

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XL Numéro 3

Protégez votre Famille par la Vaccination

Septembre 2018

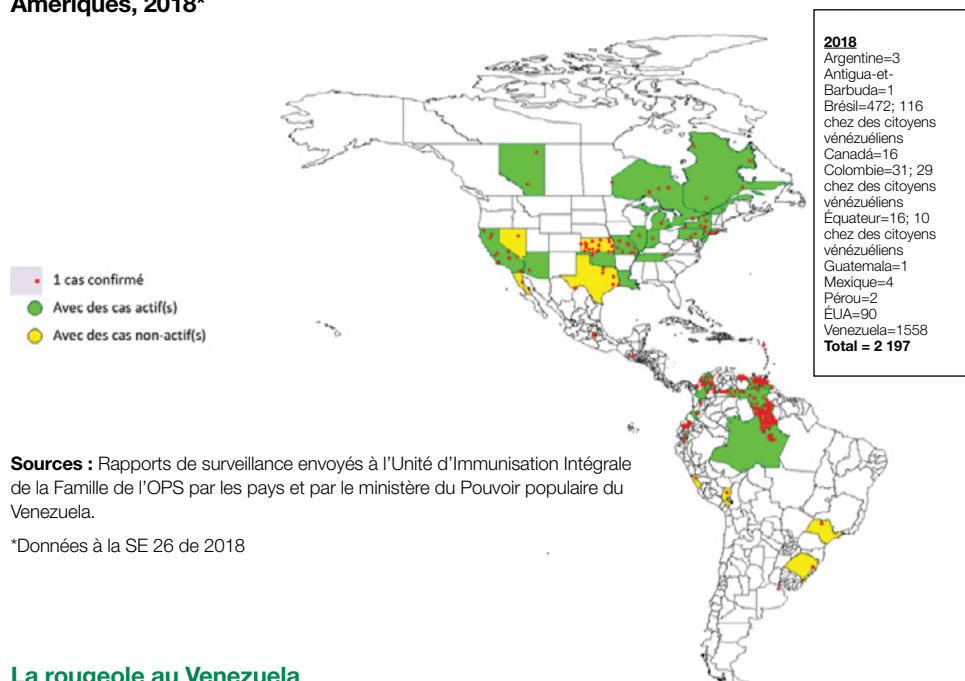


Le défi posé par la pérennité de l'élimination de la rougeole dans les Amériques, 2017-2018

Situation épidémiologique dans la Région

Au 30 juin 2018 (semaine épidémiologique [SE] 26), 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. Les pays qui ont eu des épidémies en 2017 sont le Brésil, le Canada, les États-Unis et le Venezuela.

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 SE 26 de 2018

La rougeole au Venezuela

Entre la 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. 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. Le génotype D8 du virus de la rougeole a été identifié dans des échantillons prélevés sur les cas ; il correspond à un nouveau génotype D8 importé sans aucun lien avec le génotype D8 du virus endémique qui avait circulé antérieurement dans les Amériques. 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. Le Delta Amacuro est frontalier

Voir **ROUGEOLE** page 2

DANS CE NUMÉRO

- 1 Le défi posé par la pérennité de l'élimination de la rougeole dans les Amériques, 2017-2018
- 7 L'OPS publie le document « Registre électronique de vaccination : considérations pratiques de planification, d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation »

1 In Memoriam : Anthony Burton

In Memoriam : Anthony Burton



Anthony Burton.

Retraité de l'OMS, cocréateur d'Epi Info™, pionnier en matière de santé publique et de surveillance, et mentor passionné de nombreux praticiens de santé publique

Anthony Hilton Burton, ou plus simplement Tony, est décédé lors d'un voyage professionnel à Bichkek (Kirghizistan) le 12 juillet 2018. Il était âgé de 63 ans. Tony avait pris sa retraite de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2014, après avoir été au service de cette organisation pendant 25 ans, auprès du Programme de lutte contre le VIH, puis du Programme élargi de vaccination (PEV).

Dans sa jeunesse, Tony a joué du violon et travaillé dans un établissement psychiatrique. Il était diplômé de philosophie de l'Université de l'État de Géorgie aux États-Unis. Il était aussi devenu analyste de systèmes, avec une expertise en biostatistique.

Tony Burton a travaillé pour les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis de 1978 à 1987. Aux CDC, il était en toute première ligne lors de l'élaboration du Système électronique national de surveillance des maladies (NEDSS), pour lequel il a écrit la version BASIC du Système d'analyses épidémiologiques (EAS), l'un des premiers outils permettant aux épidémiologistes de définir des questions, saisir des données et résumer des résultats sous la forme de tableaux sans l'aide d'un programmeur. Il a également contribué à créer les premières versions d'Epi Info™.¹⁰

Basé initialement sur un système d'exploitation à disque (DOS), Epi Info™ est un outil logiciel de santé publique que les professionnels du monde entier utilisent encore aujourd'hui pour les enquêtes sur les flambées et les systèmes de surveillance, mais aussi comme logiciel d'étude intensive de données à des fins d'analyses statistiques. Cet outil a révolutionné la santé publique sur l'ensemble du globe, car il s'agissait d'un des premiers outils statistiques à être offert gratuitement aux chercheurs et aux praticiens de santé publique, où qu'ils se trouvent sur la planète.

¹⁰ « L'histoire d'Epi Info™ », disponible sur <https://www.cdc.gov/epiinfo/storyall.html>

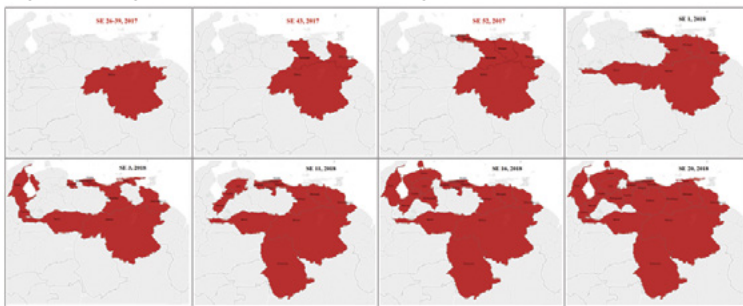
ROUGEOLE suite de la page 1

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 ≥ 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 avant la SE 26 2018, 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).

Figure 2. Progression de l'épidémie de rougeole au Venezuela, 2017-2018.

Source : Ministère du pouvoir populaire pour la santé, Venezuela.

¹ Gouvernement du Brésil, Ministère de la Santé. Rapport no 1, 2017/2018. Situação dos casos de Sarampo nos estados de Roraima e Amazonas-2018. Disponible en portugais sur: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/Informe-Sarampo.pdf> [date de consultation : 21/07/2018].

² Gouvernement du Brésil, Ministère de la Santé. Rapport no 4, 2017/2018. Situação dos casos de Sarampo nos estados de Roraima e Amazonas. 2018. Disponible en portugais sur: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/23/Boletim-4.pdf> [date de consultation : 21/07/2018].

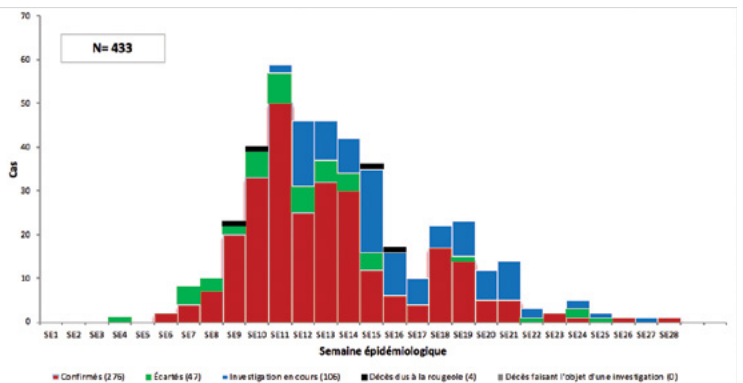
³ Gouvernement du Brésil, Ministère de la Santé, Secrétariat spécial à la santé autochtone (SESAI); District sanitaire autochtone spécial Yanomami E Yekuana (DSEI) et Division des Soins de santé à la population autochtone (DIASI). Apresentação Avaliação dos casos de sarampo. Juillet 2018.

⁴ Gouvernement du Brésil, Ministère de la Santé. Informe No 14 2017/2018. Situação do Sarampo no Brasil. 2018. Disponible en portugais sur : <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/18/Informe-Sarampo-14.pdf> [date de consultation : 21/07/2018].

⁵ Fondation de surveillance sanitaire d'Amazonas. Boletim Epidemiológico de Sarampo do Amazonas No 17. 2018.

La rougeole au Brésil**Roraima**

Le 14 février 2018 (SE 7), le ministère de la Santé du Brésil a reçu de l'État de Roraima une notification d'un cas de rougeole chez un mineur âgé d'un an, de nationalité vénézuélienne, confirmé par laboratoire.¹ Le cas est apparu dans le contexte d'une épidémie de rougeole à laquelle fait face le Venezuela depuis juillet 2017 et du mouvement migratoire de sa population vers les pays limitrophes, ce qui a contribué à la propagation du virus. À la SE 28, l'État de Roraima avait notifié 422 cas présumés de rougeole dans 11 de ses municipalités ainsi que d'autres en provenance de municipalités vénézuéliennes comme Gran Sabana, Ciudad Bolívar, Maracaibo, Sifontes et El Tigre, desquels 272 (64,4 %) ont été confirmés. Parmi les cas confirmés, 191 (70,2 %) sont des personnes originaires du Venezuela, 79 (29 %) du Brésil, 1 (0,4 %) du Guyana et 1 (0,5 %) de l'Argentine (dans ces deux derniers cas, les personnes avaient vécu plus d'un an à Boa Vista, dans la municipalité de Roraima). Quatre décès attribuables à la rougeole ont été confirmés chez des enfants de moins de 5 ans, deux Brésiliens et deux Vénézuéliens, tous notifiés dans la municipalité de Boa Vista (voir la figure 3).²

Figure 3. Cas de rougeole notifiés, selon la SE du début de l'exanthème, Roraima (SE 1 à 28 2018)

Source : OPS/OMS, selon les données fournies par le Secrétariat de la Santé de Roraima.

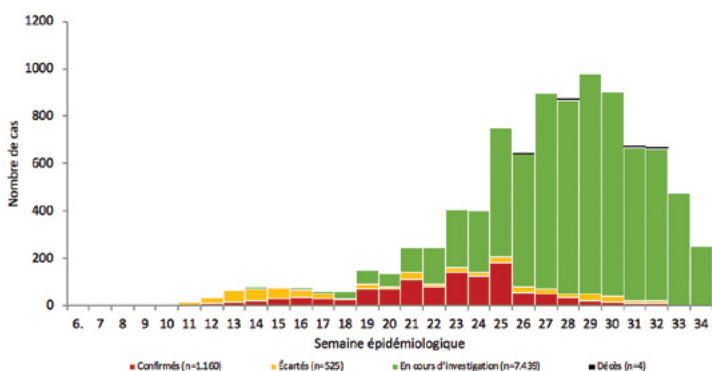
Du total des cas confirmés à Roraima, 89 personnes (41,2 %) sont membres de populations autochtones. Parmi les personnes appartenant au peuple yanomami, 60 sont des ressortissants vénézuéliens, et sept autres brésiliens. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 10 à 14 ans (18 Vénézuéliens et un Brésilien), suivis du groupe des 5 à 9 ans (13 Vénézuéliens). Le dernier cas confirmé à la SE 28 est celui d'une personne autochtone vénézuélienne, dont le début des symptômes date du 11 juin 2018.³ En ce qui concerne les cas confirmés dans l'État de Roraima, le groupe d'âge le plus touché est celui des 1 à 4 ans (56 cas), suivis des enfants de moins d'un an (51 cas). Le taux d'incidence de cas confirmés à Roraima est de 48,7 cas pour 100 000 habitants.⁴ Par sous-groupes, le taux le plus élevé se trouve parmi les enfants de moins d'un an (505,1 pour 100 000 habitants), suivi de ceux d'un à 4 ans (41,8 cas pour 100 000 habitants).⁴ Au cours de la SE 28, 160 cas (38,6 %) sont toujours sous investigation, bien que 38 (9,2 %) ont été écartés.

Amazonas

Le 6 février 2018, l'État d'Amazonas a notifié un cas présumé de rougeole qui a été écarté, et un autre cas chez une fillette brésilienne de 4 ans, qui avait été en contact avec des citoyens vénézuéliens et dont les symptômes avaient débuté le 12 février ; ce cas a par la suite été confirmé comme un cas de rougeole. De la SE 6 à la SE 28, 3120 cas présumés ont été notifiés en provenance de 15 municipalités ainsi que le cas d'un résident dans une autre unité fédérée. Du total des cas présumés, 444 (14,2%) ont été confirmés et tous concernaient des résidents de la municipalité de Manaus (voir la figure 4).⁵

ROUGEOLE suite de la page 2

Figure 4. Cas de rougeole notifiés, selon la SE du début de l'exanthème, Amazonas (SE 6 à 34 2018)



Source : OPS/OMS, selon les données fournies par le Secrétariat à la santé de l'État d'Amazonas.

Le groupe d'âge d'Amazonas le plus touché est celui des enfants de moins de 6 ans avec 220 cas (49,6 %) et, parmi eux, le sous-groupe des enfants de moins d'un an avec 114 cas. Le deuxième groupe le plus touché est celui des personnes de 20 à 29 ans avec 71 cas (16 %). Le taux d'incidence des cas confirmés dans l'État d'Amazonas est de 21,2 pour 100 000 habitants. Le groupe des enfants de moins d'un an à l'incidence la plus élevée (306,2 cas pour 100 000 habitants), suivi du groupe des enfants de 1 à 4 ans (61,7 cas pour 100 000 habitants) et de celui des enfants de 15 à 19 ans (22,2 pour 100 000 habitants).⁶

Autres États

Lors de la SE 28 de 2018, en plus des deux États mentionnés, quatre autres États ont confirmé des cas de rougeole : Rio Grande do Sul (8 cas), Rio de Janeiro (7 cas), Rondônia (1 cas) et São Paulo (1 cas). Les dates de début de l'exanthème des cas confirmés dans ces États se situent entre le 4 février et le 30 juin. Lors de la SE 26, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis ont notifié un cas de rougeole, confirmé par réaction en chaîne de la polymérase, chez un enfant d'un an sans antécédent vaccinal. Il avait visité Manaus et était rentré aux États-Unis, où il réside, le 18 juin, avec un début d'exanthème le 30 juin. Le cas a été associé au génotype D8, similaire à celui qui est en circulation au Venezuela et à Manaus.

Selon l'analyse de laboratoire réalisée par la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), le génotype identifié dans tous les cas confirmés d'Amazonas et de Roraima est le D8, avec une lignée identique à celle qui a été identifiée au Venezuela en 2017. À São Paulo, le génotype était le D8, identique à celui qui circule dans des pays hors de la Région des Amériques (antécédent de voyage au Liban). À Rio Grande do Sul, le génotype B3, similaire à celui qui circule dans les pays hors de la Région (antécédent de voyage dans des pays européens) et le D8, identique à celui qui circule à Manaus, ont été identifiés. Dans l'État de Rondônia, le génotype identifié était également le D8, identique à celui qui circule à Manaus.⁷

Le ministère de la Santé, en partenariat avec l'OPS/OMS, a élaboré des plans de microplanification au niveau des États et dans les municipalités prioritaires au cours des mois de mai, juin et juillet pour vacciner la population âgée de 6 mois à 29 ans dans les écoles et en porte à porte, en suivant des horaires décalés et pendant la fin de semaine.

Ont également été réalisés des actions d'intervention rapide, des activités de communication sociale et de rapprochement du talent humain pour garantir la vaccination, des travaux de numérisation de l'information, des travaux de logistique pour la mobilisation et l'entretien de la chaîne de froid. En outre, des activités de formation, de réorganisation des équipes d'intervention rapide et des salles de situation, ainsi qu'un appui à la réorganisation du réseau de prestation des services sanitaires à Roraima et ses 15 municipalités ont été

organisés. Les activités de vaccination et de surveillance communautaire continuent dans les abris, les rues et les places publiques où se trouvent des ressortissants vénézuéliens, ainsi que parmi la population autochtone dans les abris où prédomine l'ethnie warao, et dans les six municipalités dont les districts sanitaires recensent une population yanomami.

De plus, avec l'appui de l'OPS, des actions ont été réalisées, comme l'installation, le 1er mars, d'une salle de vaccination à la frontière entre le Brésil et le Venezuela, dans la municipalité de Pacaraima, où, en date du 17 juillet, 27 875 personnes de nationalité vénézuélienne ont été vaccinées et 71 675 doses de tous les vaccins du calendrier de vaccination brésilien ont été administrées, principalement le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (22 378 doses, 31,2 %) et la fièvre jaune (21 344 doses, 29,8 %). Depuis mars, trois consultants internationaux de l'OPS/OMS, spécialisés en vaccination, surveillance épidémiologique de la rougeole et soins de santé à la population des migrants en situation de vulnérabilité, sont en poste dans l'État de Roraima et rattaché à la salle de vaccination. Le 14 mars, la préfecture de Boa Vista a déclaré une situation d'urgence sanitaire durant 180 jours en raison de l'augmentation des cas de rougeole chez les migrants étrangers qui arrivaient par la frontière entre le Brésil et le Venezuela.⁸ Des réunions ont été organisées avec le personnel sanitaire pour la mise en œuvre de la salle de situation de l'épidémie de rougeole réunissant la municipalité de Pacaraima, l'État de Roraima (Brésil) et la municipalité de Gran Sabana, dans l'État de Bolívar (Venezuela).

À partir de la SE 21, et avec la mise en œuvre des actions mentionnées, on a observé une réduction notable de la notification de cas présumés de rougeole au sein de la population brésilienne en tant que cas secondaires. La majeure partie des cas confirmés sont déclarés dans la population vénézuélienne qui arrive à Roraima au cours de la période de transmission (voir la **figure 3**).

Suite à la demande du ministère de la Santé, de l'État d'Amazonas et de la municipalité de Manaus, l'OPS/OMS a lancé le plan d'appui lors de la deuxième quinzaine de juin. Le 29 juin, une note technique a été émise avec des informations clés pour appuyer la prise de décisions à Manaus, relativement à la déclaration d'urgence, décrétée le 3 juillet et pour 180 jours dans le but d'accélérer les actions de promotion et de prévention pour l'endiguement de la chaîne de transmission de la rougeole.



Figure 5. Actions d'endiguement de l'épidémie de rougeole au Brésil, 2018. Source : OPS/OMS.

De plus, un nouveau plan de microplanification dans la municipalité de Manaus a été élaboré et mis en œuvre. À partir du 16 juillet, 200 équipes de vaccination ont été mobilisées pour des activités dans les écoles et en porte à porte, en suivant des horaires décalés et pendant la fin de semaine. La police et l'armée ont fourni un appui dans les quartiers dont l'accès est difficile, dû à des difficultés d'ordre public. De même, on a procédé au renforcement, au moyen d'une capacité technique accrue, de l'élaboration de la microplanification dans les 14 municipalités prioritaires : 36 fonctionnaires qui assumaient des responsabilités organisationnelles dans le cadre du plan d'intervention rapide ont reçu une formation, tout comme les équipes d'intervention rapide des 62 municipalités de l'État. Un appui a également été fourni pour des actions destinées à diminuer la transmission nosocomiale dans le milieu hospitalier et les unités sanitaires, ainsi qu'à réorganiser les soins de santé lors du triage, de la gestion clinique et de l'isolement dans les unités hospitalières et services de soins d'urgence. À partir de la SE 28, l'OPS/OMS a assigné des consultants internationaux,

⁶ Gouvernement du Brésil, Ministère de la Santé. Rapport no 14 2017/2018. Situação do Sarampo no Brasil. 2018. Disponible en portugais sur : <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/18/Informe-Sarampo-14.pdf> [date de consultation : 21/07/2018].

⁷ Gouvernement du Brésil, Ministère de la Santé. Rapport no 14 2017/2018. Situação do Sarampo no Brasil. 2018. Disponible en portugais sur : <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/18/Informe-Sarampo-14.pdf> [date de consultation : 21/07/2018].

⁸ G Gouvernement municipal de Boa Vista. Notícias. Sarampo – Prefeitura decreta situação de emergência na saúde. Disponible en portugais sur : <https://www.boavista.r.gov.br/noticias/2018/03/sarampo-prefeitura-decreta-situacao-de-emergencia-na-saude> [date de consultation : 22/07/2018].

ROUGEOLE suite de la page 3

spécialistes en intervention intégrée pour la lutte contre la rougeole, ainsi que des consultants nationaux. Ils appuient la réorientation de la nouvelle stratégie de communication sociale, l'éducation et l'information destinée à la population en général et aux professionnels de santé, avec des messages comme "Le retour de la rougeole" et "Famille exempte de rougeole", en plus des campagnes de vaccination pour la population âgée de 6 mois à 29 ans.

Le financement, depuis le début de l'épidémie de rougeole jusqu'au 19 juillet, a été réalisé dans le cadre d'accords de coopération entre le ministère de la Santé et l'OPS/OMS, en plus des ressources propres à l'OPS/OMS. Un investissement total conjoint d'environ US\$ 937 000 a été obtenu. Le Fonds renouvelable de l'OPS/OMS a appuyé l'administration fédérale dans l'achat de 16,4 millions de doses de vaccin ROR pour satisfaire à la demande au cours du deuxième trimestre de l'année, pour un montant d'environ \$68 000 000.

Les principaux défis pour le pays sont l'obtention d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % avec la première et la deuxième dose du calendrier national (12 et 15 mois) et son maintien, la garantie de la vaccination de 100 % du personnel de santé avec deux doses du vaccin ROR, l'obtention et la distribution de fournitures de laboratoire, qui sont essentielles pour la confirmer les cas de rougeole et fournir la preuve de l'augmentation des cas en cours d'investigation, la confirmation de cas par lien épidémiologique, la cohérence de l'information publiée dans les médias et la dissémination de bulletins et rapports officiels et mis à jour, contenant des informations sur l'épidémiologie, la vaccination, l'intervention rapide et la communication.

Parmi d'autres défis tout aussi cruciaux concernant la prestation des services, il faut citer le suivi de la mise en œuvre des protocoles de triage et de gestion clinique, y compris l'isolement en milieu hospitalier, l'identification des cas présumés et leur notification immédiate, ainsi que le suivi et la mise en œuvre du protocole d'isolement social et à domicile, l'administration opportune des deux doses de vitamine A chez les enfants atteints de rougeole et l'observation des comportements cliniques recommandés, comme l'administration d'immunoglobuline aux personnes immunodéprimées, aux femmes enceintes susceptibles ou diagnostiquées et aux enfants de moins de 6 mois.⁹

En conclusion, le pays, avec le ministère de la Santé et les secrétariats nationaux et municipaux de la santé, s'est engagé à réaliser les activités et objectifs fixés, mais il doit harmoniser les efforts et chercher la participation de partenaires stratégiques, politiques, communautaires, scientifiques, gouvernementaux et non gouvernementaux, visant à une amélioration des couvertures vaccinales, de la prestation des services de santé, de l'intervention rapide, ainsi que de la qualité de la surveillance épidémiologique, de la communication sociale et de la participation communautaire. L'objectif est d'interrompre la chaîne de transmission de la rougeole avant qu'elle ne se prolonge sur plus de 12 mois consécutifs, alors qu'elle a débuté le 4 février 2018 (premier cas confirmé), ce qui est nécessaire pour pérenniser l'élimination de la maladie dans la Région des Amériques.

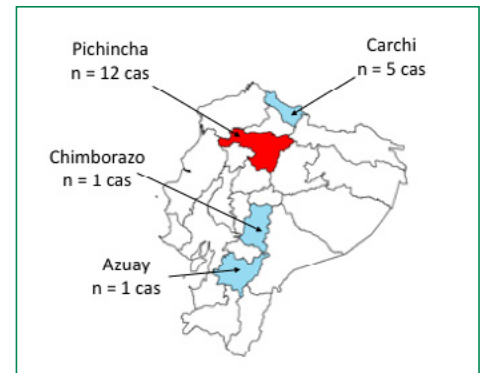
La rougeole en Colombie

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. Aucun décès n'a été enregistré jusqu'à la SE 26 de 2018. Le génotypage effectué sur des échantillons provenant de 22 cas a indiqué qu'il s'agissait du génotype D8, lignée MVI /HuluLangat.MYS / 26.11, tel qu'identifié au Venezuela.

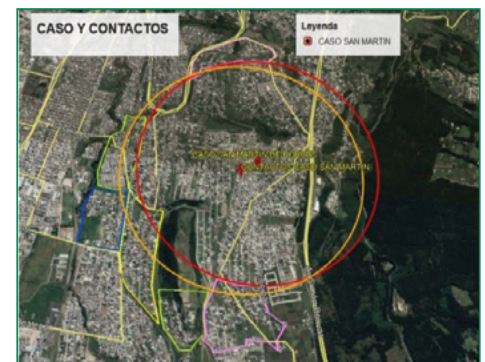
La rougeole en Équateur

L'OPS a déclenché, en date du 6 février 2018, une alerte épidémiologique pour la rougeole en Équateur. Le 9 mars 2018, la ministre de la Santé du pays, Verónica Espinosa, a déclenché l'alerte préventive rapide pour la rougeole, la diphtérie et la fièvre jaune, qui a entraîné plusieurs actions dans les neuf zones de planification du pays, notamment l'intensification de la vaccination, la détection et le diagnostic précoce de cas présumés de rougeole, la gestion adéquate des cas et la mise en œuvre de mesures de contrôle immédiat pour interrompre la chaîne de transmission et éviter les décès. Ces actions ont bénéficié de l'appui de l'OPS/OMS, tout comme les formations demandées par le ministère de la Santé publique et l'exécution du plan d'intervention immédiate.

L'Équateur se trouve dans la phase d'intervention du plan d'urgence, ce qui implique l'activation et l'intensification de la surveillance et de la vaccination, ainsi que la recherche active de cas présumés et des actions d'endiguement du virus de la rougeole. Pour atteindre l'objectif de vaccination fixé dans ce plan, on a procédé au recrutement d'un contingent de vaccinateurs qui se sont incorporés aux brigades. De même, on a renforcé le dépistage rapide pour vacciner les enfants âgés de 12 et 18 mois, avec deux doses de ROR selon le calendrier national de vaccination, et la vaccination a été élargie aux enfants âgés de 2 à 15 ans dans l'ensemble du pays, comme dépistage tardif. Les interventions de vaccination destinées à la population étrangère âgée de 1 à 15 ans ont également été recommandées dans diverses activités. Sur le pont international de Rumichaca, à la frontière avec la Colombie, un poste de soins a été installé pour la population étrangère, avec un service de vaccination accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec des succès prouvés dans le dépistage de personnes non vaccinées et la recherche active de cas dans la population au point de migration.



Équateur, nombre de cas de rougeole par province, SE 33 de 2018. Source : OPS/OMS et données officielles du ministère équatorien de la Santé.



Plan de la zone assignée et élargie de vaccination, zone 9, Équateur. Source : équipe technique, Zone 9, ministère de la Santé publique de l'Équateur.



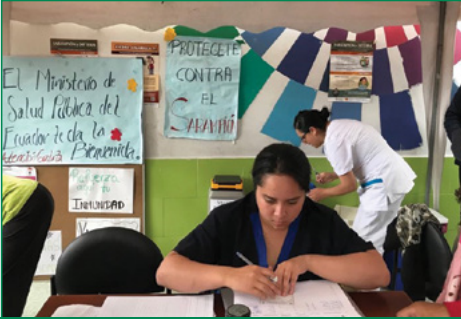
Causeries éducatives pour les utilisateurs du transport interprovincial. Source : Stratégie sanitaire de vaccinations, ministère de la Santé publique de l'Équateur.



Activités au terminal terrestre à la frontière Équateur-Colombie Source : Bureau de l'OPS en Équateur (Samia Samad).

⁹ Sociedade brasileira de pediatria. Guia prático de atualização. Departamentos científicos de imunologia e imunizações. Atualização sobre sarampo. 2018. Disponible en portugais sur : <http://www.sbp.com.br/impressao/detalhe/nid/atualizacao-sobre-sarampo/> [date de consultation : 21/07/2018].

ROUGEOLE suite de la page 4



Vaccination au poste frontière avec la Colombie, situé sur le pont international de Rumichaca. Source : Bureau de l'OPS en Équateur (Samia Samad).



Campagne de vaccination contre la rougeole au Venezuela, janvier 2018. Source : OPS/OMS.



Campagne de vaccination contre la rougeole au Venezuela, janvier 2018. Source : OPS/OMS.

Plus de mille brigades, formés de vaccinateurs et d'épidémiologistes, sont actives dans les nouvelles zones de planification, principalement dans les quatre zones (provinces de Carchi, Pichincha, Chimborazo et Azuay) où on a signalé les cas de rougeole importés et confirmés (11 au total) et les cas liés à une importation (3 cas) jusqu'à la SE 26 de 2018. Elles réalisent des activités de vaccination et effectuent l'investigation épidémiologique rigoureuse de tous les cas pour permettre de déterminer le trajet et identifier les contacts directs et indirects, ainsi que les lieux où il apparaît justifié d'intensifier la vaccination. On a également mis en œuvre des mesures d'isolement et un mécanisme d'appels et de visites pour le suivi des contacts. L'OPS a assuré l'accompagnement des brigades dans le travail sur le terrain et a fourni une orientation technique aux autorités sanitaires nationales.

Dans ce sens, et avec l'information obtenue lors de

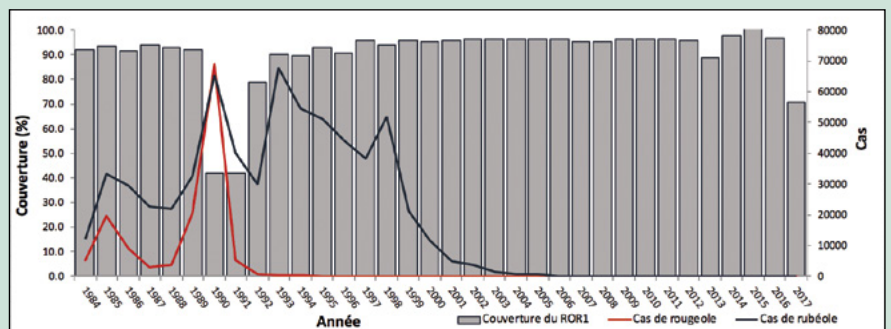
l'investigation épidémiologique des cas, les directions sanitaires des zones affectées ont décidé d'élargir la zone de vaccination. La raison étant qu'on a pu identifier des contacts directs des cas confirmés qui travaillaient dans le commerce et qui, par conséquent, pouvaient disséminer le virus de la rougeole : de nouveaux cas présumés ont été identifiés et, par la suite, confirmés. Des activités ont également été réalisées pour la notification volontaire des contacts indirects.

La rougeole au Mexique

Le Mexique a réalisé des interventions efficaces en matière de vaccination, de surveillance épidémiologique et de diagnostic de laboratoire. Le dernier décès dû à la rougeole a été rapporté en 1995 et le dernier cas endémique, en 1996. La vaccination est une des interventions les plus rentables pour prévenir les maladies au niveau mondial et doit être considérée comme une question de sécurité nationale. Le Mexique a mis en place les stratégies d'élimination recommandées par l'OMS/OPS, telles que les campagnes de rattrapage (1993), de vaccination accélérée pour adultes âgés de 19 à 29 ans (2008) et de suivi (1998, 2002, 2010, 2011 et 2016), ainsi que l'administration du vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) aux écoliers et aux adolescents. Toutes ces stratégies ont permis d'obtenir des couvertures de plus de 90 %.

Les taux de couverture vaccinale avec la première dose du vaccin ROR sont indiqués à la figure 6.

Figure 6. Cas de rougeole et de rubéole et couverture vaccinale avec la première dose du vaccin ROR au Mexique, 1984-2017



Sources de données pour la figure 6

- Population : estimations reposant sur les recensements de population de 1980, 1990, 2000, 2010 et les projections du Conseil national de la population (CONAPO) du Mexique.
- 1984-1989 : doses de vaccin RR administrées lors de la campagne d'accélération de 2008.
- 1990-1991 : ces cohortes ont été vaccinées au cours de la période 2000-2005 avec le vaccin RR.
- 1992-2017 : obtention d'une couverture plus élevée, dans le cadre du programme systématique ou de campagnes de suivi.

La dernière campagne de suivi contre la rougeole et la rubéole, réalisée en 2016 avec un investissement de plus de 300 milliards de pesos, a atteint une couverture nationale de 94,1 %.

Étant donné la situation régionale, le Secrétariat à la Santé du Mexique a établi les mesures d'intervention suivantes :

1) Actions de vaccination face aux épidémies :

- **Contrôle des cas** : il est effectué dans les lieux où la présence de cas a été déterminée. Cette étape comprend deux stratégies opérationnelles : la première est une campagne de vaccination mise en œuvre immédiatement ; la deuxième, mise œuvre immédiatement après la fin de la campagne de vaccination, correspond aux activités de vaccination dans des secteurs identifiés comme secteurs à risques élevés pour la transmission de la rougeole.
- **Réduction du nombre de personnes susceptibles** : activité réalisée dans toutes les entités fédérées pour endiguer la transmission de la maladie face à une éventuelle importation du virus en provenance d'un pays avec des cas. Deux stratégies sont appliquées de manière simultanée : la première visant à une intensification de la vaccination parmi la population identifiée comme étant à risque pour la transmission de la rougeole et la deuxième visant à renforcer la vaccination systématique.

Si les antécédents vaccinaux sont négatifs, le vaccin est administré de la façon suivante : chez les enfants de 1 à 6 ans sans antécédent vaccinal primaire, administration du vaccin ROR ; chez les enfants, adolescents et adultes de 7 à 39 ans sans antécédent vaccinal primaire ou de rappel, administration du vaccin RR.

Pour les localités où des cas ont été confirmés, les enfants de 6 à 11 mois doivent être vaccinés avec une dose du vaccin ROR, qui n'est pas comprise dans le calendrier de vaccination. On administre également la dose correspondante du vaccin ROR à l'âge d'un an, ou deux mois après l'administration aux enfants de plus de 10 mois.

2) Activités permanentes de vaccination :

Les activités permanentes de vaccination sont des actions réalisées de façon continue durant toute l'année dans les services du premier, deuxième et troisième niveau de soins du système sanitaire national, qui visent à administrer les produits biologiques indiqués selon le calendrier de vaccination aux différents groupes d'âge. Ces activités sont réalisées dans le cadre d'une vaccination intramuros au sein du réseau des services de santé et d'une vaccination extramuros avec l'installation de postes de vaccination dans divers espaces de la communauté et l'organisation de brigades qui effectuent des visites porte à porte dans le cas du Secrétariat à la santé.

ROUGEOLE suite de la page 5

3) Plan national d'intervention :

Le Mexique a établi des actions et des procédures pour éviter l'introduction et la propagation du virus de la rougeole et de la rubéole dans le pays dans le but de garantir la pérennité de l'élimination de ces maladies.

Au Mexique, cinq cas de rougeole importés ont été confirmés entre les SE 1 et 26 de 2018. Le premier cas était une résidente de Tijuana (Baja California) âgée de 38 ans et vaccinée, qui a indiqué que l'éruption avait débuté le 11 février 2018. Elle n'avait reçu qu'une seule dose de vaccin contre la rougeole et la rubéole. Au cours de la période d'exposition au virus, la patiente avait des antécédents de voyage dans plusieurs pays européens et aux États-Unis. Un virus de génotype B3 a été identifié, ce qui a confirmé une contamination probable en Europe. Les trois autres cas de rougeole, dont les éruptions ont débuté entre les SE 7 et 10, ont été confirmés à Mexico. Il s'agissait d'une femme de 39 ans, de son fils d'un an et de la gardienne de l'enfant, âgée de 48 ans. Le cinquième cas a été confirmé chez une femme de 20 ans à Veracruz; éruption cutanée apparue le 16 avril 2018 (SE 16). Elle a voyagé dans différentes villes de la Chine du 6 au 23 mars 2018. Aucun cas secondaire n'a été généré et la source de l'infection n'a pas pu être identifiée. Les résultats du génotypage du virus pour ce cas et pour les cas confirmés à Mexico ne sont pas encore connus.

En ce qui concerne la rubéole, trois flambées épidémiologiques ont été détectées au cours des cinq dernières années. Une d'entre elles s'est produite en 2017 dans l'État de Querétaro, chez une personne de 39 ans avec un antécédent de voyage à Hong Kong (Chine). En 2018, deux flambées ont été détectées : une rapportée dans l'État de Guanajuato chez un enfant de 3 ans et une autre rapportée par l'État de Quintana Roo avec un cas confirmé chez un homme de 27 ans. Pour les deux derniers cas, la source de l'infection n'a pas pu être déterminée ; cependant, les deux personnes résident dans des endroits où de larges mouvements de personnes d'autres nationalités ont lieu.

La mesure indispensable à prendre pour garantir la qualité de l'information qui permettra d'orienter la prise de décisions est l'évaluation permanente du système de surveillance épidémiologique au moyen des indicateurs opérationnels des maladies éruptives. Ces indicateurs doivent satisfaire aux normes établies par les instances internationales, comme le montre le **tableau 1**.

Tableau 1. Indicateurs d'évaluation des maladies éruptives (Mexique, 2017)

Taux*	Dépistage opportun	Notification opportune	Étude opportune	Échantillon approprié	Information complète	Réponse opportune du laboratoire	
						Envoi de l'échantillon	Résultat
2,8	92%	95%	96%	98%	100%	93%	86%

Source : SINAVE/DGE/SS : Système de surveillance épidémiologique des maladies éruptives.

*Cas pour 100 000 habitants.

Les stratégies de vaccination contre la rougeole mises en œuvre au cours des 27 dernières années se sont avérées efficaces pour éviter la réintroduction du virus au Mexique, où existe un engagement absolu pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole du territoire national. À cet effet, il est donné suite aux règlements existants en matière de surveillance épidémiologique de la rougeole et de la rubéole, y compris les dispositions prises dans le cadre du Plan national pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. Cependant, tant que la rougeole et la rubéole n'ont pas été éradiquées dans le monde, les risques d'importation sont latents ; on ne saurait donc renoncer aux mesures à prendre en matière de vaccination, de surveillance épidémiologique et d'analyses de laboratoire pour lutter contre ces maladies.

Réponse de l'OPS aux épidémies de rougeole dans la région

Les principales interventions entreprises par l'OPS ont été orientées sur un appui au Brésil, à la Colombie, à l'Équateur et au Venezuela. 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 Carissa Etienne 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 162e 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 Brésil, Équateur, Guatemala, Haïti et Venezuela sur le plan technique et maintenir la visibilité des alertes épidémiologiques au niveau politique le plus élevé ;
- L'Unité d'immunisation intégrale de la famille (IM) 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 ;
- Les négociations avec des partenaires stratégiques se poursuivent en vue de mobiliser des ressources additionnelles pour faire face à la situation épidémiologique de la rougeole dans la Région ;
- 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, la Colombie et le Honduras, qui se tiendra en octobre 2018 ; dix ateliers nationaux équivalents ont par ailleurs été financés en Amérique centrale et en Amérique du Sud ;
- L'Unité d'IM 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 29e Conférence sanitaire panaméricaine, les ministres de la Santé ont approuvé le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023*, 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 en cours 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, de la rubéole et du SRC dans les Amériques*, 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.

ROUGEOLE suite de la page 6

Pour aborder ce problème crucial, le Groupe consultatif technique (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.

Conclusion

Compte tenu du rétablissement de la transmission endémique de la rougeole au Venezuela depuis le 30 juin 2018, la Région des Amériques n'est plus considérée exempte de rougeole, en raison d'une transmission soutenue au Venezuela depuis plus de 12 mois. Les 34 autres États Membres maintiendront toutefois leur statut exempt de circulation endémique de la rougeole. Pour offrir des orientations sur les exigences et le processus de nouvelle vérification d'élimination de la rougeole, le GCT a examiné trois scénarios proposés par le secrétariat de l'OPS en juillet 2018. 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. ■

Contributeurs

Brésil : Lely Stella Guzmán-Barrera, OPS / OMS

Équateur : Samia Samad, Aida Soto, Talina Mosquera, OPS et Ministère de la Santé publique

Mexique :

Direction générale de l'épidémiologie (DGE) : Cuitláhuac Ruiz Matus, Directeur général, María Eugenia Jiménez Corona, Directrice générale adjointe, José Cruz Rodríguez Martínez, Directeur de la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, Norma Irene Luna Guzmán, Sous-directrice des systèmes spéciaux de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, Ruth Purísima González Sánchez, appui technique

Centre national pour la santé des enfants et des adolescents (CENSIA) :

Juan Luis Gerardo Durán Arenas, Directeur général, Verónica Carrión Falcón, Directrice de la santé des enfants et des adolescents, César Misael Gómez Altamirano, Sous-directeur de la coordination et de l'administration du Conseil national de la vaccination, Ilse María Julia Herbas Rocha, médecin spécialisé en épidémiologie, María del Carmen González Andrade, médecin spécialisé en épidémiologie

Venezuela : Ministère du pouvoir populaire pour la santé et OPS / OMS.

Siège de l'OPS/OMS : Desiree Pastor et Pamela Bravo, équipe consultative technique sur la rougeole, rubéole et syndrome de rubéole congénitale (SRC).

Recommandations du GCT sur les flambées épidémiologiques de rougeole dans les Amériques, juillet 2018

- 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, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023*, 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.

L'OPS publie le document « Registre électronique de vaccination : considérations pratiques de planification, d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation »



Le document *Registre électronique de vaccination : considérations pratiques de planification, d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation* est conçu pour appuyer les responsables du PEV et leurs équipes dans la mise en œuvre des systèmes d'information relatifs aux registres électroniques de vaccination (REV) en se fondant sur les diverses expériences colligées au niveau mondial, particulièrement dans la Région des Amériques.

Dans ce contexte, les principaux objectifs de ce document sont les suivants : 1) produire des connaissances relatives aux systèmes d'information et aux registres de vaccination et destinées aux responsables des programmes de vaccination aux niveaux nationaux et infranationaux, 2) fournir aux équipes, aux responsables du PEV et aux experts en systèmes d'information sanitaire un contexte et des expériences appropriés quant à l'élaboration, la mise en œuvre, l'entretien, le suivi et l'évaluation des systèmes de REV, de manière à appuyer la planification de leur mise en œuvre, 3) fournir des recommandations techniques, fonctionnelles et opérationnelles pouvant servir de base de discussion et d'analyse concernant les exigences standards nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de REV dans les pays de la Région des Amériques et des autres régions, 4) servir de plateforme pour la documentation et le partage des enseignements tirés et des expériences réussies en

matière de mise en œuvre de REV.

Ce document est structuré selon trois parties principales : contexte, planification et conception d'un REV, élaboration et mise en œuvre d'un REV, avec une prise en compte des processus pertinents et de leur structure. Le contenu des chapitres est fondé sur une revue de la documentation concernant les aspects relatifs aux exigences en matière de REV, et il résume les expériences des pays de la Région des Amériques, et d'autres régions, ayant déjà mis en place un REV et se trouvant à l'étape de son élaboration et de sa mise en œuvre.

Ce document existe dans les langues suivantes :

- anglais (iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34865),
- espagnol (iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34864),
- français (iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34957). ■

Errata

Nous aimerions signaler deux corrections pour des éditions antérieures du Bulletin d'immunisation :

- Numéro de juin 2018 : dans l'article Haïti élimine le tétanos néonatal (version en anglais, p. 5), le vaccin Td est écrit de façon incorrecte (« DT »). Le texte corrigé est le suivant :
 2. organiser des activités de vaccination systématique avec le vaccin dT chez les femmes en âge de procréer dans les départements à haut risque ;
 3. adopter et mettre en œuvre une politique d'administration de doses supplémentaires de dT (enfants de 4 à 6 ans, adolescents de

13 à 17 ans) ; »

- Numéro de décembre 2017 : le tableau de données intitulé Données de surveillance sur la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, classement définitif, 2016 (p.7) contient des quantités de cas incorrectes pour les Bermudes, le Brésil, le Panama et le Pérou. Les chiffres ont été corrigés dans la version électronique du Bulletin mais pas dans la version imprimée. Les corrections sont les suivantes :
 - Bermudes
 - « 0 » au lieu de « 80 »

- Brésil
 - « 0 » au lieu de « 33 »
 - « 0 » au lieu de « 181 »
 - « 0 » au lieu de « 214 »
 - « 80 » au lieu de « 89 »
- Panama
 - « 0 » au lieu de « 1 »
- Pérou
 - Dans les deux cas, « 0 » au lieu de « 4 »

Le *Bulletin d'immunisation* est publié quatre fois par an en anglais, espagnol et français par l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région et au-delà.

Il est possible de se procurer une compilation électronique du Bulletin, intitulée « *Thirty years of Immunization Newsletter: the History of the EPI in the Americas* », à l'adresse www.paho.org/inb.

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

ISSN 1814-6260

Année XL Numéro 3 • Septembre 2018

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2018
Tous droits réservés.

Unité d'immunisation intégrale de la famille

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



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



**Organisation
mondiale de la Santé**
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

IN MEMORIAM suite de la page 1



Anthony Burton.

Tony a tout d'abord travaillé avec Jeff Dean, alors simple stagiaire (Jeff Dean est aujourd'hui chef de l'intelligence artificielle chez Google) sur le module ANALYSE d'Epi Info™ au cours de l'été 1986. Cette collaboration s'est poursuivie pour les versions suivantes d'Epi

Info™ : alors que Tony travaillait à l'OMS, Jeff se rendait à Genève lors des vacances universitaires.

En avril 1989, Tony a rejoint les rangs du Département de l'OMS pour la lutte contre le VIH/sida et, en 1995, il a été transféré au Département de la vaccination. Dans le premier, il a contribué à estimer le fardeau de la maladie. En matière de vaccination, il est devenu incontournable pour établir de nombreux systèmes de gestion de l'information, avec une priorité sur les données de surveillance et de couverture au niveau des pays. Suivant la recommandation faite en 1998 par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination d'« accroître les efforts et les ressources pour améliorer la qualité des données nationales de vaccination (et la validation de ces données) dans le contexte du renforcement des systèmes nationaux d'information sur la santé », Tony a dirigé l'élaboration d'une méthode permettant d'estimer la couverture vaccinale nationale. Avec quelques améliorations apportées depuis sa création, cette méthode OMS/UNICEF d'estimation des couvertures vaccinales nationales (WUENIC), encore utilisée aujourd'hui

par ces deux organisations, a permis d'estimer les couvertures annuelles pour divers vaccins/doses dans tous les États Membres de l'OMS et de l'UNICEF depuis 1980. La vision de Tony et ses contributions à l'utilisation stratégique des données pour éclairer la planification des programmes, en ciblant particulièrement la prise en charge de la sous-vaccination, reste inégalée à ce jour. Le Dr Kaushik Banerjee, membre de l'équipe du PEV de l'OMS et anciennement responsable du PEV en Inde, a ainsi déclaré que Tony « a aidé [ses équipes] à utiliser les données pour gérer le PEV [en Inde] ».

Depuis sa retraite en 2014, Tony a continué à participer au PEV en prenant part à plusieurs réunions et formations, à contribuer à la méthode WUENIC et à apporter son soutien aux enquêtes de couverture vaccinale. Au moment de son décès, il appuyait ainsi une enquête de couverture vaccinale au Kirghizistan. Comme l'a exprimé lors de ses funérailles à Genève sa femme durant 24 ans : « Il est mort en faisant ce qu'il aimait ».

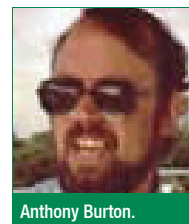
La générosité de Tony n'avait pas de limites. Il a guidé et influencé les vies d'une multitude de personnes dans le monde. Les citations suivantes témoignent de certains de ses traits de caractère :

- « On se souviendra de lui pour son approche pratique de résolution de problèmes et pour sa générosité quand il délivrait des conseils et partageait son expertise sur l'ensemble du monde avec les membres des ministères de la Santé, ses collègues, ses partenaires et les stagiaires »;¹¹
- « Tony était l'une des meilleures personnes que j'ai rencontrées. J'ai appris à ses côtés

non seulement les statistiques, la santé publique et la vaccination, mais aussi ce que signifie se préoccuper d'autrui, rester humble et être altruiste » ;

- « Nous honorons une vie bien vécue ».

Tony était un grand lecteur et un interlocuteur passionné, il parlait à tous et avait toujours un livre extraordinaire à recommander ; l'un de ses favoris était « *Le Maître et Marguerite* » de Mikhaïl Boulgakov. Sa curiosité intellectuelle était extraordinaire ; de nombreux sujets l'intéressaient, parmi lesquels les voyages et les débats bien menés.



Anthony Burton.

Au moment de son décès, les lectures de Tony avaient trait à l'esprit et sa localisation, tout en apprenant le tai-chi. Son rire et ses plaisanteries resteront dans les mémoires. Il adorait faire des puzzles chez lui, dans son salon, marcher le dimanche matin sur les rives du Lac Léman à Genève ou épingler sur la carte du mur de la cuisine ses voyages de par le monde dans la perspective de nouvelles aventures de vacances.¹² Tony laisse une femme, Claudine, et deux enfants, Ian et Fiona.

Sa disparition laisse un grand vide dans nos cœurs et constitue une perte immense pour la famille du PEV dans le monde entier, mais tous ceux qui ont eu l'honneur et la chance de le côtoyer n'oublieront jamais sa vie et ses enseignements. ■

Contribution de : Carolina Danovaro, OMS.

¹¹ D'après une note envoyée au personnel de l'OMS par le Dr Tedros, Directeur général, OMS, le 19 juillet 2018.

¹² D'après une note envoyée au personnel du CDC, le 26 juillet 2018.