'un cas présumé de rougeole étant IgM positif alors que les autorités nationales ne sont pas convaincues qu'il représente une infection rougeoleuse réelle.

Les épidémiologistes du programme doivent être prêts à rencontrer des cas présumés de rougeole, sans antécédents vaccinaux récents, ayant un test ELISA IgM positif alors que les responsables nationaux ne croient pas que ce soit un cas de rougeole. Ceci peut arriver lorsque les autorités sont d'avis que le cas n'est pas cliniquement compatible avec la rougeole ou il est possible qu'elles considèrent que le résultat du test en laboratoire constitue une réaction croisée, par exemple due à la fièvre dengue ou au parvovirus. Deux questions se posent: 1) est-il possible de donner au cas en discussion une classification finale fondée sur les données cliniques, c'est à dire être classé comme étant écarté?; et 2) existe-t-il des procédures de test laboratoire supplémentaires qui peuvent être appliquées pour éliminer un résultat laboratoire faussement positif?

a) Quelle est l'utilité des données de surveillance clinique quand un cas présumé de rougeole est écarté?

En ce qui concerne le programme régional d'éradication de la rougeole, un cas présumé, quel que soit le statut de son test IgM, ne doit pas être écarté uniquement sur la base des données cliniques ou, plus exactement, à cause d'un *manque* de présentation clinique considérée caractéristique de la rougeole. La rougeole est habituellement décrite comme étant une infection causant de la fièvre, une éruption et des symptômes respiratoires tels la toux, la conjonctivite et le rhume. Néanmoins, l'absence de ces symptômes ne doit pas conduire à négliger la possibilité d'une infection rougeoleuse aiguë. Une infection modérée peut produire un cadre clinique atypique d'un cas classique de rougeole. Comme il est montré à la Table 1 qui utilise les données nationales provenant de la banque régionale de données du MESS pour les cas présumés de rougeole ayant un début d'éruption lors de 2000, il est plus probable que les cas de rougeole confirmés par laboratoire (n = 1039) correspondent aux 8 définitions de cas cliniques (c'est à dire les combinaisons de symptômes cliniques fondées sur les données de surveillance) que les cas IgM négatifs écartés (n = 11 485). Néanmoins,

il est nécessaire de souligner qu'une proportion importante des cas de rougeole confirmés en laboratoire ont *manqué* de répondre aux définitions de cas clinique. Par exemple, alors que les cas de rougeole confirmés en laboratoire avaient des antécédents de toux, conjonctivite et rhume quatre fois plus souvent que les cas écartés, 48% des cas de rougeole ne présentaient aucun antécédent des trois symptômes, du moins lorsqu'ils ont été évalués par un employé du programme. Par conséquent, un directeur de programme ne doit pas ignorer un résultat de laboratoire à cause du *manque* de compatibilité clinique.

Dans le même temps, lorsque confronté à un cas présumé IgM positif dont on ne pense pas qu'il soit un cas de rougeole, il est concevable d'intensifier la recherche d'un autre diagnostic, par exemple la présence d'une éruption vésiculaire due à une infection causée par la varicelle. L'impossibilité d'établir sans doute un autre diagnostic par confirmation en laboratoire signifie que le cas doit être confirmé comme étant la rougeole. Le cas contraire est également vrai: si un cas est considéré comme étant cliniquement compatible avec la rougeole mais a un résultat IgM négatif, il faudra essayer de déterminer si l'échantillon a été correctement prélevé, s'il y a eu d'autres cas dans la région, etc...

b) Quelles procédures de tests en laboratoire faut-il suivre pour confirmer qu'un résultat de test IgM positif représente une infection rougeoleuse aiguë?

Lorsqu'un pays est confronté à un résultat IgM positif et que l'opinion générale penche pour un résultat faussement positif alors qu'une recherche exhaustive de cas ne peut identifier d'autres cas, y compris le cas index, un test supplémentaire dans un laboratoire de référence pour déterminer le titre d'anticorps IgG contre la rougeole (Figure 1) peut être suggéré.

Le titre d'anticorps IgG doit être déterminé dans deux spécimens sanguins prélevés à des intervalles adéquats par un test mesurant effectivement le titre d'anticorps IgG contre la rougeole, par exemple les tests IH ou NP. Le prélèvement à un intervalle adéquat signifie que le premier spécimen doit être prélevé dans les 7 jours qui suivent le début de l'éruption et le second prélevé entre 3 à 4 semaines après le début de l'éruption, c'est à dire 2 ou 3 semaines après le prélèvement du premier échantillon.

Comme le montre la Figure 1, si le sérum du premier échantillon contient des anticorps IgG et le second échantillon ne présente aucun changement de titre d'IgG lorsque comparé au premier échantillon, le cas ne sera pas considéré comme étant la rougeole et pourra être écarté. Le résultat de test positif en IgM serait considéré comme étant faussement positif. Cependant, si le second échantillon présente une augmentation quadruplée du titre d'anticorps d'IgG lorsque comparé au premier échantillon, le cas doit être considéré comme étant une infection rougeoleuse aiguë et être confirmé. Si, comparé au premier échantillon, le second échantillon présente une augmentation du titre d'anticorps d'IgG inférieure à une augmentation quadruplée, il ne serait pas possible de déterminer s'il en est en présence ou non d'une infection aiguë. Dans cette

situation, le cas doit être confirmé sur la base d'un résultat de test d'IgM positif.

Si le premier échantillon est négatif pour les anticorps IgG et si le second échantillon est également négatif pour les anticorps IgG, le cas ne serait pas considéré comme un cas de rougeole et pourrait être écarté. Cependant, si le second échantillon est IgG (+) pour la rougeole, il sera confirmé comme étant un cas d'infection rougeoleuse aiguë.

L'autre situation survient lorsqu'il ne reste plus de sérum du premier échantillon pour le test d'anticorps IgG. Dans ce cas, un second échantillon doit être prélevé. S'il est négatif pour IgG, le cas peut être écarté. Cependant, si le second échantillon est IgG positif, le cas ne peut être ni confirmé ni écarté sur la base du titre en IgG. Il ne sera pas possible de déterminer si les IgG positives représentent une infection aiguë ou antérieure. Dans un tel scénario, le cas doit être confirmé sur la base du résultat du test IgM. Quelques soient les circonstances ou les résultats du test, lorsqu'un doute est présent, le cas doit toujours être confirmé sur la base d'un résultat de test positif en IgM.

Note de la rédaction: tout cas présumé de rougeole ayant un résultat de test IgM positif doit être considéré comme un cas de rougeole à moins que la preuve contraire ne soit établie. Il est primordial que des actions de contrôle soient immédiatement prises, sans attendre confirmation, soit par des tests supplémentaires des anticorps d'IgG, soit par la répétition des tests d'IgM, etc... Le caractère éminemment contagieux de la rougeole commande que des actions de contrôle soient immédiatement mises en oeuvre car l'attente de la confirmation du résultat du test d'IgM pourrait avoir des conséquences désastreuses et mener à une transmission virale étendue. De plus, le potentiel de résultats faussement positifs du test IgM souligne le besoin d'obtenir des échantillons pour l'isolation virale. Trop peu de cas dans la région font l'objet de prélèvement d'échantillons en vue de l'isolation virale bien que l'isolation du virus de la rougeole confirme la maladie. Tous les pays de la région doivent considérablement accélérer leurs efforts pour garantir la collecte d'échantillons en vue de l'isolation virale. De plus, un échantillon viral peut être testé (RCP) dans un laboratoire spécialisé du réseau pour détecter la présence du virus de la rougeole si les essais de culture ont échoués.

Bien qu'il faille faire preuve de précaution lorsque les données cliniques sont utilisées à des fins de classification finale, le cadre clinique peut permettre de soulever des doutes quant au caractère rougeoleux d'un cas et mener ainsi à des actions ultérieures pour confirmer ou réfuter une découverte en laboratoire. Il faut cependant faire attention de ne pas se lancer dans une interprétation excessive des données de surveillance clinique. Ces dernières, à l'opposé des études cliniques, ne reflètent souvent qu'une seule évaluation et le cadre clinique peut changer le lendemain de l'évaluation.

Le schéma présenté à la Figure 1 pour le test d'IgG des spécimens, qui doit être mené par le laboratoire de référence régional, ne signifie pas que tous les spécimens positifs en IgM doivent être testés pour les IgG. Au contraire, cet algorithme ne doit être utilisé que sur les cas isolés et sporadiques lorsqu'il est fortement soupçonné que le résultat des IgM n'est pas certain ET lorsque le cas a déjà été classé comme confirmé et que les mesures de contrôle appropriées ont déjà été prises. Il est essentiel que les autorités nationales comprennent que cette procédure ne doit être entreprise que bien après que la classification finale et les activités de contrôle ont eu lieu, y compris une

Table 1.
Proportion de cas de rougeole confirmés en laboratoire et de cas écartés par laboratoire remplissant les 8 différentes définitions de cas clinique-Banque de données régionales (MESS), 2000

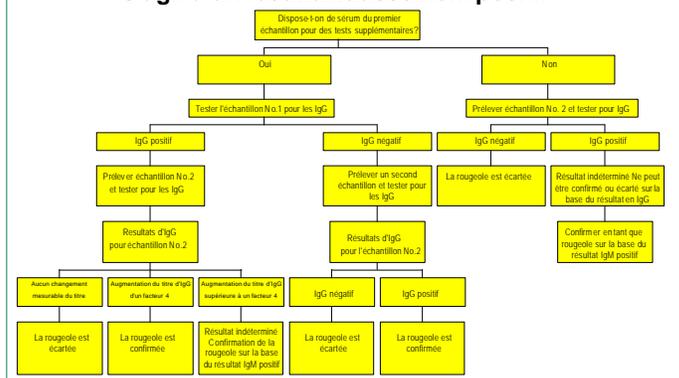
Définition de cas (DC)**	Pourcentage de cas de rougeole** remplissant la DC		Pourcentage de cas non rougeoleux** remplissant la DC		Taux de risque (TR)	IC 95%
	Oui	Non	Oui	Non		
DC No.1	62,5	37,5	36,3	63,7	2,8	2,3;3,6
DC No.2	63,3	36,7	25,0	75,0	4,9	3,9;6,2
DC No.3	52,0	48,0	24,5	75,5	3,2	2,6;4,0
DC No.4	51,6	48,4	18,7	81,3	4,4	3,5;5,5
DC No.5	62,5	37,5	35,4	64,6	3,0	2,3;3,7
DC No.6	63,3	36,7	24,3	75,7	5,1	4,0;6,4
DC No.7	52,0	48,0	23,7	76,3	3,4	2,7;4,2
DC No.8	51,6	48,4	18,3	81,7	4,5	3,6;5,7

* Les données comprennent les notifications nationales de cas soupçonnés de rougeole pendant 2000 obtenues par la banque de données du MESS. Un total de 12 524 cas figure dans l'analyse; 1039 étaient des cas de rougeole confirmés en laboratoire. Les cas classés comme éruptions liées au vaccin ont été exclus de l'analyse, tout comme les cas sans information pour une définition de cas donnée.

** Les cas de rougeole sont confirmés en laboratoire avec un test IgM positif, les cas non rougeoleux ont un résultat de laboratoire IgM négatif par ELISA.

*** Les définitions de cas (DC) sont les suivantes: No.1 = toux et rhume - No.2 = toux et conjonctivite - No.3 = rhume et conjonctivite - No.4 = toux, rhume et conjonctivite - No.5 = toux, rhume et fièvre - No.6 = toux, conjonctivite et fièvre - No.7 = rhume, conjonctivite et fièvre - No.8 = rhume, toux, conjonctivite et fièvre

Figure 1.
Algorithme pour tester les cas soupçonnés de rougeole dont le résultat est IgM positif lorsque l'on présume qu'il s'agit d'un résultat faussement positif



investigation minutieuse des cas et un dépistage actif dans la communauté et les établissements locaux de santé afin d'éliminer d'autres cas. La présence d'autres cas IgM (+) dans une municipalité élimine le besoin de tester les IgG. Il faut également examiner la couverture et confirmer que son taux est d'au moins 95% dans le district ou la municipalité en question. De plus, pour ne pas accabler les ressources et fonds régionaux destinés aux kits de test IgM, les responsables nationaux devront s'entretenir du cas avec le personnel du PEV à l'OPS avant de mettre l'algorithme en oeuvre pour s'assurer de la nécessité du test. L'OPS à Washington doit être consultée pour la coordination des envois d'échantillons au laboratoire régional de référence afin de procéder aux tests nécessaires, comme le test de neutralisation. Il est essentiel de préciser que l'utilisation des kits de test IgG ELISA dans cette situation n'est pas appropriée car il faut procéder à des titrages différentiels entre les échantillons.

En dernier lieu, les directeurs nationaux de programme doivent comprendre que la présence de cas positifs IgM isolés et sporadiques classés comme étant des cas confirmés de

L'utilisation des données de surveillance pour la gestion des programmes nationaux de vaccination

La collecte de données de surveillance a de nombreux objectifs. Non seulement ces dernières peuvent fournir nombre de renseignements utiles sur la transmission des maladies et les tendances mais elles peuvent également aider les responsables de programme lors de l'identification des zones programmatiques ayant besoin d'amélioration. Dans cet article, nous analysons un des indicateurs régionaux ainsi que la manière dont il peut être utilisé pour améliorer la performance du programme national d'éradication de la rougeole.

Un des indicateurs essentiels au sein du programme d'éradication de la rougeole est celui de la proportion d'échantillons sanguins des cas soupçonnés de rougeole arrivant dans les 5 jours en laboratoire pour être testés. En fait, cet indicateur est publié hebdomadairement dans le *Bulletin de surveillance de la rougeole* de l'OPS et il fait l'objet d'un examen scrupuleux. Afin d'attribuer une classification finale en temps voulu aux cas présumés de rougeole, les échantillons doivent arriver en laboratoire de manière opportune. S'ils n'arrivent pas en laboratoire rapidement, non seulement la classification finale et la mise en œuvre de mesures potentielles de contrôle seront retardées, mais la qualité de l'échantillon pourrait également être compromise. Les échantillons retardés lors du transit peuvent éventuellement se perdre ou leur qualité se détériorer, suivant les conditions de stockage. De mauvais indicateurs ou des indicateurs bas devraient idéalement entraîner la prise de mesures correctives, malheureusement cela n'est pas toujours le cas.

Selon les données du Système de surveillance de l'éradication de la rougeole (MESS) développé par l'OPS, au terme de la semaine 44, seuls 53% des échantillons de la région sont arrivés en temps voulu lors de l'année 2001, bien en dessous de l'objectif de 80%. De plus, lorsqu'il est procédé à une évaluation trimestrielle, depuis janvier 2000 il y a eu peu ou aucune amélioration de cet indicateur. Il est par conséquent possible que les pays ne prennent pas les mesures correctives nécessaires pour remédier à la situation. Comme il est présenté à la Figure 1, entre 60% et environ 70% des échantillons ont été reçus de manière opportune, c'est à dire dans les 5 jours suivant le prélèvement.

Si l'évaluation est faite par pays, cinq pays de la région, (Costa Rica, Équateur, Salvador, Haïti et Mexique) rapportent que lors des 7 derniers trimestres environ 80% des échantillons sont arrivés dans les 5 jours. Seuls le Honduras, Haïti et le Chili ont fait preuve d'améliorations continues au cours des 7 derniers trimestres au regard de la proportion des échantillons reçus en temps voulu. Cependant, les données de 5 pays (Bolivie, Colombie, Guatemala, Nicaragua et Paraguay) révèlent peu de changement de l'indicateur au cours de la période évaluée (Figure 2). Enfin, 5 pays (Argentine, République dominicaine, Panama, Pérou et Venezuela) indiquent une tendance à la baisse quant à la performance du programme lors de la période d'évaluation (Figure 3).

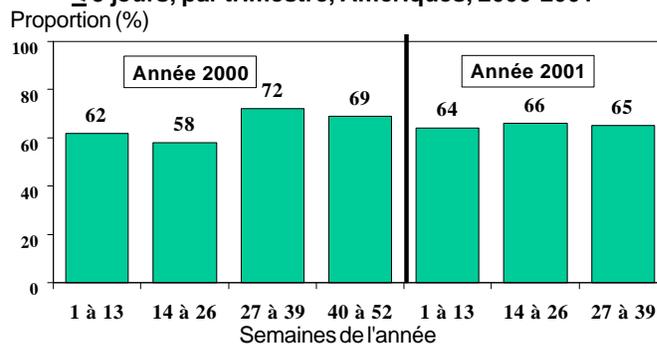
Note de la rédaction: les données de surveillance rassemblées lors des investigations de cas doivent être étroitement contrôlées et évaluées. Des indicateurs bas doivent pousser à une analyse de la situation et à l'identification de mesures correctives. De même, lorsqu'ils envoient des échantillons au laboratoire, les directeurs de programme doivent utiliser leurs données pour la prise de décision: pourquoi les échantillons n'arrivent-ils pas en temps voulu? Dispose-t-on d'assez de

moyens financiers pour couvrir le transport au laboratoire? Dans la négative, des fonds supplémentaires doivent être alloués dans les Plans nationaux d'action. Les bureaux épidémiologiques diffèrent-ils l'envoi des échantillons jusqu'à obtention d'un nombre minimum? Dans ce cas, des efforts renouvelés de formation et de supervision doivent être menés.

La proportion des échantillons arrivant dans le délai recommandé est généralement l'indicateur ayant les moins bons résultats nationaux. Cependant, c'est également l'un des indicateurs sur lequel les directeurs nationaux pourraient probablement avoir une influence dans un délai relativement court.

Figure 1.

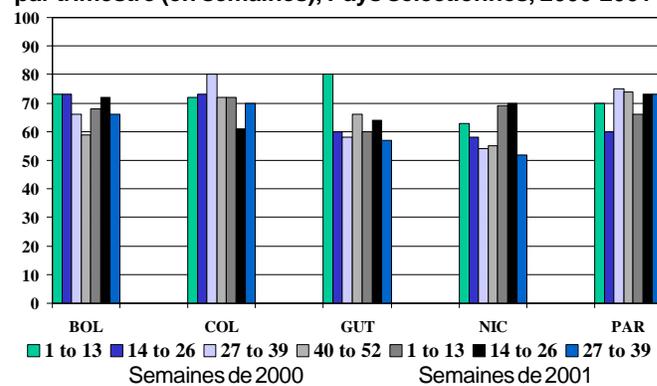
Proportion d'échantillons sanguins arrivant en laboratoire ≤ 5 jours, par trimestre, Amériques, 2000-2001*



*Banque de données régionales MESS

Figure 2.

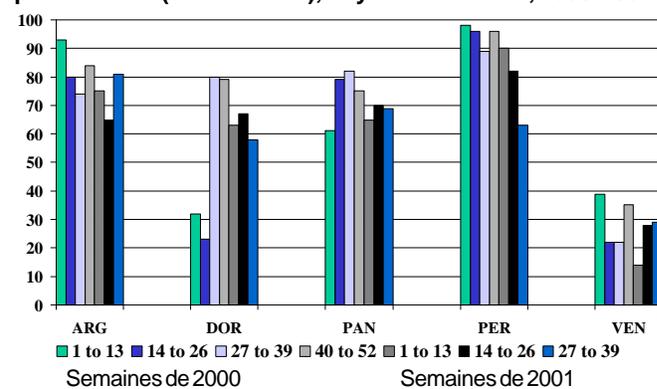
Proportion d'échantillons arrivant en laboratoire ≤ 5 jours, par trimestre (en semaines), Pays sélectionnés, 2000-2001*



*Banque de données régionales MESS

Figure 3.

Proportion d'échantillons arrivant en laboratoire ≤ 5 jours, par trimestre (en semaines), Pays sélectionnés, 2000-2001*



*Banque de données régionales MESS

FLASOG participera à la mise en oeuvre de stratégies pour le contrôle de la rubéole et la prévention du SRC aux Amériques

Les données présentées lors de plusieurs réunions du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination indiquent qu'aux Amériques plus de 20 000 nourrissons naissent chaque année avec le syndrome de la rubéole congénitale (SRC). Par conséquent, et étant donnée la disponibilité de vaccins sans danger, peu chers et efficaces, le GCT recommande l'élaboration et la mise en oeuvre d'une initiative régionale visant au renforcement du contrôle de la rubéole et de la prévention du CRS.

Le 23 août 2001, le président de la Fédération latino-américaine d'obstétrique et de gynécologie (FLASOG) a rencontré les présidents des sociétés de chaque pays latino-américain pour s'entretenir de la participation des sociétés d'obstétrique et de gynécologie de la région à la mise en oeuvre de l'initiative.

L'initiative a trois objectifs:

- Assurer que la vaccination antirubéoleuse réduise le nombre de femmes en âge de procréer prédisposées.
- Aider les pays dans leurs efforts en faveur du développement de systèmes intégrés pour la surveillance de la rougeole et de la rubéole.
- Élaborer un système de surveillance pour le SRC.

Afin de réduire le risque d'infection rubéoleuse parmi les femmes en âge de procréer, le Canada, Cuba, les États-Unis et l'Uruguay utilisent le vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) depuis plusieurs années et des cohortes importantes de femmes en âge de procréer sont protégées. Le Brésil, la Colombie et le Honduras commencent les activités d'immunisation lors de la période postnatale et le Mexique a entamé la vaccination parmi les groupes à risques élevés.

En 1998, les pays de la communauté des Caraïbes (CARICOM) ont annoncé une initiative appelant à l'élimination de la rubéole et à la prévention du SRC dans les pays anglophones des Caraïbes. En septembre 1999, le Chili a lancé une campagne de vaccination de masse visant les femmes entre 10-29 ans et, en mai 2001, le Costa Rica a terminé une campagne de vaccination de masse au niveau national visant les hommes et les femmes entre 15-39 ans. Enfin, le Brésil a mené une campagne contre la rubéole en novembre 2001 visant les femmes entre 15-19 ans.

La Fédération latino-américaine d'obstétrique et de gynécologie offre les recommandations suivantes:

- Les sociétés d'obstétrique et de gynécologie de chaque pays doivent rechercher le soutien politique et financier de leur gouvernement afin de promouvoir un programme de contrôle accéléré de la rubéole et la prévention du SRC;
- Réitération des recommandations du GCT pour les pays désireux de prévenir et de rapidement contrôler le SRC et pour les pays désireux de prévenir et de rapidement contrôler la rubéole et le SRC;
- Les leçons apprises à la suite de campagnes similaires lancées dans les pays de la région ont démontré l'importance de disposer d'une stratégie de communication sociale

appropriée, de la participation des sociétés scientifiques et médicales, du contrôle des manifestations post-vaccinales avec investigation immédiate lors de la campagne et de la coordination avec les banques de sang;

- FLASOG jouera un rôle actif dans la mise en oeuvre de stratégies pour le contrôle de la rubéole et la prévention du SRC dans chacun des pays de la région. Les programmes nationaux de vaccination coordonneront avec les sociétés respectives d'obstétrique et de gynécologie dans chaque pays;
- Les spécialistes délivrant les consultations gynécologiques de routine doivent s'assurer que les femmes en âge de procréer sont vaccinées contre la rubéole, la diphtérie et le tétanos toxoïde;
- Les données scientifiques démontrent que la vaccination contre la rubéole lors de la grossesse est sans danger, néanmoins les femmes enceintes ne sont généralement pas vaccinées. Ceci est pour éviter le risque que le vaccin ne soit impliqué dans l'éventualité d'une manifestation adverse non liée à la grossesse. De plus, pour les femmes ayant été involontairement vaccinées et dont il s'avère plus tard qu'elles sont enceintes, l'interruption de grossesse n'est pas recommandée. Il n'est également pas nécessaire de conseiller aux femmes d'éviter la grossesse après la vaccination antirubéoleuse car aucun cas de manifestation postvaccinale indésirable concernant le fœtus n'a été établi;
- Les pays ayant décidé de ne pas lancer de campagne pour le contrôle accéléré de la rubéole et du SRC doivent concentrer leurs efforts sur la diminution du nombre de femmes en âge de procréer prédisposées. A cet effet, des stratégies telles la vaccination postnatale et l'immunisation dans les cliniques de planning familial, les écoles et les lieux de travail sont recommandées;
- Il est demandé aux membres de FLASOG qu'ils participent activement au renforcement de la surveillance de la rubéole et du SRC afin de détecter rapidement la circulation du virus. Il leur faut également procéder à la notification concernant toutes les femmes enceintes ayant contracté la rubéole et suivre ces dernières;
- Le système d'information périnatale (SIP 2000) est un outil approprié pour la notification des cas de SRC. Il comprend des données concernant le statut vaccinal de la mère, le diagnostic de rubéole, soit confirmé en laboratoire ou cliniquement lors de la grossesse de la mère, ou, si elle a été exposée à la maladie, les malformations congénitales comme l'hépatosplénomégalie et la purpura;
- En tant que partie intégrante de la surveillance, la confirmation en laboratoire est essentielle pour le diagnostic de la rubéole et du SRC;
- La question de la vaccination des femmes en âge de procréer et pendant la grossesse doit être abordée lors des réunions nationales et internationales d'OB/GYN;
- L'OPS doit mettre à jour et disséminer largement tous les renseignements disponibles concernant la vaccination pendant la grossesse;
- Les sociétés d'obstétrique et de gynécologie doivent prendre part aux comités nationaux de vaccination dans leur pays respectif.

Résumé annuel des indicateurs de polio et de rougeole

INDICATEURS DE SURVEILLANCE DE LA POLIO POUR LA PÉRIODE ENTRE LES SEMAINES 01 A 52 2001

SITE	Total 2000		Dernières 52 semaines (01/2001-52/2001)				
	CAS	TAUX	CAS	TAUX	% INV. <48 h.	%1 Échant. +	% Sites Notifiant
Argentine	133	1.30	134	0.90	100	70	100
Bolivie	25	0.77	42	1.27	88	76	96
Brésil	529	1.01	585	1.12	93	61	94
Canada	59	1.01	...	...	...	...	...
CAREC	14	0.63	13	0.46	85	54	97
Chili	94	2.20	81	1.35	86	90	94
Colombie	161	1.18	143	0.85	85	85	84
Costa Rica	22	1.59	16	0.99	94	63	...
Cuba	27	1.10	14	0.31	100	100	98
Rép. dominicaine	67	2.11	74	2.16	99	77	...
Équateur	45	1.06	27	0.53	93	96	89
El Salvador	79	3.57	70	2.79	81	89	72
Guatemala	87	1.78	86	1.89	91	79	46
Haïti	15	0.59	27	0.90	85	48	...
Honduras	47	1.87	57	2.30	91	93	88
Mexique	386	1.16	347	0.87	94	77	83
Nicaragua	32	1.45	24	1.18	100	100	100
Panama	10	1.12	9	0.58	78	78	82
Paraguay	19	0.89	18	1.23	78	56	89
Pérou	102	1.19	91	0.89	99	99	93
Uruguay	9	0.69	18	1.29	78	72	48
USA	NR	...	NR	...	...	...	...
Venezuela	114	1.39	100	1.06	97	97	93
Total♦	2076	1.21	1976	1.04	92	76	89

+ Prélevés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie
♦ Canada et USA exclus

NR or ... - Ne notifiant pas

INDICATEURS DE SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE POUR LA PÉRIODE ENTRE LES SEMAINES 01 A 52 2001

Pays	% Sites notifiant hebdom.	% Cas Visite domiciliaire opportune	% Cas Échantillon adéquat	% Lab. Reçu <= 5 jours	% Lab. Résultat <= 4 jours	% Cas écartés par Lab	Nombre de municipalités actives
Argentine	100	27	97	78	85	98	0
Bolivie	96	98	99	70	78	99	0
Brésil	78	56	65	52	73	98	0
Canada	...	...	...	...	...	...	...
CAREC	99	99	62	15	89	75	0
Chili	95	77	97	73	92	100	0
Colombie	83	60	97	66	78	98	0
Costa Rica	...	100	0	...	...	6	0
Cuba	98	100	100	...	0	0	0
Rép. dominicaine	0	100	94	65	88	98	0
Équateur	93	65	98	86	90	98	0
El Salvador	64	36	98	88	92	99	0
Guyane française	...	...	...	...	...	...	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	0
Guatemala	48	99	100	61	84	100	0
Haïti	...	4	96	84	72	73	0
Honduras	88	92	98	54	94	100	0
Martinique	...	...	...	...	...	...	0
Mexique	...	83	83	18	9	100	0
Nicaragua	100	81	97	64	79	100	0
Panama	82	54	94	70	77	99	0
Paraguay	87	84	95	72	95	100	0
Pérou	93	95	97	72	85	97	0
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...	0
Uruguay	44	30	85	90	75	100	0
USA	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	93	97	96	34	85	99	8
Total et moyenne	86	61	71	54	74	95	8

NR or ... - Ne notifiant pas

Source: PESS et MESS, OPS

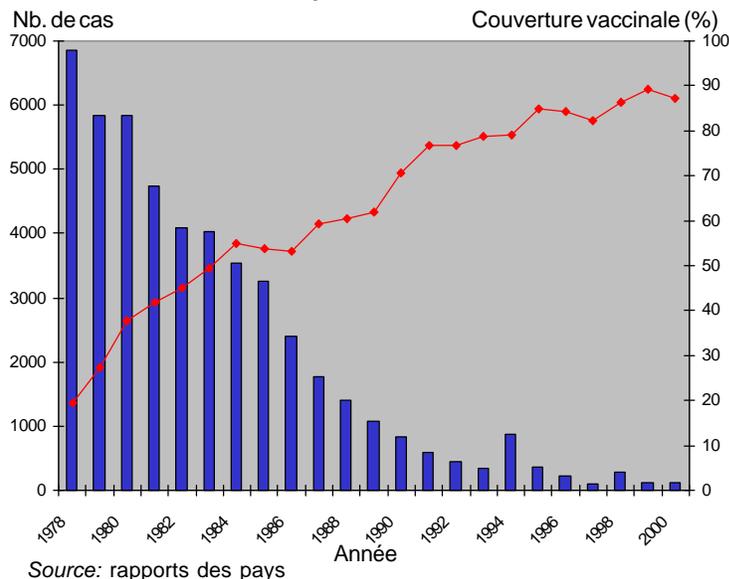
Incidence et couverture de la diphtérie aux Amériques, 1978-2000

Le nombre de cas de diphtérie est toujours peu élevé et la tendance est à la baisse de manière significative depuis que le contrôle a commencé en 1978. La couverture vaccinale avec la troisième dose de DTP chez les enfants de moins d'un an était de 20% en 1978. La couverture vaccinale recommandée pour le DTP est de $\geq 95\%$.

Dû à l'augmentation de la couverture vaccinale, le nombre de cas notifiés de diphtérie est passé de 6857 cas en 1978 à 113 cas en 2000. Cependant, si des niveaux élevés de couverture avec le DTP3 ne sont pas maintenus, une réapparition de la diphtérie pourrait avoir lieu, comme ce fut le cas dans les républiques de l'ancienne Union soviétique dès lors que les taux de couvertures ont baissé. Des épidémies ont récemment eu lieu dans les Amériques: en Équateur, où un total de 724 cas ont été notifiés entre 1994 et 1995, et en Colombie, où 8 cas ont été confirmés en 2000.

Lors de l'épidémie en Colombie, le groupe d'âge le plus affecté était celui des moins de 20 ans. Soixante deux pour cent des cas avaient des antécédents vaccinaux incomplets. Les 8 cas confirmés provenaient d'une couche socio-économique inférieure.

Figure 1
Couverture vaccinale avec le DTP3 chez les enfants <1 an et nombre de cas de diphtérie notifiés, par an Amériques, 1978-2000



Suite de la page 4

rougeole ne représente pas une défaillance du programme national d'éradication. Il faut s'attendre à des cas sporadiques, par exemple une importation, même si elle est impossible à

prouver. La présence d'un cas sporadique confirmé qui ne donne pas lieu à une transmission ultérieure de la maladie est, de fait, la seule manière de mesurer le succès du programme.

Dans le numéro d'octobre du Bulletin du PEV, l'article "Classification des cas de rougeole: dilemmes fréquents sur le terrain", page 4, section a), ligne 12, commençant par "L'absence d'une élévation marquée du titre d'IgG ...", aurait dû mentionner ce qui suit:

"L'absence d'anticorps antirougeoleux IgG dans un second échantillon testé par ELISA ou le manque d'une augmentation significative, c'est à dire de facteur 4, du titre d'IgG dans un test mesurant en fait les niveaux de titre

IgG rougeoleux (test IH, NP ou EIA comparant une série de dilutions de sérum) entre deux échantillons prélevés dans un intervalle adéquat, représente une preuve suffisamment forte pour en conclure que le résultat IgM positif est faussement positif. Pour être considérés comme deux échantillons prélevés dans un intervalle adéquat, le premier échantillon doit être prélevé dans les 7 jours suivant le début de l'éruption et le second échantillon doit être prélevé 3 à 4 semaines après le début de l'éruption."

Le *Bulletin informatif du PEV* est publié tous les deux mois, en espagnol et en anglais, par la Division des vaccins et de l'immunisation (HVP) 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 pas que l'OPS/OMS les sanctionne et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.



Organisation panaméricaine de la Santé

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

Division des vaccins et de l'immunisation

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

Éditeur: Ciro de Quadros
Éditeur-adjoint: Monica Brana
Traduit par: Béatrice Carpano

ISSN 0251-4729