

**Recommandations clés**

- On estime que la rougeole indigène a été éliminée des Amériques. Par conséquent, le risque d'une épidémie est sans doute faible. Les plus importantes priorités de la santé publique doivent être des abris adéquats, une eau saine et un meilleur assainissement, une meilleure nutrition, une meilleure surveillance des épidémies et la réinstauration des premiers soins.<sup>1</sup> Maintenir la taille des camps à une population inférieure à 10 000 réduirait le risque d'une épidémie de rougeole. Fournir de l'eau et un assainissement améliorés, ainsi qu'une nutrition adéquate pourrait réduire la sévérité des cas si une épidémie de rougeole survenait.
- Comme une épidémie de rougeole proviendrait de l'extérieur du pays, les personnes se rendant en Haïti pour aider aux secours doivent apporter la preuve de leur vaccination contre la rougeole, une preuve d'immunité provenant d'un laboratoire, une confirmation d'une maladie antérieure, ou elles doivent être nées avant le 1er janvier 1957 (comme preuve d'une immunité acquise naturellement).
- Une surveillance des fièvres/éruptions cutanées devrait être renforcée et tous les cas de rougeole suspectée devraient être examinés dans les 48 heures, par des tests au Laboratoire national de la santé publique (LNSP) ou via les réseaux des laboratoires de l'OPS. Tout cas confirmé de rougeole devrait donner lieu à une surveillance plus étendue et à la mise en place d'une stratégie de réponse agressive à une épidémie basée sur les recommandations de l'OMS.<sup>2</sup> Tous les cas confirmés devraient faire l'objet de soins complets.
- Lorsque cela est faisable d'un point de vue logistique, le vaccin rougeole-rubéole (RR) et de la vitamine A devraient être fournis aux populations à haut risque (par ex. les enfants âgés de 9 mois à 6 ans) afin de réduire le groupe de personnes prédisposées au cours des prochaines 2 à 4 semaines. Avec la campagne d'immunisation actuelle, les organisations techniques pertinentes devraient surveiller l'évolution, la couverture estimée et la sécurité des injections. Le plan de vaccination devrait être révisé après avoir complété les activités de vaccination dans les camps temporaires et avant que des activités supplémentaires soient mises en place pour des groupes de population plus larges. Améliorer les systèmes d'immunisation de routine et de surveillance des maladies contagieuses devrait être un des buts à long terme des activités de reconstruction.

**1. Quelle était la situation en Haïti avant le séisme ?**

- En 2000–2001, une épidémie de rougeole a eu lieu en Haïti avec 1 149 cas confirmés ; la plupart des cas étaient des enfants non vaccinés âgés de moins de 10 ans. Aucun cas de rougeole n'a été confirmé en Haïti ou dans la République dominicaine depuis 2001. On estime que la rougeole indigène a été éliminée des Amériques depuis novembre 2002.
- Haïti dispose d'un système de surveillance basé sur les cas pour la rougeole/rubéole dans le cadre du système régional complet de l'OSP. En 2009, Haïti remettait chaque semaine des données nationales à l'OPS. Toutefois, un examen du système de surveillance du Programme étendu d'immunisation mené de juin à août 2009 a trouvé que seuls 40 % des centres départementaux remplissaient régulièrement les rapports de surveillance, et les taux départementaux d'achèvement s'étendaient de 0 à 61 % pour la période de l'étude.
- Haïti a introduit le vaccin monovalent contre la rougeole (c.-à-d. uniquement contre la rougeole) au programme d'immunisation en 1984 avec une dose unique chez les enfants âgés de 9 mois. Selon les estimations de l'OMS/UNICEF, la couverture annuelle de l'immunisation contre la rougeole pour les nourrissons est passée de 21 % en 1985 à 58 % en 2008. Le pays est passé au RR en 2008.
- Selon les directives de l'OPS,<sup>3</sup> une campagne de « rattrapage » de la rougeole a été menée en 1994 (9 mois à 15 ans), et des campagnes de « de maintien » ont été menées en 1999 et 2001 (9 mois à 5 ans).
- Une autre campagne RR nationale visant les enfants de 1 à 19 ans a été menée dans le cadre d'une approche échelonnée entre novembre 2007 et décembre 2008. Une enquête sur la couverture de la vaccination, menée avec l'assistance technique du CDC, a estimé la couverture à 79 %. La couverture dans les départements les plus touchés par le tremblement de terre était répartie de la manière suivante : 73 % dans l'Ouest, 78 % à

Port-au-Prince, et 89 % dans le Sud-Est. La couverture dans ces départements était relativement uniforme dans tous les groupes d'âge : 77 % parmi les enfants de 1 à 5 ans et 80 % parmi les personnes de 6 à 19 ans.

## **2. Quelle est la probabilité que des cas/épidémies de cette maladie se développent dans un avenir proche ?**

- Habituellement les nourrissons sont protégés par les anticorps maternels jusqu'à l'âge de 6 à 9 mois. Le pourcentage de nourrissons protégés par une dose du vaccin contre la rougeole varie légèrement selon l'âge au moment de la vaccination : 85 à 90 % de 8 à 9 mois, 95 % de 11 à 12 mois, et plus de 95 % à 13 mois ou plus. Comme certains nourrissons ne répondent pas à leur première dose, l'OMS recommande actuellement que tous les enfants reçoivent deux doses des vaccins contenant la rougeole (MCV);<sup>5</sup> toutefois, recevoir plus de deux doses du vaccin n'est pas nocif. On pense que l'immunité dure toute la vie.
- En raison des imperfections de la couverture du vaccin contre la rougeole, la population reste exposée à un risque d'épidémie provenant des cas provenant de l'extérieur ; toutefois, le risque d'une épidémie est sans doute très faible. La taille du groupe prédisposé dépend d'un certain nombre de variables, y compris la couverture antérieure du vaccin, l'efficacité du vaccin, l'état nutritionnel, et la surpopulation. Le principal risque serait chez les nourrissons et les jeunes enfants, surtout ceux se trouvant dans les camps temporaires surpeuplés qui n'ont pas été vaccinés ou qui n'ont pas développé d'immunité après leur première dose.

## **3. En cas d'épidémie, comment serait-elle détectée ?**

- Comme la rougeole a été éliminée en Haïti, un seul cas de rougeole serait considéré comme étant une épidémie. Les responsables du Ministère de la santé (Ministry of Health, MOH) et le personnel de toute une gamme d'organisations internationales, y compris le CDC, ont établi un système de sentinelles de surveillance d'urgence, recevant des rapports quotidiens de cliniques de premiers soins utilisant une définition normalisée des cas (par ex. fièvre, éruption cutanée, et toux, coryza ou conjonctivite ; voir [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_V&B\\_01.43.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_V&B_01.43.pdf)).<sup>3</sup> Tout cas suspect doit être étudié dans les 48 heures, avec des échantillons de sang envoyés au LNSP ou au laboratoire du centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) pour y être confirmé.<sup>3</sup>
- En raison de la multitude de petites cliniques établies dans la zone du tremblement de terre, les activités de surveillance restent incomplètes. Au 14 février, une moyenne de 25 des 51 postes sentinelles envoyaient des rapports quotidiens. Des réunions de coordination régulières de toutes les ONG sur la santé constituent une occasion supplémentaire de rapporter des cas. Tous les professionnels de la santé reçoivent la consigne d'informer le ministère de la santé immédiatement de tout cas suspect de rougeole.
- Aucun cas de rougeole confirmé n'a été signalé à ce jour. Au 19 février, sept cas suspects de rougeole avaient été signalés, quatre depuis Port-au-Prince et trois depuis la ville de Jacmel. Quatre n'ont pas été jugés comme correspondant cliniquement à la rougeole, et le sérum sanguin des trois autres était IgM négatif pour la rougeole.

## **4. Quelles sont les options de mesures de santé publique à envisager en cas d'épidémie ?**

- Même si un seul cas de rougeole est confirmé, une enquête intensive sera menée afin de chercher d'autres cas dans la communauté environnante, surtout parmi les récents contacts. Fournir de la vitamine A et traiter les co-morbidités peut réduire la mortalité suite à la rougeole. Les experts de la santé publique devront évaluer la situation sans délai afin de déterminer les groupes d'âge appropriés et les zones prioritaires pour l'immunisation. Cette évaluation doit comprendre une analyse des données de couverture antérieures, si la population de la zone touchée avait été vaccinée récemment.<sup>2,3,4</sup>
- Plusieurs vaccins vivants atténués contre la rougeole sont disponibles, soit sous forme d'un vaccin monovalent (uniquement la rougeole), soit en association avec un vaccin contre la rubéole (RR), soit en association avec un vaccin contre les oreillons et la rubéole (ROR). Les vaccins contre la rougeole disponibles au niveau international, préqualifiés par l'OMS et obtenus par l'intermédiaire de l'UNICEF, sont sûrs et efficaces.
- Étant donné le risque faible mais possible d'une épidémie de rougeole, le Ministère de la santé travaille de pair avec l'OPS, l'OMS, l'UNICEF et diverses ONG afin de mener une campagne post-catastrophe pour

vacciner les enfants âgés de 9 mois à 6 ans avec un vaccin RR et leur fournir de la vitamine A. Les centres sont classés par ordre de priorité selon la taille de la population. La surveillance a lieu afin de fournir rapidement des estimations de la couverture du vaccin. La vaccination devrait avoir lieu en deux phases : (1) dans les camps temporaires et (2) dans des zones touchées plus larges une fois que la situation s'est stabilisée. Des postes de vaccination distincts pour les enfants et les adultes devraient être fournis dans les camps temporaires lorsque la vaccination est administrée à plusieurs groupes d'âge. Des efforts de vaccination plus étendus sont soutenus tant qu'ils sont faisables d'un point de vue logistique, qu'ils peuvent être administrés sans danger, qu'ils ne dévient aucune ressource nécessaire des autres priorités clés de la santé publique, comme l'eau, l'assainissement et les soins primaires.

- Les conditions locales régiront les détails des diverses campagnes de vaccination ; toutefois, les campagnes devraient suivre les directives développées pour les situations de catastrophe par l'OPS et l'OMS.<sup>2,4</sup> Une attention particulière doit être apportée à la sécurité des injections.

## Références

1. Watson, JT, Gayer M, and Connolly MA. Epidemics after natural disasters. *Emerg Infect Dis* [serial on the internet]. Jan. 2007 [accessed on Feb. 14, 2010]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/13/1/1.htm>.
2. Immunization, Vaccines and Biologicals/ WHO. Response to measles outbreaks in measles mortality reduction settings. WHO/IVB/09.03. March 2009 (Also available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_V&B\\_01.43.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_V&B_01.43.pdf)).
3. PAHO. Measles elimination field guide. Second edition, 2005. Also available at: [http://www.paho.org/english/ad/fch/im/fieldguide\\_measles.pdf](http://www.paho.org/english/ad/fch/im/fieldguide_measles.pdf).
4. PAHO. Vaccinations in disaster situations: recommendations of the PAHO/WHO special program for vaccines and immunization. Accessed on 14 Feb 2010. Available from [http://www.paho.org/English/DD/PED/te\\_vacc.htm](http://www.paho.org/English/DD/PED/te_vacc.htm).
5. WHO. Measles vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*. 2009; 35: 349-60. Also available at: <http://www.who.int/wer/2009/wer8435>.