

Réunion spéciale du GCT

Juillet 2018

Quatrième réunion spéciale du Groupe consultatif technique
(GCT) sur les maladies évitables par la vaccination

10 juillet 2018
Washington, D.C.
États-Unis d'Amérique



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

Les membres du GCT

J. Peter Figueroa

Professeur de santé publique,
Épidémiologie et VIH/sida
University of the West Indies
Kingston, Jamaïque

Président du GCT

Jon K. Andrus

Professeur adjoint et chercheur principal
Centre pour la santé mondiale, Division des vaccins et de la vaccination
Université du Colorado
Washington, D.C., États-Unis

Roger Glass

Directeur, Fogarty International Center et
Directeur associé pour la recherche internationale
NIH/JEFIC-National Institutes of Health
Bethesda, Maryland, États-Unis

Akira Homma

Président du Conseil des politiques et stratégies
Institut Bio-Manguinhos
Rio de Janeiro, Brésil

Arlene King

Ancien médecin hygiéniste en chef, Ontario, Canada
Professeur adjoint
Faculté de santé publique Dalla Lana
Université de Toronto
Ontario, Canada

Nancy Messonnier

Directrice
Centre national pour la vaccination et les maladies respiratoires
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
Decatur (Georgie), États-Unis

José Ignacio Santos

Professeur
Unité de médecine expérimentale
Faculté de Médecine
Université nationale autonome du Mexique
Mexico, Mexique

Cristiana Toscano

Professeure
Université fédérale de Goiás

Goiana, Brésil

Jeanette Vega*

Directrice

Fonds national chilien de la santé

Santiago, Chili

Alba Maria Roperó-Alvarez

Conseillère régionale en matière de vaccination

pour Cuauhtémoc Ruiz-Matus

Chef d'unité, Immunisation intégrale de la famille

OPS/OMS

Washington, D.C., États-Unis

Secrétaire ad hoc

*N'était pas présente à la réunion

Table des matières

Introduction	5
Mise à jour de la situation épidémiologique de la rougeole et conséquences sur l'élimination de la rougeole dans les Amériques.....	6
Recommandations	12
Mise à jour sur les flambées actuelles de diphtérie dans les Amériques	13
Mise à jour régionale sur la poliomyélite	15
Mise à jour sur la situation épidémiologique de la fièvre jaune au Brésil.....	18

Introduction

Le 10 juillet 2018, l'OPS a organisé une réunion extraordinaire de son Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination pour débattre de la situation grave concernant la rougeole aux Amériques et de la mise en œuvre des recommandations émises par le GCT de l'OPS en mars 2018. Au 30 juin 2018, la transmission de la rougeole au Venezuela dure depuis plus d'un an. On considère de ce fait qu'une transmission endémique de la rougeole est réapparue au Venezuela. Cette situation appelle une action régionale et une riposte urgente de santé publique pour parvenir à, et maintenir, l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques. Le besoin est également urgent de donner des orientations claires sur les exigences en matière de nouvelle vérification de l'élimination de la rougeole à l'attention des pays présentant une résurgence de sa transmission endémique. Ces orientations doivent s'intégrer à un nouveau cadre régional visant à réglementer la phase de post-vérification.

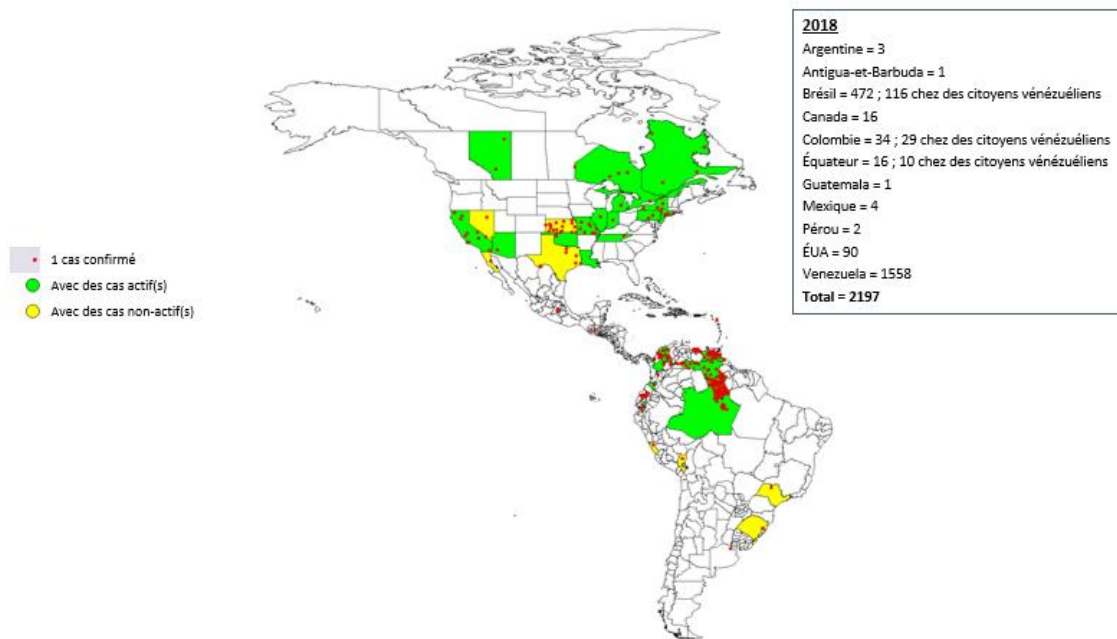
De plus, une mise à jour a été fournie aux membres du GCT sur les statuts respectifs de la fièvre jaune, de la poliomyélite et de la diphtérie, maladies également abordées lors de la réunion spéciale précédente.

Mise à jour de la situation épidémiologique de la rougeole et conséquences sur l'élimination de la rougeole dans les Amériques

Situation épidémiologique

Entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2018, 2197 cas de rougeole ont été confirmés dans la Région des Amériques. Des flambées de rougeole ont cours dans six pays : Brésil (n = 472), Canada (n = 16), Colombie (n = 34), Équateur (n = 16), États-Unis (n = 90) et Venezuela (n = 1558) (**figure 1**). Onze pays ont notifié des épidémies de rougeole en 2018, comparativement à quatre pays seulement en 2017.

Figure 1. Flambées en cours (actives) et passées (non actives/interrompues) dans les Amériques, 2018*



Sources : Rapports de surveillance envoyés à l'Unité d'Immunisation Intégrale de la Famille de l'OPS par les pays et par le ministère du Pouvoir populaire du Venezuela.

* Données à la semaine épidémiologique 26 de 2018

Au **Venezuela**, la rougeole s'est propagée à 21 des 23 États et au District Capitale, également connu sous le nom de District Fédéral. Entre la semaine épidémiologique (SE) 26 de 2017, où le premier cas de rougeole a été confirmé dans l'État de Bolivar, et la SE 22 de 2018, 2285 cas confirmés de rougeole ont été notifiés au Venezuela : 727 (32 %) en 2017 et 1558 (68 %) en 2018 (**figure 1**). Le District Capitale (Caracas) a notifié 59 % des cas confirmés en 2018, suivi de près par l'État de Delta Amacuro, second État le plus affecté. Les enfants de moins de 5 ans constituaient le groupe d'âge le plus touché, suivi des enfants âgés de 6 à 15 ans. Au niveau national, 35 décès ont été notifiés ; 33 (94 %) étaient survenus dans l'État de Delta Amacuro, où des cas sont rapportés depuis la SE 33 de 2017. Des décès supplémentaires survenus dans le Delta Amacuro sont en cours d'enquête. Le Delta Amacuro est frontalier du Guyana et 25 % de sa population est formée de communautés autochtones Warao. D'autres sources locales d'information indiquent que les communautés Yanomami de la municipalité d'Alto Orinoco et de l'État d'Amazonas, frontalier de l'État de Roraima (Brésil), sont également touchées par la rougeole. Il est important de souligner que le Delta Amacuro est une zone éloignée de 40 200 km² située dans le delta de l'Orénoque. La plus grande partie de ses populations autochtones vit dans des zones isolées, qui ne sont accessibles

que par des déplacements fluviaux durant plusieurs heures. Cette situation a accru les coûts de mise en œuvre des mesures de lutte contre la rougeole, le paludisme et autres flambées de maladies. L'absence d'électricité, dans 80 % de l'État d'Amazonas, pose un défi supplémentaire aux efforts de confinement des maladies.

Le risque de propagation à l'intérieur et à l'extérieur du Venezuela reste très élevé en raison des mouvements transfrontaliers permanents de populations entre le Brésil et le Guyana, ainsi que d'autres facteurs, parmi lesquels la mise en œuvre retardée des mesures de lutte, l'absence d'alerte sanitaire nationale, l'insuffisance de la surveillance et des enquêtes de cas et la faible capacité d'isolement et de gestion des cas. De plus, des niveaux insuffisants de couverture vaccinale touchant certaines cohortes de naissance ont entraîné la création de poches importantes de populations sensibles. La flambée actuelle de rougeole au Venezuela constitue une menace pour les autres pays des Amériques. La plupart des États Membres de l'OPS (30/35) ont en effet notifié leur dernier cas endémique avant l'année 2000, c'est-à-dire il y a plus de 18 ans.

Le 22 juin 2018, le ministère de la Santé du Venezuela a exprimé sa volonté d'intensifier les campagnes de vaccination dans les États présentant les proportions les plus fortes de cas de rougeole et d'élargir ses efforts à toute la nation, en ciblant les enfants de six mois à 15 ans. Des tactiques et des stratégies particulières seront mises en œuvre pour réduire l'exportation du virus de la rougeole aux pays voisins, tout en travaillant à obtenir une couverture vaccinale homogène $\geq 95\%$. Bien que l'OPS ait fourni au ministère de la Santé un appui politique et des soutiens technique, financier et logistique depuis le début de la flambée de rougeole, la transmission endémique du virus de la rougeole, soit 12 mois de circulation ininterrompue de ce virus, est réapparue au Venezuela depuis le 30 juin 2018.

Depuis le début de la flambée au Venezuela, les cas de rougeole identifiés en Colombie, au Brésil et en Équateur ont été confirmés comme de même génotype et de même clade (variante) que les cas auparavant détectés au Venezuela. Aucun cas de rougeole n'a été confirmé au Guyana à ce jour mais, dans le cadre de son état de préparation et de sa riposte, ce pays a accru sa surveillance de la rougeole et de la rubéole, ainsi que ses efforts de vaccination, y compris dans les zones bordant le Venezuela et le Brésil. Avec l'appui du bureau de l'OPS au Guyana, le Guyana a engagé du personnel supplémentaire pour procéder au suivi quotidien, aux campagnes vaccinales de ratissage pour tous ceux vivant dans des communautés frontalières et à la vaccination des personnes arrivant du Venezuela. Le Guyana a également mis en place des dispositions pour le transport en temps opportun, par service de courrier, des échantillons à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA).

Au **Brésil**, 472 cas de rougeole ont été confirmés depuis février 2018, soit sur une période de cinq mois. La flambée se poursuit, avec un nombre croissant de cas confirmés dans les États de Roraima ($n = 200$) et d'Amazonas ($n = 265$). Au moins 1864 cas présumés sont actuellement en cours d'enquête, dont 88 % ont été notifiés en Amazonas. De plus, un cas hautement présumé de rougeole a été notifié dans l'État de Rondônia, frontalier au sud de celui d'Amazonas. Des 465 cas confirmés de rougeole pour lesquels on dispose de l'âge du patient, la proportion la plus importante de cas (47 %) concerne des enfants de moins de cinq ans, et 345 des 472 (72 %) cas confirmés étaient des citoyens brésiliens. Le Brésil est donc à risque élevé de propagation du virus de la rougeole aux autres États fédéraux si des mesures de lutte plus énergiques ne sont pas prises, particulièrement dans les États de Roraima et d'Amazonas. Le **tableau 1** résume la situation épidémiologique de la rougeole par état fédéral du Brésil, à la SE 26 de 2018.

Tableau 1. Distribution des cas confirmés de rougeole par état fédéral au Brésil, 2018

État fédéral	Nombre de cas confirmés (%)	Lien avec une flambée ?
Amazonas	265 (56,2)	Oui, une flambée au Venezuela ; génotype D8
Roraima	200 (42,4)	Oui, une flambée au Venezuela ; génotype D8
Rio Grande do Sul	5 (1)	Oui, une flambée au Venezuela ; génotype en attente de résultat
Rio Grande do Sul	1 (0,2)	Non, un cas isolé avec des antécédents de voyage en Europe ; génotype B3
São Paulo	1 (0,2)	Non, un cas isolé avec des antécédents de voyage au Liban ; génotype D8
Total	472 (100)	

En **Colombie**, entre les SE 11 et 26 de 2018, 34 cas de rougeole ont été confirmés ; 22 (65 %) étaient importés du Venezuela, c'est-à-dire qu'il s'agissait de personnes qui avaient traversé la frontière Venezuela-Colombie avant ou pendant la période de contagion, sept (21 %) étaient des cas secondaires de Vénézuéliens résidant en Colombie depuis au moins quatre mois et n'ayant pas d'antécédents vaccinaux connus, deux (6 %) étaient des citoyens colombiens ; pour les trois derniers cas (9 %), il n'existait aucune information sur les nationalités respectives des patients. Treize des 32 (41 %) départements ont notifié des cas confirmés. Les départements de Norte de Santander et Sucre ont notifié la plus grande proportion des cas (48 %). De plus, une proportion élevée de cas confirmés (74 %) était le fait d'enfants de moins de cinq ans.

En **Équateur**, entre les SE 13 et 23 de 2018, 15 cas de rougeole ont été confirmés. Ces cas ont été notifiés à Quito (11 cas, 73 % des cas), Tulcán, situé dans la zone frontalière avec la Colombie (deux cas), Riobamba (un cas) et Cuenca (un cas). Six (40 %) de ces cas étaient, sur le plan épidémiologique, liés aux cas antérieurement identifiés dans le secteur sud de Quito. Onze (73 %) des cas étaient des hommes. L'âge des patients s'étalait de quatre mois à 44 ans. Onze (73 %) des cas étaient importés du Venezuela. Les génotypes viraux sont en cours d'identification.

Riposte de l'OPS

Les principales interventions entreprises par l'OPS ont été orientées sur un appui au Venezuela, au Brésil, à la Colombie et à l'Équateur. Cet appui s'est concrétisé par des actions de plaidoyer politique de haut niveau avec les ministres de la Santé et les présidents de ces pays, des séances de formation en riposte rapide de santé publique, le déploiement de consultants internationaux pour appuyer les activités de terrain, l'approvisionnement en réactifs de laboratoire, vaccins et autres fournitures et la mobilisation de ressources pour assumer les coûts opérationnels des activités vaccinales. Les actions spécifiques se détaillent comme suit :

- Une réunion en face à face de plaidoyer de haut niveau entre le Directeur de l'OPS et le Président vénézuélien Nicolás Maduro pour discuter de cette urgence s'est déroulée les 12 et 13 juin 2018 ;
- L'OPS/OMS a présenté une mise à jour de la situation au Venezuela et dans les États Membres voisins, ainsi qu'un plan pour maintenir un ordre du jour de coopération technique efficace, au cours de la 162^e session du Comité exécutif, tenue à Washington, D.C., en juin 2018.
- Le Comité exécutif a instamment prié le Venezuela d'élaborer en urgence et de mettre en œuvre un plan d'action pour interrompre la transmission de la rougeole et de la diphtérie, et a recommandé que tous les pays investissent de manière prioritaire dans des interventions de

vaccination, afin que la couverture atteigne au moins 95 % dans toutes les municipalités et communautés, tout en ripostant aux flambées de maladies évitables par la vaccination ;

- Depuis septembre 2017, quatre conseillers régionaux de l'OPS en matière de vaccination ont été déployés à plusieurs reprises pour appuyer le Venezuela, le Guatemala, Haïti, l'Équateur et le Brésil sur le plan technique et maintenir la visibilité des alertes épidémiologiques au niveau politique le plus élevé ;
- L'équipe régionale de vaccination de l'OPS surveille étroitement les flambées actuelles de rougeole et de diphtérie par l'organisation régulière de réunions et par une communication suivie avec les points focaux de pays en matière de vaccination ;
- Une forte sensibilisation pour mobiliser des ressources avec l'Initiative pour la rougeole et la rubéole a entraîné le don de 2,7 millions de doses de vaccins antirougeoleux et antirubéoleux pour appuyer la mise en œuvre du plan de vaccination au Venezuela ; des négociations avec des partenaires stratégiques sont en cours pour obtenir des ressources financières supplémentaires destinées au Venezuela et couvrir les dépenses des campagnes mises au calendrier pour l'ensemble du pays ;
- Deux ateliers infrarégionaux sur la riposte rapide aux flambées de rougeole ont été conduits en 2017, auxquels ont participé tous les pays hispanophones de la Région ; une formation infrarégionale semblable est programmée en octobre 2018 pour les pays des Caraïbes anglophones ; dix ateliers nationaux équivalents ont par ailleurs été financés en Amérique centrale et en Amérique du Sud ;
- L'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS a obtenu des fonds pour financer le Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans de nombreux pays, et recueilli plus de US\$ 500 000 ;
- L'Unité d'immunisation intégrale de la famille a obtenu des fonds supplémentaires (environ \$150 000) pour appuyer les activités de vaccination et de surveillance dans les pays voisins du Venezuela, comme la Colombie et le Brésil ;
- L'OPS travaille sur quatre nouvelles ressources techniques qui devraient être mises à disposition au cours des deux mois à venir pour une utilisation au niveau des pays : 1) un outil d'évaluation du risque de flambées de rougeole et de rubéole, 2) un manuel sur la riposte rapide aux flambées de rougeole/rubéole, 3) une étude de cas pour la formation à la riposte devant une flambée de rougeole/rubéole et 4) un manuel de surveillance rapide de la couverture vaccinale.

Cadre régional pour la post-vérification de l'élimination de la rougeole

En 2016, le Comité international d'experts (CIE) chargé de documenter et vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) a déclaré la Région des Amériques exempte de rougeole. La même année, les Amériques ont notifié 93 cas de rougeole confirmés, dont aucun ne reflétait une transmission endémique, et l'incidence régionale était de 0,07 cas par million de personnes, soit la plus faible incidence jamais notifiée. En septembre 2017, au cours de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, les ministres de la Santé ont approuvé pour la période 2018-2023 un *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale*, dont l'objectif est de préserver cette avancée essentielle en termes de santé publique.

Alors même que l'on espérait que cette avancée serait préservée, une flambée de rougeole se déroule au Venezuela depuis juillet 2017. Cette flambée, qui dure depuis plus de douze mois, a entraîné la résurgence d'une transmission endémique dans le pays.

Dans le **Plan d'action pour la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole** publié en 2011, l'unité géographique pour documenter l'interruption d'une transmission endémique a été définie comme l'ensemble de la Région, et non pas les pays pris isolément. De 2011 à 2016, tous les États Membres de l'OPS ont déployé des efforts considérables pour documenter et vérifier l'interruption de la transmission endémique des virus de la rougeole et de la rubéole sur leurs territoires respectifs.

Cadre mondial pour la post-vérification de l'élimination de la rougeole

En 2017, le groupe SAGE a approuvé la mise à jour par l'OMS des quatre catégories utilisées pour classer les pays quant à leur progression vers l'élimination de la rougeole et de la rubéole :

- 1) **Endémique** : pays où existe une transmission ininterrompue du/des virus de la rougeole et de la rubéole depuis 12 mois ou plus dans toute zone géographique définie, sans vérification antérieure d'élimination ;
- 2) **Éliminée/interrompue, mais non vérifiée** : pays où n'existe plus de transmission endémique depuis 12 mois ou plus, mais moins de 36 mois, le système de surveillance étant par ailleurs d'excellente qualité ;
- 3) **Éliminée et vérifiée** : pays où il n'existe plus de transmission endémique depuis 36 mois ou plus ;
- 4) **Résurgence de la transmission endémique après la vérification** : pays où existent des données factuelles indiquant la présence d'une chaîne de transmission d'une souche virale ininterrompue depuis 12 mois ou plus dans une zone géographique définie (région ou pays) et faisant suite à une vérification antérieure d'élimination.

Pour être classés comme exempts de rougeole, et par conséquent vérifiés comme tels, les pays où est constatée la résurgence d'une transmission endémique post-vérification doivent de nouveau présenter la preuve qu'ils ne y a pas de transmission endémique depuis au moins 36 mois, leurs systèmes de surveillance respectifs étant par ailleurs d'excellente qualité.

Pour aborder ce problème crucial, le GCT a recommandé en mars 2018, lors d'une réunion spéciale, de créer un groupe d'experts pour surveiller la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région des Amériques, les deux objectifs principaux de ce groupe étant les suivants :

1. surveiller la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région en atteignant les objectifs et les indicateurs soulignés dans le plan d'action régional sur la pérennité ;
2. élaborer ou mettre à jour un cadre régional pour les Amériques visant à surveiller l'absence de transmission endémique de la rougeole dans les Amériques, ainsi que les interventions à mettre en place dans l'éventualité d'une résurgence de cette transmission.

Les attributions de ce groupe d'experts ont été présentées au Directeur de l'OPS et les membres proposés attendent leur désignation officielle. Les questions immédiates que le groupe d'experts devra régler incluent les suivantes :

1. Si la transmission endémique réapparaît dans un pays, est-ce la totalité de la Région qui perd son statut d'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC ?
2. Si une transmission endémique de la rougeole ou de la rubéole réapparaît dans un pays ou dans la Région, quelles doivent être les critères et le processus de nouvelle vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC ?

Pour lancer la discussion sur ce sujet, le Secrétariat de l'OPS a proposé trois scénarios :

1. Scénario 1 : si un pays des Amériques perd son statut d'exemption vis-à-vis de la rougeole endémique à la suite de 12 mois ou plus de transmission virale ininterrompue, **les 35 États Membres des Amériques perdraient également leur statut**. Dans cette situation, les Amériques **suivraient les directives du Plan d'action pour la documentation et la vérification de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région des Amériques élaboré en 2011** ;

2. Scénario 2 : si un pays des Amériques perd son statut d'exemption vis-à-vis de la rougeole endémique à la suite de 12 mois ou plus de transmission virale ininterrompue (p.ex. le Venezuela), ce pays sera classé, **selon nouveau cadre mondial de l'OMS**, comme présentant une « **résurgence post-vérification de la transmission endémique**»; pour faire l'objet d'une nouvelle vérification, le pays touché devra faire la preuve que la transmission a été interrompue pendant un minimum de trois années à la suite du dernier cas endémique connu, la surveillance étant par ailleurs d'excellente qualité ; les 34 États Membres des Amériques restants conserveraient leur statut d'élimination vérifiée. Cependant, la Région ne pourrait plus être considérée comme exempte de rougeole ;

3. Scénario 3 : si plus d'un pays présente une résurgence de la transmission endémique avec un génotype viral identique ou différent, l'ensemble de la Région perdrait son statut de vérification. Pour être de nouveau vérifiés, tous les États Membres devraient faire la preuve d'une interruption de la transmission endémique de la rougeole sur une période d'au moins trois années à la suite du dernier cas endémique connu, la surveillance étant par ailleurs d'excellente qualité ; dans ce cas, **un nouveau cadre régional** serait élaboré pour offrir des orientations complémentaires sur le processus de nouvelle vérification.

Le tableau ci-dessous résume les scénarios proposés :

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Pays	Résurgence d'une transmission endémique de la rougeole dans un pays	Résurgence d'une transmission endémique de la rougeole dans un pays	Résurgence d'une transmission endémique de la rougeole dans plus d'un pays
Région	Les 35 États Membres de la Région perdraient le statut d'élimination.	Les 34 États Membres restants (non touchés) de la Région maintiendraient leur statut d'élimination.	Les 35 États Membres de la Région perdraient leur statut d'élimination.
Intervention	Toute la Région ferait l'objet d'une nouvelle vérification selon le Plan d'action 2011 .	Le pays touché ferait l'objet d'une nouvelle vérification, 3 ans au moins après le dernier cas endémique.	Toute la Région ferait l'objet d'une nouvelle vérification à la suite de l'élaboration d'un nouveau cadre régional .

Conclusion

Au vu de la résurgence de la transmission endémique de la rougeole au Venezuela depuis le 30 juin 2018, la Région des Amériques n'est plus considérée comme exempte de rougeole. Pour offrir des orientations sur les exigences et le processus de nouvelle vérification d'élimination de la rougeole, le GCT a examiné les trois scénarios proposés par le secrétariat de l'OPS et choisi le deuxième. Néanmoins, le GCT souligne

qu'il doit y avoir des interventions régionales, parmi lesquelles un suivi soigneux de la couverture vaccinale et une évaluation approfondie du risque.

Le GCT a convenu que le groupe d'experts doit examiner la question de manière plus approfondie et définir les éléments du processus de nouvelle vérification dans le cadre du scénario numéro deux. Le GCT prie instamment le groupe d'experts de se rassembler rapidement pour une première réunion afin de commencer à adapter ou à élaborer un cadre de nouvelle vérification d'élimination de la rougeole. Les membres du GCT ont convenu de maintenir les critères principaux du plan d'action 2011, y compris le critère d'interruption de la rougeole endémique après que trois années se sont écoulées à la suite du dernier cas confirmé, en présence d'une surveillance d'excellente qualité, et en l'absence de souches virales de rougeole endémique mise en évidence sur des données factuelles de surveillance virale. Pour plaider en faveur d'interventions urgentes de santé publique, le secrétariat de l'OPS organisera des visites de pays de haut niveau par le groupe d'experts dans les pays à risque élevé, comme le Venezuela et le Brésil.

Dans les mois à venir, l'OPS ciblera sa coopération technique sur les pays à priorité élevée, c'est-à-dire les pays où se déroulent actuellement des flambées, pour garantir une mise en œuvre optimale des mesures de lutte. L'OPS ciblera ensuite les pays recevant des flux migratoires importants en provenance du Venezuela, pour renforcer la surveillance et la vaccination, et finalement les pays où il n'y a pas de cas de rougeole, pour maintenir une couverture vaccinale élevée et l'élimination de cette maladie.

Recommandations

- Le GCT réitère sa recommandation préalable aux autorités sanitaires vénézuéliennes d'agir de manière déterminante pour lutter contre l'épidémie actuelle et empêcher une exportation plus importante du virus de la rougeole vers les autres pays de la Région. Le besoin est urgent d'atteindre une couverture vaccinale élevée et homogène chez les moins de 15 ans, et d'intensifier les mesures de lutte contre la flambée dans les municipalités à risque élevé, dans celles situées dans les zones frontalières et dans les communautés autochtones (p. ex., populations Yanomami, Warao et Wayuu).
- Le GCT prie instamment le Brésil de riposter de manière efficace et déterminante à la flambée actuelle de rougeole pour interrompre la transmission du virus rougeoleux et sa propagation aux autres parties du pays et au reste de la Région. Il existe un risque grave de résurgence d'une transmission endémique au Brésil dans les sept mois, si une réponse plus énergique n'est pas immédiatement mise en œuvre.
- Devant ces menaces vis-à-vis de l'élimination de la rougeole dans les Amériques, le GCT prie instamment les pays/territoires de renforcer la surveillance de la rougeole et de la rubéole, d'intensifier les activités de vaccination pour atteindre des taux de couverture supérieurs à 95 % en administrant des doses de vaccins antirougeoleux et antirubéoleux chez tous les enfants de moins de cinq ans et de riposter rapidement aux cas importés. Les pays doivent de toute urgence mettre en œuvre le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole et de la rubéole* approuvé par les États Membres de l'OPS en septembre 2017.
- Le GCT rappelle aux pays l'importance de vacciner les populations à risque qui ne peuvent présenter aucune preuve de vaccination, comme le personnel travaillant dans le secteur de la santé, aéroportuaire, du tourisme, des transports et des services de l'immigration, entre autres.

Deux flambées majeures de diphtérie ont été notifiées en Haïti et au Venezuela ces dernières années (**tableau 1**), ainsi que d'autres flambées associées à des cas vénézuéliens en Colombie, au Brésil et en République dominicaine. En Haïti comme au Venezuela, la couverture vaccinale systématique par le DTC3 et les doses de rappel s'est constamment située sous le seuil de 95 %, manquant de peu l'objectif établi pour la Région de niveaux de couvertures nationales et infranationales de 95 %. Ces faibles taux de couverture ont entraîné une augmentation du nombre d'enfants et d'adultes sensibles.

Tableau 2. Caractéristiques des récentes flambées de diphtérie en Haïti et au Venezuela

	Haïti	Venezuela
Début de la flambée	SE 50, 2014	SE 26, 2016
Nombre de cas confirmés depuis le début de la flambée	170 (à la SE 25, 2018)	1019 (à la SE 16, 2018)
Groupe d'âge le plus touché	population < 10 ans	population 5 à 15 ans
Couverture vaccinale systématique (formulaire conjoint de déclaration OPS/OMS-UNICEF 2017)	DTC 3 : 72 % DTC 4 : 32 %	DTC 3 : 84 % DTC 4 : 38 %

En **Haïti**, la flambée de diphtérie a débuté en décembre 2014 (SE 50) et, à la SE 25 de 2018, 490 cas probables (170 confirmés, 37 sous investigation et 283 éliminés et 79 décès (31 confirmés, 34 sous investigation et 14 éliminés) avaient été notifiés. Le taux de mortalité estimée pour 2018 était de 6 %. En 2015 et 2017, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes a été touchée par la maladie (57 % et 60 %, respectivement). De la même manière, la proportion de cas parmi les enfants de moins de dix ans était plus élevée que parmi les autres enfants. Neuf des dix départements ont été touchés à ce jour ; sept ont notifié des cas confirmés et des cas probables, tandis que deux notifié que des cas probables.

Dans le cadre des mesures de lutte contre la flambée, le ministère de la Santé a planifié une campagne vaccinale en trois volets, ciblant les enfants âgés de 1 à 14 ans et répartis sur 44 communes de neuf départements. Le vaccin pentavalent a été utilisé chez les enfants âgés de 1 à 6 ans et le vaccin dT chez les enfants de 7 à 15 ans. La première phase du premier volet de la campagne a été conduite du 11 au 15 mars 2018 dans huit départements (29 communes), et la seconde s'est déroulée du 8 au 12 avril 2018 dans 15 communes du département de l'Ouest. La couverture administrative a atteint 98 % dans les huit premiers départements et 81 % dans le département de l'Ouest. Un suivi indépendant a été réalisé, qui a estimé les taux de couverture à 87 % dans les huit départements et à 85 % dans le département de l'Ouest. Depuis la fin de la première phase de la campagne, le nombre de cas de diphtérie et de décès notifiés a baissé. Les dates de mise en œuvre des deux volets restants n'ont pas encore été confirmées.

Au **Venezuela**, la flambée de diphtérie qui a débuté en juillet 2016 (SE 26) se poursuit. Entre le début de la flambée et la SE 16 de 2018, 1716 cas présumés ont été notifiés (324 en 2016, 1040 en 2017 et 352 en 2018), 1086 (63 %) des cas présumés ont été confirmés par les tests de laboratoire (n = 350) ou par un lien épidémiologique (n = 736) et 160 sont décédés (17 en 2016, 103 en 2017 et 40 en 2018). Le taux cumulé de mortalité est de 14,7 %. En 2016, des cas ont été notifiés dans cinq des 23 États (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas et Sucre), tandis qu'en 2017 des cas confirmés ont été notifiés dans 22

des 23 États, ainsi que dans le District Capitale. En 2018, 9 des 23 États ont notifié des cas confirmés dans tous les groupes d'âge ; cependant, le taux d'incidence le plus élevé est celui des enfants de 5 à 15 ans. La campagne vaccinale progresse, qui cible les enfants âgés de deux mois à six ans avec le vaccin pentavalent, et les enfants âgés de 7 à 15 ans avec le vaccin dT.

En **Colombie**, cinq cas ont été confirmés en 2018, qui étaient âgés de 3 à 27 ans. Trois de ces cas étaient des citoyens vénézuéliens, la nationalité des deux autres cas n'étant pas connue. Deux cas n'étaient pas vaccinés, tandis que les antécédents vaccinaux des trois autres cas n'étaient pas connus. Tous les patients étaient des hommes. L'un des cinq est décédé.

Au **Brésil**, 42 cas présumés ont été notifiés en 2017, qui étaient répartis sur 14 des 26 États; cinq (12 %) ont été confirmés dans quatre États : Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (un cas mortel, importé du Venezuela) et São Paulo (1). Les 37 cas restants ont été éliminés par les autorités nationales. En 2018, le Brésil a notifié 11 cas présumés entre les SE 1 et 20, mais aucun cas n'a été confirmé à ce jour.

En **République dominicaine**, trois cas présumés ont été notifiés en 2017 ; la diphtérie a été confirmée pour l'un des trois, tandis que les deux autres cas ont été éliminés sur la base de critères cliniques pour l'un, de résultats aux tests de laboratoire pour l'autre. Aucun décès n'a été notifié. Aucun cas n'a été notifié en 2018.

Pour prévenir l'importation de cas de diphtérie à partir des pays touchés, les autorités sanitaires nationales des pays voisins ont intensifié la surveillance épidémiologique, les enquêtes et la vaccination.

Le Fonds renouvelable de l'OPS a appuyé les pays de la Région pour garantir l'approvisionnement en antitoxine diphtérique dans un marché mondial limité. Haïti et le Venezuela ont reçu de l'antitoxine diphtérique tous les ans ces trois dernières années, tandis que la Colombie, le Panama et la République dominicaine se sont approvisionnés pour reconstituer leurs stocks stratégiques nationaux. Le Fonds renouvelable a aujourd'hui signé un accord d'approvisionnement avec un seul fabricant, situé en Inde, dont on s'attend à ce qu'il couvre les besoins anticipés de la Région pour 2018 et 2019.

Couverture vaccinale

Lors des vingt années précédant 2016, la couverture vaccinale régionale assurée par les trois doses de vaccin antipoliomyélitique était comprise entre 90 % et 94 %. En 2016, cette couverture a chuté à 87 %, soit le chiffre le plus bas des deux décennies précédentes. Les données préliminaires de 2017, qui n'incluent pas les données de l'Uruguay et d'El Salvador, ont montré que la couverture par les trois doses de vaccin antipoliomyélitique est de 88,4 %. Au niveau infrarégional, les taux de couverture vaccinale ne sont pas homogènes. Plusieurs municipalités de la Région présentent des taux de couverture inférieurs à 80 %.

Mise à jour de la surveillance

La qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) dans la Région est sous-optimale. Au cours des 52 dernières semaines (SE 26 2017-SE 26 2018), la Région a atteint le taux de notification au moins un cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans et d'étudier plus de 80 % des cas de PFA dans les 48 heures, mais elle n'a pas atteint la proportion minimale de 80 % de collecte adéquate d'échantillons sanguins dans cette population de cas. Seuls quatre pays ont atteint les trois indicateurs indiqués au cours de ces 52 dernières semaines : la Bolivie, le Mexique, le Nicaragua et le Paraguay.

Utilisation de doses fractionnées du vaccin antipoliomyélitique inactivé (fVPI)

En avril 2017, le GCT a recommandé que tous les pays se préparent à riposter à une pénurie de vaccins antipoliomyélitiques inactivés (VPI) et que les pays (n = 16) qui administrent plus de 100 000 doses de VPI par an prennent immédiatement des dispositions pour la mise en œuvre de la vaccination par le fVPI. Parmi les pays auxquels était recommandé de passer au fVPI, neuf (56 %) ont déjà commencé à former des agents de santé (Cuba, Colombie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Nicaragua, Panama, Paraguay et République dominicaine). Deux pays ont finalisé la formation à tous les niveaux et commencé à mettre en œuvre le fVPI dans le cadre de leurs programmes vaccinaux systématiques : l'Équateur (depuis le 1^{er} janvier 2018) et Cuba (depuis le 1^{er} mai 2018).

En juin 2018, des membres de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille et de l'Unité des communications de l'OPS se sont rendus en différents endroits situés en Équateur pour documenter l'expérience du pays sur le plan de sa préparation, de sa mise en œuvre et de sa supervision de l'utilisation du fVPI. Les enseignements tirés de l'expérience équatorienne pourraient bénéficier aux autres pays de la Région, et du monde, pour leur propre préparation à la mise en œuvre du fVPI. L'OPS prépare actuellement un rapport technique et une vidéo expliquant les processus de préparation et de mise en œuvre appliqués en Équateur, qui seront mis à la disposition de tous les pays en septembre 2018. Les meilleures pratiques déterminées incluent :

- la délivrance de formations en cascade de qualité aux agents de santé ;
- l'emballage de l'enfant dans une couverture au moment d'administrer le fVPI pour contribuer à limiter ses mouvements, et accroître ainsi les chances d'appliquer correctement la technique et d'obtenir une papule ;
- l'administration du fVPI dans des postes avancés ;
- la garantie de la bonne acceptabilité par les parents de la nouvelle technique d'administration ;
- le renforcement de la communication entre agents de santé, indispensable pour accroître l'acceptabilité des parents et leur compréhension de l'évolution de l'enfant et des soins à réaliser immédiatement à l'issue de la vaccination ;

Mise à disposition du vaccin

La mise à disposition du VPI reste limitée ; cependant, à ce jour, aucun pays de la Région n'a dû faire face à une rupture de stock. L'Unité d'immunisation intégrale de la famille et le Fonds renouvelable de l'OPS continuent à travailler étroitement avec tous les pays pour surveiller les stocks de VPI. Le Fonds renouvelable poursuit les négociations avec le fournisseur de VPI-10, ce qui a permis de signer un accord d'approvisionnement avantageux pour 2018 et 2019. Une mise à jour a été faite sur l'approvisionnement en VPI au cours de la 162^e session du Comité exécutif.

Analyse du risque

Jusqu'à ce que la poliomyélite soit éradiquée sur l'ensemble du monde, tous les pays sont à risque d'importation de poliovirus. En juillet 2017, l'OPS a présenté une évaluation régionale du risque au GCT, qui en a approuvé la méthode, et a encouragé les États Membres à conduire des évaluations infranationales annuelles du risque encouru. Pour avoir une cohérence avec certains indicateurs mondiaux d'évaluation du risque, l'OPS a actualisé son évaluation régionale de risque en la renouvelant en juillet 2018. Les résultats préliminaires montrent que quatre pays présentent un risque extrêmement élevé (Guatemala, Haïti, République dominicaine et Venezuela), cinq pays un risque élevé (Argentine, Bolivie, Équateur, Pérou et Suriname), 15 pays un risque modéré (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Belize, Bermudes, Brésil, Colombie, Curaçao, El Salvador, Guyana, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Trinité-et-Tobago et les îles Vierges), les 19 pays restants présentant un faible risque (Aruba, Bahamas, Barbade, Canada, îles Cayman, îles Turques-et-Caiques, Chili, Costa Rica, Cuba, Dominique, États-Unis, Grenade, Honduras, Nicaragua, Saint-Kitts, Saint-Vincent, Sainte-Lucie, Sint Maarten et Uruguay).

Il est intéressant de noter qu'à la suite des améliorations des taux de couverture vaccinale et des résultats de la surveillance, le Brésil a été reclassé de pays à risque élevé à pays à risque modéré lors de cette mise à jour de l'évaluation du risque. De plus, à la suite des recommandations émises par le GCT, l'OPS a élaboré un outil pour que les pays puissent conduire leurs propres évaluations nationales de risque au niveau du district/de la municipalité. L'OPS poursuit actuellement le développement de cet outil pour y inclure une cartographie automatisée des zones à risque. Cet outil sera présenté aux pays au cours de la 6^e Réunion régionale contre la poliomyélite en décembre 2018.

Isolement du poliovirus Sabin de type 3 au Venezuela

En mai 2018, le Venezuela a notifié un cas de PFA chez un enfant âgé de 34 mois qui n'avait pas d'antécédents vaccinaux antipoliomyélitiques et vivait dans une communauté du Delta Amacuro où la couverture vaccinale est faible. Le cas a été notifié par le système national de surveillance. Conformément aux directives de surveillance, un échantillon de selles a été prélevé chez l'enfant, dans lequel le laboratoire national a isolé un poliovirus Sabin de type 3. L'isolat viral a ensuite été envoyé au laboratoire spécialisé mondial (CDC des États-Unis, Atlanta), qui a confirmé les résultats du laboratoire national. Cet isolat viral était de la même forme que le virus Sabin de type 3 du vaccin antipolio oral, ce qui signifie que le virus n'avait pas subi de mutation et qu'il ne s'agissait ni d'un poliovirus sauvage (PVS) ni d'un poliovirus dérivé du vaccin (PVDV). Des investigations approfondies sur le terrain n'ont pas permis de constater d'autres cas de PFA ou des regroupements de cas évoquant une circulation en cours de PVS ou de PVDV. Pour classer ce cas, et conformément aux directives de surveillance de la poliomyélite, une évaluation clinique a été réalisée le 28 juin 2018, soit 60 jours après le début de la PFA, pour objectiver la présence éventuelle d'une paralysie résiduelle. Les résultats de cette évaluation n'ont pas été concluants et le neurologue a demandé qu'une autre évaluation soit réalisée le 2 juillet 2018. L'OPS n'a pas encore reçu les résultats de cette seconde évaluation. Bien que ce cas ne soit pas dû au PVS ou au PVDV, tout État ou district de la Région où la couverture vaccinale par les trois doses de vaccin antipoliomyélitique est faible présente un risque d'émergence de PVDV ou d'importation de PVS, et doit lutter pour améliorer la couverture vaccinale antipolio et renforcer la surveillance.

Enquête sur un cas d'immunodéficience liée au PVDV de type 1 (iVDPV1) en Colombie

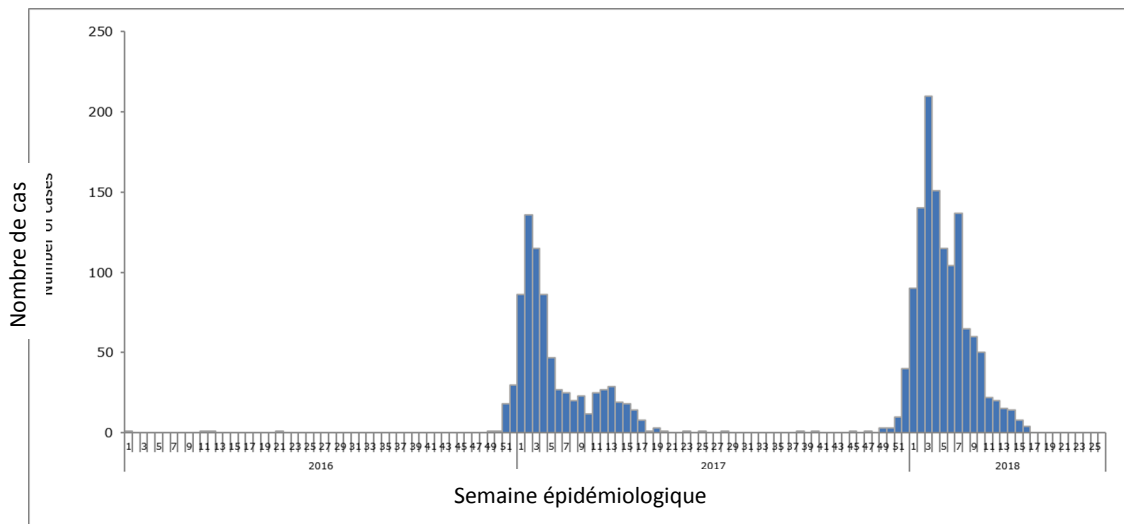
Un cas présumé d'iPVDV1 fait actuellement l'objet d'une enquête en Colombie. Un enfant de 11 mois chez lequel on présumait une immunodéficience primaire grave a présenté une PFA le 1^{er} mars 2018 et, par la suite, un PVDV de type 1 a été isolé chez cet enfant. L'OPS/OMS continue d'analyser la situation épidémiologique et d'appuyer le renforcement de la surveillance et de la vaccination dans le pays.

L'OPS/OMS se coordonne avec des partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour obtenir l'antiviral Pocapavir. L'enfant sera inclus dans un essai thérapeutique évaluant l'efficacité, la sûreté et la pharmacocinétique du Pocapavir. Les cas d'iPVDV sont extrêmement rares et il n'existe pas à ce jour de documentation sur une éventuelle propagation secondaire associée d'iPVDV. En Colombie, la couverture vaccinale antipolio nationale étant estimée à 91 %, le risque d'une propagation ultérieure de PVDV reste de ce fait très faible.

Mise à jour sur la situation épidémiologique de la fièvre jaune au Brésil

Entre juillet 2017 et le 16 mai 2018, l'État du Minas Gerais a confirmé 520 cas de fièvre jaune, dont 177 (34 %) décès. Au cours de la même période, l'État de São Paulo a notifié 516 cas confirmés, dont 163 (32 %) décès. Entre le 1^{er} janvier et le 24 mai 2018, l'État de Rio de Janeiro a notifié 265 cas confirmés, dont 84 (32 %) décès répartis sur 23 des 91 (25 %) municipalités. Entre le 1^{er} janvier et le 16 mai 2018, l'État d'Espirito Santo a notifié six cas confirmés, dont un décès (17 %). Entre juillet 2017 et le 16 mai 2018, le District fédéral n'a notifié qu'un cas, mais mortel. La transmission de la fièvre jaune est le fait de vecteurs sylvatiques dans des contextes ruraux ou des zones périurbaines localisées. Il n'a été confirmé à ce jour aucune transmission de la fièvre jaune par *Aedes aegypti*. Le nombre de cas de fièvre jaune chez l'homme et chez l'animal notifiés par le Brésil diminue régulièrement depuis fin février 2018 (**figure 2**).

Figure 2. Distribution des cas confirmés de fièvre jaune par semaine épidémiologique (SE), Brésil, 2016-2018



Au Brésil, la saison de la fièvre jaune se déroule classiquement de décembre à mai. Pour 2018-2019, les analyses épidémiologiques et environnementales laissent penser que le virus de la fièvre jaune pourrait se propager au sud et atteindre les États de Paraná, Santa Catarina et Rio Grande do Sul. On s'attend également à ce que le virus se déplace vers le sud-ouest par les corridors sylvatiques partant actuellement de l'État de São Paulo, franchissant le bassin de la rivière Paraná jusqu'à l'est du Paraguay, le nord de l'Argentine et le nord-est, et pouvant alors potentiellement atteindre les États de Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba et Rio Grande do Norte.

Le 20 mars 2018, le ministère de la Santé a annoncé l'élargissement de la vaccination anti-amarile à l'ensemble du pays, incluant ainsi 1586 nouvelles municipalités des régions du sud-est, du sud et du nord-est, et augmentant la population à vacciner de 77,5 millions de personnes. La vaccination de ces nouvelles populations sera réalisée peu à peu jusqu'en avril 2019. Cette mesure préventive a pour objectif de protéger l'ensemble de la population contre la maladie au cas où les zones géographiques de circulation du virus s'élargiraient, comme cela a été observé lors de la flambée de 2017. Selon les rapports officiels, le nombre total de doses administrées (doses entières ou fractionnées) à Rio de Janeiro au cours de la campagne vaccinale de masse conduite du 25 janvier au 5 mai 2018 était de 2 073 151 doses. Si l'on ajoute

ce nombre aux 8 395 098 doses administrées dans cet État avant la campagne, le nombre total de doses vaccinales administrées à ce jour est de 10 468 249, ce qui couvre 65 % de la population cible.

À São Paulo, le nombre total de doses administrées (doses entières ou fractionnées) au cours de la campagne conduite de janvier à mai 2018 était de 5 529 017 doses. Si l'on prend en compte les 13 300 000 de personnes vaccinées avant la campagne, la couverture vaccinale cumulée pour la population de São Paulo était de 60 %. Outre les États de Rio de Janeiro, São Paulo et Bahia, qui poursuivront la vaccination avec une dose fractionnée, les États situés dans le sud (Paraná, Santa Catarina et Rio Grande do Sul) commenceront à vacciner avec une dose standard en juillet 2018, puis cette vaccination avec une dose standard sera réalisée dans la région du nord-est (Piauí en janvier 2019, Alagoas et Sergipe en février 2019, Paraíba et Pernambouc en mars 2019, Ceará et Rio Grande do Norte en avril 2019). Ainsi, d'ici à avril 2019, 1586 nouvelles municipalités seront intégrées aux zones bénéficiant de recommandations vaccinales, ce qui portera la couverture du territoire national à 100 %.

Dans le Minas Gerais, la couverture vaccinale cumulée (2003-2018) était estimée à 95 %. Contrairement aux États de Rio de Janeiro, São Paulo et Bahia, le Minas Gerais faisait l'objet de recommandations vaccinales antiamariles concernant ses résidents et les voyageurs reçus ; cependant, on estime à 691 450 le nombre de personnes non vaccinées, qui relèvent particulièrement du groupe d'âge des 15 à 59 ans, très concerné par la dernière épidémie importante de fièvre jaune au Brésil en 2017. Parmi les 853 municipalités du Minas Gerais, 142 (15 %) n'ont pas atteint la couverture vaccinale de 80 %, tandis que 283 (33 %) autres municipalités ont notifié des taux de couverture compris entre 80 % et 95 %. Plus de la moitié des villes du Minas Gerais ont atteint des taux de couverture de 95 % ou plus.

On ne s'attend à aucune pénurie de vaccins antiamarils ou de seringues, qui pourrait perturber les plans de vaccination des États de São Paulo, Rio de Janeiro et Bahia. Au 30 janvier 2018, le stock national de vaccins antiamarils comportait 17,9 millions de doses entières. Vingt millions de seringues devraient rapidement être approvisionnées, ce qui permettra aux autorités nationales de poursuivre les activités vaccinales.