



# Bulletin informatif du PEV

## Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXVI, Numéro 6

Protégez vos enfants par la vaccination

Décembre 2004

### XVI<sup>e</sup> Réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination: conclusions et recommandations

*La XVI<sup>e</sup> réunion du groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a eu lieu à Mexico du 3 au 5 novembre 2004. Le GCT se réunit tous les deux ans et sert de forum pour conseiller les États Membres de l'OPS en matière de politiques de vaccination et d'efforts pour le contrôle des maladies. Un résumé des conclusions et recommandations du GCT telles que présentées dans le rapport final figure à la suite.<sup>1</sup>*

Depuis la dernière réunion du GCT qui s'est tenue à Washington, D.C. en novembre 2002, les programmes d'immunisation de la Région des Amériques ont maintenu le continent exempt de la transmission du virus de la polio sauvage autochtone, ont interrompu la transmission endémique du virus de la rougeole autochtone et ont accompli des progrès considérables vers l'élimination de la rubéole et du SRC en entreprenant des campagnes de vaccination en masse des adultes et en mettant en œuvre des plans d'action pour la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC). Année après année, la vaccination a sauvé des millions d'enfants et a contribué à une baisse de la mortalité infantile aux Amériques; sur la période 1990-1995, il y a eu 51,4 décès pour 1000 naissances vivantes et en 2003 le taux de mortalité est tombé à 30,7.

Le GCT tient à reconnaître les progrès remarquables réalisés

par l'Unité d'immunisation (IM) de l'OPS au cours des deux dernières années par sa coordination de l'appui technique aux États Membres. On peut citer parmi les activités la présentation de la résolution CD44.R1 au Conseil directeur en septembre 2003 pour l'élimination de la rubéole et du SRC, l'organisation de deux réunions ad hoc de panels d'experts de la rubéole et de la rougeole, la convocation de réunions régionale et mondiale sur le rotavirus, l'assistance au développement de plans d'action régionaux et nationaux, la réalisation de trois évaluations de pays, l'organisation de la Semaine de vaccination aux Amériques et l'appui à cette activité et des consultations sur de nombreuses activités de surveillance à niveau national.

<sup>1</sup> Pour obtenir le rapport dans son intégralité, veuillez contacter l'Unité d'immunisation ou vous référer à la page Web de l'OPS à <http://www.paho.org/english/ad/fch/im/Vaccines.htm>



Prix de vaccination de l'OPS 2004: Recevant le prix au nom du Salvador, de gauche à droite, Jorge Manuel Pinto, Directeur général de l'Institut du Salvador pour la sécurité sociale, le Dr Ana Elena Chávez, Coordinatrice nationale du PEV et le Dr José Guillermo Maza, Ministre de la Santé. Détails en page 7.



Prix de vaccination de l'OPS 2004: Le Dr Nancy Vásconez, Directrice du PEV de l'Équateur, s'exprime devant le GCT avant de recevoir le prix. Le Dr Gina Tambini, Gérante de la Section de Santé familiale et communautaire et le Dr Jon Andrus, Chef de l'Unité d'immunisation sont derrière elle. Détails en page 7.

#### Dans ce numéro:

XVI<sup>e</sup> Réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination: conclusions et recommandations ..... 1

Prix de vaccination de l'OPS 2004..... 7  
In Memoriam : Dr John La Montagne, membre du GCT ..... 8

## La rubéole et le syndrome de rubéole congénitale: le nouveau défi

En septembre 2003, le 44<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a adopté une résolution pour l'élimination de la rubéole et du SRC d'ici 2010 et a exhorté les États Membres à préparer des Plans d'action nationaux à l'appui de cet objectif. L'élimination de la rubéole et du SRC aux Amériques a été définie comme étant l'interruption réussie de la transmission endémique du virus de la rubéole dans tous les pays de la Région sans occurrence de cas de SRC associés à la transmission endémique.

Depuis juillet 2004, environ 99% des cohortes de nouveaux-nés dans la Région des Amériques ont accès au vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux (ROR). Haïti est le seul pays n'ayant pas encore inclus le vaccin antirubéoleux dans son calendrier de vaccination. En 2002, tous les pays de la Région ont entrepris des campagnes de suivi (deuxième possibilité de vaccination pour les enfants âgés de <5 ans) avec le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR) et ont obtenu une couverture de >90%. Entre 1998 et juillet 2004, les Caraïbes anglophones, le Costa Rica, le Honduras, El Salvador, le Mexique et l'Équateur ont mené des campagnes de vaccination des adultes ciblant les femmes et les hommes. Au Brésil et au Chili, les campagnes n'ont ciblé que les femmes en âge de procréer. Durant la campagne,

le taux de couverture dans les Caraïbes a atteint 80%, alors que les autres pays ont atteint des taux >95%. Les pays restants de la Région prévoient de mener des campagnes de vaccination des adultes entre 2005 et 2007.

Le contrôle de l'innocuité des vaccins et l'assurance de pratiques d'immunisation sûres ont constitué des défis particuliers des campagnes de vaccination des adultes. Également, du fait que les personnes ne peuvent pas faire don de leur sang dans le mois suivant la vaccination antirubéoleuse, il a fallu coordonner les campagnes avec les banques de sang pour éviter les pénuries. Depuis l'introduction du vaccin et le lancement des campagnes de vaccination, l'incidence de la rubéole a chuté de 99,3% -de 135 000 cas notifiés en 1998 à seulement 923 cas en 2003.

Alors qu'en 1998 seuls 18 pays/territoires des Amériques rapportaient des cas de SRC, en 2003, la Région tout entière menait la surveillance du SRC. En 2004, cinq des six indicateurs de la surveillance intégrée rubéole/rougeole étaient >80% au niveau régional. Une surveillance du SRC de haute qualité est essentielle pour détecter les conditions congénitales et la prestation de soins périnataux complets. Un système de surveillance sensible améliorera aussi le suivi clinique et la prise en charge des maladies des enfants affectés.

### Vaccination systématique

En dépit des défis sociaux, politiques et financiers, le taux de couverture de la vaccination systématique au niveau régional demeure supérieur à 90% pour tous les vaccins. Néanmoins, une proportion considérable de municipalités reste en deçà d'une couverture <95%, la cible régionale. Les programmes nationaux d'immunisation et l'appui de l'OPS devront se concentrer sur l'augmentation des ressources et le développement de stratégies pour surmonter ces inégalités.

Il existe désormais un consensus sur le rôle joué par le secteur de la santé: assurer une croissance économique durable et la réduction de la pauvreté en procurant un accès aux services de santé essentiels. Ces objectifs offrent une opportunité unique de maintenir et d'étendre la portée des programmes d'immunisation des Amériques car leurs activités sont essentielles aux interventions en santé publique. Les données sur la couverture et la surveillance doivent être utilisées au niveau national pour mesurer et améliorer la performance des équipes de soins de santé primaire et des autorités de santé locales. Dans ce contexte, le GCT reconnaît l'impact considérable qu'aura le PEV sur la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire dans les pays des Amériques.

### Recommandations pour la Rubéole

#### 1. Surveillance

- Le GCT souscrit aux définitions de la rubéole/SRC basées sur les délibérations de la réunion du panel ad hoc d'experts sur la rubéole et la rougeole tenue à Washington, D.C. en mars 2004, citées dans le Bulletin informatif du PEV de l'OPS d'avril 2004 (Annexe I: Bulletin informatif du PEV: Réunion du panel ad hoc d'experts sur la rubéole et la rougeole. Avril 2004, Vol. XXVI (2), <<http://www.paho.org/French/AD/FCH/IM/snf2602.pdf>>). Les définitions citées dans la section sur la rougeole s'appliquent aussi pleinement à l'élimination de la rubéole.

- À des fins d'élimination, l'intégration complète de la surveillance de la rougeole et de la rubéole est requise; les laboratoires intégrés constituent un aspect important de ce système de surveillance. Il faut mettre l'accent sur la surveillance active. À l'exception d'un contexte de flambée, tous les spécimens doivent être testés à la fois pour la rougeole et pour la rubéole.
- Le GCT adhère aux indicateurs actuellement publiés dans le Bulletin de Rougeole/Rubéole de l'OPS, avec les révisions suggérées par le Panel ad hoc d'experts sur la rubéole et la rougeole. Trois indicateurs sont particulièrement critiques: la proportion de cas présumés avec une investigation appropriée, la proportion de cas présumés avec un échantillon sanguin approprié et la proportion de chaînes de transmission avec des échantillons représentatifs pour l'isolement du virus.
- Une investigation de cas appropriée comporte une visite à domicile dans les 48 heures qui suivent la notification, l'état complet des données pertinentes (c'est à dire date de notification, date d'investigation, date du début de l'éruption cutanée, date du prélèvement de l'échantillon, type d'éruption cutanée, présence de température, dates des vaccinations antérieures contre la rougeole et la rubéole) et des recherches actives de cas.
- Les efforts doivent se poursuivre pour suivre les cas notifiés de rougeole et de rubéole par âge, sexe, lieu et statut vaccinal.
- Dans le contexte de l'élimination du SRC, une surveillance de haute qualité requiert une composante active et une définition sensible de cas. Le GCT recommande la définition suivante afin de garantir une investigation rapide des cas présumés de SRC: *Un agent de santé à tous les niveaux du système de soins de santé doit soupçonner le SRC chez un nourrisson quand (1) après la naissance une ou plusieurs des conditions suivantes sont détectés: cataracte congénitale, troubles cardiaques congénitaux, purpura ou surdité; ou (2) il est établi que, lors de sa grossesse, la mère d'un nourrisson a été infectée par la rubéole, confirmée par laboratoire, ou est soupçonnée d'avoir*

*été infectée.* Pour le diagnostic, une définition plus spécifique pourrait s'avérer appropriée, la confirmation par laboratoire demeurant la norme absolue.

- En phase d'élimination, il faudra prélever des spécimens sur tous les cas présumés à des fins de test pour les anticorps IgM et d'isolement viral.
- Le GCT recommande que l'OPS convoque une réunion ad hoc d'experts pour déterminer les enseignements tirés et définir les bonnes pratiques de santé publique pour établir la surveillance du SRC. Il faudra considérer une revue de la littérature existante et de l'expérience des pays, ainsi que la consultation de professionnels de domaines différents en contact avec des enfants affectés par le SRC afin d'utiliser leur expertise. Cette approche inclut, sans s'y limiter, des ophtalmologistes, des chirurgiens cardiaques, des écoles pour les sourds, des oto-rhino-laryngologistes et des spécialistes des maladies infectieuses pédiatriques. La réunion devrait aider à affiner les approches de surveillance et les stratégies de détection de cas, par exemple l'utilisation du poids insuffisant à la naissance pour déclencher une investigation destinée à réduire le champ du dépistage périnatal.
- La collaboration avec le Système d'information périnatale du Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) et l'Étude collective latino-américaine sur les malformations congénitales (ECLAMC) devrait aider à renforcer la surveillance.
- Le GCT recommande de poursuivre la recherche sur les algorithmes et l'évaluation de spécimens cliniques alternatifs tels que les fluides oraux et les taches de sang séché. En outre, il faudra revoir les indicateurs et les stratégies dans le contexte de l'expérience des pays ayant une surveillance intégrée. Il faudra également étayer l'impact de l'initiative d'élimination de la rubéole sur le renforcement des services de santé, en particulier les services pour les femmes.

## 2. Stratégies de vaccination

- Le GCT encourage la conduite d'une seule campagne de vaccination en masse des hommes et des femmes dans tous les pays endémiques restants. La tranche d'âge à vacciner, que ce soit celles des 15-29 ans, des 15-39 ans ou autre, doit être déterminée en fonction de la susceptibilité probable des adultes. Ceci dépendra de l'année de l'introduction du vaccin ROR dans le calendrier national, de l'ampleur des campagnes de suivi avec le RR ou le ROR pour maintenir l'élimination de la rougeole et de l'épidémiologie de la rubéole dans le pays. Le GCT félicite les pays qui ont mené avec succès des campagnes de vaccination en masse des adultes.
- Les pays qui ont mené des campagnes de vaccination en masse des femmes seulement devront déterminer la portée de la transmission du virus et la susceptibilité chez les hommes et développer des stratégies appropriées pour réduire le nombre d'hommes susceptibles de contracter la rubéole.
- De nombreuses études, comme celles récentes au Brésil et au Costa Rica, indiquent de manière pratiquement irréfutable qu'il n'existe pas de lien identifiable entre la vaccination des femmes enceintes et la naissance d'un enfant atteint du SRC. Par conséquent, il n'y a aucune raison de modifier l'approche actuelle de vaccination de toutes les femmes en âge de procréer (FAP) pendant les campagnes. Il faut féliciter le Brésil et le Costa Rica pour leurs études et les encourager à soumettre leurs observations pour publication.

## 3. Laboratoires

Le Réseau de laboratoires antirougeoleux et antirubéoleux de l'OPS s'est réuni la veille de la réunion du GCT pour discuter de certaines questions techniques et logistiques. Des recommandations ont été émises concernant la sélection du kit IgM, l'isolement du virus et la détermination de génotypes, les types d'échantillons préférés, l'accréditation des laboratoires, la classification des cas liés au vaccin, le traitement des faussement positifs, le traitement des cas présumés chez les femmes enceintes et le contrôle des laboratoires. Ces recommandations se trouvent à l'annexe 2 du rapport final du GCT.

## **Rougeole**

Au cours des 10 années suivant l'adoption de l'objectif de l'élimination de la rougeole, son incidence a diminué de plus de 99% aux Amériques. La flambée au Venezuela peut être considérée comme le dernier exemple de transmission endémique largement répandue du virus de la rougeole aux Amériques. Néanmoins, la récente flambée au Mexique doit pousser les pays de la Région à améliorer la couverture vaccinale et la surveillance qui sont la meilleure protection contre les importations.

### **Recommandations:**

Reconnaissant que la transmission endémique du virus rougeoleux a vraisemblablement été interrompue aux Amériques, le GCT réaffirme le besoin d'un engagement constant des autorités et des agents de santé pour maintenir les réalisations déjà accomplies.

- Afin d'éviter les flambées, les taux de couverture du vaccin antirougeoleux doivent être maintenus à >95% dans toutes les municipalités. La couverture avec la première dose peut être améliorée en mettant en œuvre des stratégies spécifiques dans les districts à haut risque. Des campagnes nationales de suivi de haute qualité doivent également être menées tous les 3 à 4 ans afin de maintenir l'immunité parmi la population. De plus, des activités supplémentaires de vaccination doivent cibler les municipalités où la couverture est faible et les groupes de population insuffisamment desservis ou difficiles à atteindre.
- Afin d'harmoniser les pratiques entre les pays, le GCT approuve les définitions de l'élimination, de la réintroduction de la transmission endémique et de cas importés ou liés aux importations recommandées par la réunion du panel ad hoc d'experts sur la rubéole et de la rougeole tenue à Washington, D.C. en mars 2004, citées dans le Bulletin informatif du PEV de l'OPS d'avril 2004.
- Afin de garantir la transparence et de favoriser la confiance mutuelle, le GCT encourage les pays à partager avec l'Unité d'immunisation de l'OPS toutes les informations nécessaires concernant leur programme de vaccination. Cette information inclut, entre autres, la surveillance basée sur les cas, les données de laboratoire et les données de couverture vaccinale.
- Trois indicateurs de surveillance sont particulièrement critiques: proportion des cas présumés de rougeole avec investigation appropriée, proportion des cas présumés avec échantillon sanguin adéquat et proportion des chaînes de transmission avec échantillons représentatifs pour l'isolement du virus.
- Un indicateur devra être établi pour le taux de maladies à éruption fébrile étudiées, en fonction de l'expérience des pays.
- L'OPS devra examiner les problèmes d'ordre logistique et autres qui constituent des obstacles à la soumission ponctuelle des échantillons.

- Le GCT reconnaît le travail qu'a accompli le Secrétariat en 2004 pour actualiser le Guide de terrain sur la rougeole, ainsi que les Guides de terrain sur la polio, la rubéole et autres maladies évitables par la vaccination. Le GCT encourage l'utilisation de ces guides dans la formation et la mise à jour des compétences du personnel de santé.
- Un panel ad hoc doit être organisé pour revoir les expériences passées et pour identifier les meilleures pratiques dans la surveillance de la rougeole et la vaccination contre cette maladie.

## **Poliomyélite**

Les pays des Amériques ont pris des mesures visant à obtenir un taux élevé de couverture vaccinale contre la polio dans tous les districts, ainsi que pour détecter rapidement la circulation du virus dérivé du vaccin Sabin dans la Région. La proportion de spécimens appropriés se maintient à environ 80% et le taux de paralysie flasque aiguë (PFA) continue d'être supérieur à 1/100 000 enfants âgés de <15 ans. Toutefois, le taux de PFA de 2004 dans la Région indique une diminution alarmante par rapport à 2003.

### **Recommandations:**

- Les pays des Amériques doivent maintenir une surveillance adéquate de la PFA, conserver une couverture élevée avec le VPO dans toutes les municipalités, renforcer le réseau de laboratoires antipoliomyélitiques et se conformer au Plan d'action pour le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage.
- Le GCT réitère ses recommandations antérieures et déclare que le VPO doit rester le vaccin de choix pour la phase finale de l'éradication mondiale de la polio. Le VPO assure l'immunité intestinale, est considérablement moins cher que le VPI, est facile à administrer et protège les contacts dans la famille et la communauté, conférant ainsi l'immunité grégaire.
- L'OPS ne doit pas envisager de changer la politique actuelle concernant le VPO dans la Région jusqu'à ce que le monde soit certifié exempt de polio.
- La Région doit progresser dans la période de post-certification en étroite conformité avec les politiques mondiales stipulées par la Commission mondiale de certification de l'éradication de la polio.
- De préférence, toutes les vaccinations contre la polio devront être arrêtées au niveau mondial une fois que le monde sera certifié exempt de poliomyélite. En fonction d'une analyse des risques et des options stratégiques, en septembre 2003 un Groupe consultatif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que des plans soient développés et des mesures prises pour préparer l'interruption coordonnée de l'usage du VPO pour la vaccination systématique après l'interruption mondiale de la transmission du poliovirus sauvage. Toutefois, du fait que la polio continue à circuler dans le monde, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes doivent continuer à utiliser le VPO dans leur programme de routine afin de maximiser l'immunité de la population jusqu'à ce que l'éradication de la polio soit réalisée au niveau mondial.
- Une analyse de l'incidence des cas de paralysie paralytique associée au vaccin (PPAV) dans la Région des Amériques devra être présentée à la prochaine réunion du GCT. Cette information devra être utilisée pour mieux évaluer le risque auquel les pays feront face pendant la phase finale.
- L'OPS devra continuer à définir avec plus de précision le

coût-efficacité des options de vaccination après la certification avec une analyse concomitante des coûts d'opportunité.

- Les cas de PFA doivent être classifiés de façon plus ponctuelle pour réduire l'accumulation inutile de cas en suspens notifiés dans le Bulletin de l'OPS.

## **Laboratoires antipoliomyélitiques**

Une réunion du Réseau de laboratoires antipoliomyélitiques de l'OPS s'est tenue la veille de la réunion du GCT de novembre 2004 avec pour objectif d'évaluer la situation du réseau et de définir les actions à prendre afin de l'améliorer. Le GCT approuve le rapport de la réunion du Réseau de laboratoires antipoliomyélitiques qui se trouve à l'annexe 3 du rapport final du GCT.

## **Tétanos néonatal**

L'élimination du tétanos néonatal (TNN) en tant que problème de santé publique a été réalisée aux Amériques. L'incidence du TNN a chuté de 95% entre 1988 et 2003. Moins de 0,07% de tous les districts ont encore un taux d'incidence supérieur à 1 cas pour 1000 nouveaux-nés.

Le GCT réitère ses recommandations antérieures concernant le TNN et estime qu'un seul cas de tétanos néonatal aux Amériques doit être considéré comme un échec des systèmes de santé. Tous les cas doivent faire l'objet d'une évaluation approfondie pour déterminer la façon dont d'autres cas peuvent être évités à l'avenir.

### **Recommandations:**

- Les pays doivent maintenir une couverture de vaccination antitétanique et antidiphtérique (Td) >90% chez les FAP dans tous les districts.
- Il faut assurer un système de surveillance approprié pour garantir l'exactitude de l'incidence notifiée de TNN.
- Tous les cas de TNN doivent faire l'objet d'une investigation complète. L'information sur l'âge de la mère, ses antécédents vaccinaux, une migration récente, les occasions de vaccination manquées et les groupes ethniques doivent être utilisés aux niveaux national et local pour identifier les groupes à haut risque restants.
- Le plan national pour éliminer le tétanos maternel et néonatal en Haïti doit être mis en œuvre et mérite l'appui sans réserve de la communauté internationale. L'OPS doit continuer à utiliser tous les moyens disponibles pour aider Haïti à renforcer son infrastructure sanitaire.

## ***Haemophilus influenzae* de type b (Hib)**

Des progrès considérables ont été accomplis avec l'introduction du vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) dans la Région, généralement associé au vaccin DTC (pentavalent). Plus de 95% des pays ont inclus le vaccin dans leurs programmes de vaccination systématique et obtenu des niveaux élevés de couverture vaccinale et une réduction sensible de l'incidence de la maladie.

### **Recommandations:**

- Les pays qui n'utilisent pas encore le vaccin anti-Hib doivent faire tous les efforts possibles pour l'introduire dans leurs programmes de vaccination systématique.
- Les pays qui l'utilisent déjà doivent surveiller la couverture vaccinale et les cas de Hib et les notifier afin d'évaluer l'impact de l'intervention.
- Le GCT recommande l'établissement de dispositifs financiers

durables pour maintenir la vaccination anti-Hib. L'acquisition de ce vaccin en association avec le DTC ou le DTC/anti-Hépb par le biais du Fonds de roulement de l'OPS pour l'achat de vaccins peut avoir pour résultat une réduction importante des coûts, améliorant ainsi la durabilité.

### **Recommandations pour les autres maladies**

#### **1. Fièvre jaune**

- Les pays situés dans des zones d'enzootie doivent considérer la fièvre jaune comme une priorité de santé publique et accorder leur appui politique, technique et financier pour la mise en œuvre de plans nationaux destinés à la prévention et au contrôle de la fièvre jaune.
- La surveillance épidémiologique de la circulation du virus amaril doit être renforcée à la fois dans les zones d'enzootie et celles qui ne le sont pas pour permettre la mise en place rapide de mesures de contrôle des flambées lorsqu'un cas humain ou un cas épizootique est détecté.
- Afin de renforcer la détection précoce de la circulation du virus amaril, il est conseillé de mener une surveillance du syndrome ictérique fébrile et des maladies épizootiques dans les zones d'enzootie et dans celles qui ne le sont pas.
- Le plan de vaccination antiamarile doit cibler 100% de la population résidant dans les zones d'enzootie et les zones étant source de migration vers les zones d'enzootie. Le taux de couverture antiamarile dans ces zones doit être maintenu à >95% parmi les enfants âgés d'un an, tout comme le taux de couverture antirougeoleuse.
- Le maintien de faibles taux d'infestation par l'*Aedes aegypti* est important, non seulement pour prévenir la ré-urbanisation de la fièvre jaune, mais aussi pour éviter de vastes flambées provoquées par le virus de la dengue.
- Un stock suffisant de vaccin contre la fièvre jaune doit être maintenu pour le programme régulier et pour les campagnes, avec des réserves pour lutter contre les flambées éventuelles.
- Il faut renforcer le suivi épidémiologique d'effets secondaires imputables au vaccin antiamaril.

#### **2. Diphtérie**

- L'occurrence de la diphtérie endémique est la preuve d'une faible couverture vaccinale. L'expérience de la flambée dans l'ancienne Union soviétique indique que des campagnes de vaccination en masse ciblant des cohortes d'âge susceptibles de contracter la maladie sont efficaces pour arrêter la diphtérie. Par conséquent, les pays où sévit la diphtérie sont encouragés à adopter une approche agressive pour améliorer la couverture du vaccin DTC en associant les efforts de vaccination en masse et le renforcement de la vaccination systématique.

#### **3. Coqueluche**

- Afin de prévenir les flambées de coqueluche, il faut obtenir et maintenir une couverture vaccinale élevée au niveau du district. Les pays sont encouragés à renforcer la surveillance et la capacité de laboratoire pour confirmer le diagnostic par la culture du *B. pertussis*, contribuant ainsi à une surveillance plus énergique.

<sup>2</sup> Pour plus ample information sur les recommandations du BCG, veuillez vous référer au Bulletin informatif du PEV. *Actualisation des recommandations concernant l'utilisation du BCG pour prévenir la tuberculose grave*. Juin 2004, Vol.XXVI (3), disponible à [http://www.paho.org/french/ad/fch/im/EPI\\_newsletter.htm](http://www.paho.org/french/ad/fch/im/EPI_newsletter.htm).

- L'OPS doit encourager l'utilisation des définitions de cas normalisées et les directives pour la surveillance et les laboratoires de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

#### **4. Vaccination BCG<sup>2</sup>**

- Les pays doivent vacciner avec le BCG à la naissance car cette vaccination augmente la protection contre la maladie grave dans la première année de vie.
- La primo-vaccination avec le BCG après la première année de vie n'est pas recommandée car la protection qu'elle confère est moindre que celle reçue lors d'une primo-vaccination à la naissance.
- Les enfants qui, bien qu'ayant reçu une dose de vaccin BCG, ne présentent pas de cicatrice, ne doivent pas être revaccinés.
- Le GCT appuie la recommandation de l'OMS et de l'UNION de ne pas revacciner ou administrer de doses de rappel.

#### **5. Grippe**

- Les pays doivent établir et renforcer la surveillance épidémiologique de la grippe et autres infections respiratoires aiguës afin de déterminer les caractéristiques de la circulation du virus dans les pays. Cette recommandation est particulièrement importante dans les zones tropicales où il faut récolter un plus grand nombre d'information pour comprendre le schéma de la circulation virale. L'information recueillie aidera à la formulation adéquate du vaccin et à son administration en temps nécessaire tout en permettant aux pays de mieux mesurer l'impact de l'intervention.
- L'OPS recommande que les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques, les populations immunodéficientes, les professionnels de la santé, les femmes enceintes et les enfants âgés de 6 à 23 mois soient vaccinés; la priorité sera donnée aux personnes âgées de ≥60 ans.
- Les pays doivent mener des études étayant la charge de morbidité et l'impact économique des épidémies annuelles de grippe. Il est entendu que les résultats de ces études appuieront les politiques de vaccination dans le cadre d'autres priorités nationales de la santé.
- Tous les pays de la Région doivent élaborer des plans, conformes aux directives de l'OMS, pour répondre à une pandémie de grippe. L'épizootie récente en Asie, avec l'occurrence de cas humains de grippe aviaire, caractérisée par un taux élevé de létalité, illustre le besoin des pays de se préparer à affronter une éventuelle pandémie.
- Afin d'aider les pays à relever les défis liés au vaccin de la grippe, l'OPS devra établir un groupe dont le but sera de considérer les problèmes de développement, de production et d'acquisition du vaccin et de faire des recommandations.

### **Évaluations des PEV nationaux**

Les évaluations des Programmes élargis de vaccination (PEV) sont encouragées par l'OPS depuis les années 1980. Elles sont réalisées sur une base plus fréquente depuis 1996. Ces évaluations, conduites par une équipe composée d'autorités nationales et de partenaires internationaux, permettent d'identifier les forces et les faiblesses de chaque composante du PEV national. Il résulte de ces évaluations des recommandations spécifiques en vue de l'amélioration du programme.

#### **Recommandations:**

- L'OPS doit continuer à mener des évaluations des PEV nationaux dans la Région et promouvoir l'utilisation des résultats

## Nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés

Lorsque l'on envisage l'introduction de nouveaux vaccins, il faut tenir compte des questions suivantes: la charge de morbidité, les groupes à risque, les études de coût-efficacité, la disponibilité du vaccin, les manifestations indésirables éventuelles associées au nouveau vaccin, l'impact du vaccin sur le budget national et la chaîne du froid, les conséquences sur le calendrier de vaccination, le caractère approprié de la surveillance, l'engagement politique et la durabilité du financement. Il s'agit là de considérations fondamentales pour tous les pays qui envisagent l'introduction de nouveaux vaccins.

### Recommandations générales:

- Tous les pays de la Région doivent continuer à développer des systèmes de surveillance des maladies. L'information captée servira à estimer la charge de morbidité des maladies et à fournir des mécanismes pour les interventions en santé publique. Le GCT identifie la surveillance des maladies pneumococciques, de la méningite méningococcique, de l'infection par rotavirus, de l'infection par l'hépatite A et de l'infection par la varicelle zostérienne comme des priorités pour la grippe.
- Tous les PEV nationaux doivent créer des comités consultatifs scientifiques pour évaluer les risques et les avantages et établir un ordre de priorité des problèmes liés à l'introduction de nouveaux vaccins.
- Les comités nationaux sur les pratiques d'immunisation (CNPI) doivent participer à part entière à ce processus d'évaluation. Il faut accorder une attention particulière à la durabilité du financement lorsqu'il est envisagé d'introduire un nouveau vaccin.
- Une fois qu'un nouveau vaccin est introduit, le GCT met l'accent sur l'engagement à maintenir un stock permanent de vaccins et des activités de surveillance constantes afin de suivre l'impact de l'intervention.

### Rotavirus

Le rotavirus (RV) est l'une des causes les plus communes de diarrhée sévère dans le monde entier et cause >600 000 décès par an selon les estimations (environ 5% de tous les décès parmi les enfants âgés de <5 ans). Quatre-vingt-deux pourcent de ces décès se produisent dans les pays en développement. Dans la Région des Amériques, la maladie diarrhéique due au RV constitue un problème important de santé publique dans la majorité des pays, provoquant >15 000 décès et 75 000 hospitalisations par an.

Au 6<sup>e</sup> Symposium international sur le rotavirus au Mexique en juillet 2004, les représentants des Ministères de la Santé ont invité l'OPS et son Fonds de roulement à faciliter l'introduction des vaccins antirotavirus à des prix accessibles pour tous les pays de la Région dès que le vaccin sera disponible.

### Recommandations:

- L'OPS doit appuyer les études accélérées de surveillance épidémiologique du rotavirus lancées dans certains pays de la Région. Les pays n'ayant pas encore entrepris d'études devraient le faire dès que possible, en suivant le protocole générique de l'OMS pour la surveillance du rotavirus.
- La méthodologie à employer pour les études économiques telles que coût-avantage et coût-efficacité doit être normalisée pour faciliter la comparaison entre pays.

- Une banque de données de surveillance doit être établie pour permettre la comparaison des résultats de différentes études dans la Région. La banque de données doit être similaire à celles qui existent pour la polio, la rougeole et la rubéole. Le dépistage des géotypes et sérotypes les plus fréquents du rotavirus circulant dans la Région aidera à mieux définir le vaccin le plus approprié.
- L'OPS devra convoquer une réunion des Ministres de la Santé et des Ministres des Finances de 10 à 12 pays au cours du premier semestre de 2005 pour discuter des aspects économiques de l'introduction du vaccin antirotavirus.
- Les résultats définitifs sur la sécurité du vaccin doivent être soigneusement évalués.

### Pneumocoque

Au niveau mondial, la maladie pneumococcique provoque selon les estimations 1,6 million de décès, dont 800 000 sont des décès d'enfants. Les taux de cette maladie qui se généralise sont les plus élevés chez les enfants âgés de <2 ans mais la maladie continue à se produire dans d'autres tranches d'âge, en particulier parmi les personnes âgées.

Les études démographiques utilisant les établissements de santé avec des populations de desserte bien définies sont des plus utiles pour déterminer l'incidence de la pneumonie. Une approche combinée utilisant des critères cliniques et l'image radiologique facilite le diagnostic des pneumonies bactériennes probables. Néanmoins, seules trois études (Brésil, Uruguay et Argentine), toutes trois appuyées par l'OPS et PATH (*Program for Appropriate Technology in Health*), ont été réalisées. Le IV<sup>e</sup> Atelier régional sur la surveillance épidémiologique du pneumocoque s'est réuni avant la réunion du GCT pour examiner la situation actuelle de la surveillance du pneumocoque aux Amériques.

### Recommandations:

- Renforcer la capacité globale des laboratoires pour maintenir le niveau élevé de performance réalisé jusqu'à présent par le réseau de surveillance.
- Renforcer les composantes cliniques et épidémiologiques de la surveillance.
- Selon les capacités, entreprendre une ou plusieurs des actions suivantes dans des centres clés de surveillance: études économiques, surveillance de la maladie pneumococcique chez les adultes et renforcement de la composante démographique.
- Appuyer le rôle de l'OPS dans la coordination régionale de la supervision du réseau de surveillance, comprenant des réunions au niveau des pays, la mobilisation des sociétés pédiatriques et des visites de supervision de sites.

### Papillomavirus humain

Le cancer du col de l'utérus demeure une cause importante de morbidité et de mortalité parmi les femmes de la Région des Amériques. Bien qu'un vaccin contre le papillomavirus humain pour la prévention du cancer du col de l'utérus ne soit pas encore disponible, l'OPS doit encourager les États Membres à discuter des progrès accomplis dans ce domaine. Quand le moment sera venu, les pays devront entamer une planification rationnelle de l'introduction du vaccin, portant sur la surveillance et la charge de morbidité.

(suite de la page 5)

comme outil pour l'élaboration des Plans d'action annuels des PEV, ainsi que pour le renforcement d'alliances stratégiques. Il faut également utiliser les évaluations répétées des PEV nationaux comme instrument servant à évaluer les progrès dans le temps.

- Le GCT recommande l'ajustement des critères de performance de l'engagement politique selon les progrès régionaux. L'engagement politique ne peut pas être jugé seulement au vu d'une loi sur la vaccination et/ou une rubrique du budget national pour les vaccins dans le pays. Il faut également tenir compte des niveaux de dotation en personnel et du montant des ressources affectées au soutien logistique.

### Innocuité de la vaccination

Alors que l'incidence des maladies évitables par la vaccination diminue grâce à l'efficacité des programmes de vaccination, les manifestations indésirables supposément attribuées aux vaccins et à l'immunisation (ESAVI) deviendront plus notables. En 2003, des ateliers de formation à l'innocuité de la vaccination ont été tenus au Pérou, en Équateur et dans les Caraïbes anglophones. Les participants provenaient de 21 pays et comprenaient 183 professionnels des domaines de la vaccination, de l'épidémiologie et des communications, ainsi que des représentants des autorités nationales de régulation.

#### Recommandations:

- Afin de mesurer le progrès de l'exécution du système de contrôle pour l'innocuité de la vaccination dans les pays, les indicateurs suivants ont été proposées: pourcentage des manifestations indésirables graves étudiées dans les 24 heures et taux de manifestations indésirables classées comme erreurs programmatiques. À la prochaine réunion du GCT, les

expériences des pays avec l'usage de ces indicateurs devront être présentées et évaluées.

- Il faut développer et appliquer des réglementations environnementales car elles sont cruciales pour l'élimination appropriée des aiguilles et des seringues.

### Semaine de vaccination aux Amériques

La Semaine de vaccination aux Amériques (SVA) trouve son origine dans une proposition des Ministres de la Santé de la Région andine, en réponse à une flambée de rougeole qui s'est produite au Venezuela et en Colombie en 2002. Cet événement annuel a été approuvé par le 44<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS dans sa résolution CD44.R1. Les principes sous-jacents de la SVA sont l'équité, l'accès et le panaméricanisme. Les activités de vaccination ciblent les populations autochtones et les minorités ethniques, les municipalités à faible couverture et les secteurs éloignés, près de frontières ou dans les périphéries urbaines.

#### Recommandations:

- Garantir la durabilité de la SVA en l'incluant dans les Plans d'action nationaux des PEV et en l'utilisant pour appuyer l'élimination de la rubéole et du SRC dans la Région.
- Maintenir la SVA en tant que stratégie pour renforcer les programmes de vaccination dans toute la Région, accroître la visibilité et encourager le plaidoyer dans l'agenda politique.
- Cibler des interventions dans des groupes de population traditionnellement desservis de manière insuffisante.
- À l'aide d'évaluations opérationnelles, renforcer la réduction dans les inégalités de la vaccination en déterminant les contributions de la SVA à la vaccination d'enfants n'ayant jamais reçu de dose de vaccin.

---

## Prix de vaccination de l'OPS 2004

Les programmes de vaccination d'El Salvador et de l'Équateur ont reçu conjointement le cinquième Prix de vaccination de l'OPS. Ce prix reconnaît des contributions techniques exceptionnelles faites envers un programme national de vaccination et les efforts d'un pays en vue de maîtriser et d'éliminer les maladies évitables par la vaccination. Le Prix comporte un certificat et un don en monnaie de US \$3000.

Le Prix de vaccination de l'OPS a été établi en 1993, à la suite de la réception du Prix Prince Mahidol par le Dr Ciro de Quadros, ancien Directeur de l'Unité d'Immunisation de l'OPS, pour sa contribution à l'éradication de la poliomyélite en 1991 de l'hémisphère occidental, première Région du monde à réaliser cet objectif. Une portion de la composante monétaire du Prix Prince Mahidol a été complétée par des fonds de l'OPS pour établir un Prix annuel de vaccination. La sélection du bénéficiaire du Prix est faite par un Comité auquel appartiennent les membres du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination.

Les programmes de vaccination d'El Salvador et de l'Équateur ont été récompensés pour leurs campagnes couronnées de succès de vaccination contre la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale. Les deux pays ont lancé leurs campagnes à la fin du

printemps 2004 et ont ciblé la population adulte. En Équateur, 2 469 877 hommes et 2 347 727 femmes âgés de 16 à 39 ans ont été vaccinés avec le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR). Pour plus de détail sur la campagne en Équateur, veuillez consulter le numéro d'octobre du *Bulletin du PEV*<sup>1</sup>. Au El Salvador, 2 796 301 hommes et femmes âgés de 15 à 39 ans ont été vaccinés. Pendant les deux premières semaines, le vaccin RR a été administré à la population captive (lieux de travail, centres éducatifs et lieux de grand trafic), pour être suivi par la vaccination porte à porte.

La vaccination des adultes (ciblant les adolescents et les adultes) est qualitativement différente de la vaccination des enfants et requiert de nouvelles approches afin d'atteindre la population cible. Toutefois, l'expérience montre qu'il est possible de réaliser des niveaux de couverture élevés parmi ce groupe. Les campagnes de vaccination des adultes contre la rougeole et la rubéole apportent un nombre de leçons pouvant être appliquées aux futures campagnes de vaccination ciblant la population adulte (hépatite B, grippe et virus du papillome humain).

<sup>1</sup> Bulletin du PEV: *Vaccination des adultes pour maintenir l'interruption de la transmission de la rougeole et éliminer la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale en Équateur*. Octobre 2004, Vol. XXVI (5): 1-3 disponible à [www.paho.org/French/AD/FCH/IM/snf2605.pdf](http://www.paho.org/French/AD/FCH/IM/snf2605.pdf).

## In Memoriam : Dr John La Montagne, membre du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination

Le Dr John La Montagne, membre du Groupe consultatif technique (GCT), est décédé à l'aéroport de Mexico à son arrivée le mardi soir 2 novembre 2004. Il était âgé de 61 ans. Le Dr La Montagne venait participer à la XVI<sup>e</sup> réunion du GCT sur les maladies évitables par la vaccination qui s'est tenue à Mexico en novembre 2004.

Le Dr La Montagne était Directeur adjoint de l'Institut national des allergies et maladies infectieuses (NIAID), aux Instituts nationaux de la Santé (NIH), poste qu'il occupait depuis février 1998. À l'époque de son décès, il supervisait un budget d'environ US \$4 milliards pour appuyer la recherche sur des maladies infectieuses telles que le VIH/SIDA, la grippe, la tuberculose, le paludisme et des maladies causés par des agents potentiels du bioterrorisme.

Le Dr La Montagne a reçu son doctorat en microbiologie de l'Université de Tulane en 1971. En 1976, il est entré à NIH en tant que responsable du programme de la grippe au NIAID. Il est devenu responsable du Programme des vaccins viraux en 1983 et responsable du Programme des maladies respiratoires virales en 1984. À partir de 1986, le Dr La Montagne a assumé la fonction de Directeur du Programme du SIDA. En 1987, il a été nommé Directeur du Programme de microbiologie et des maladies infectieuses.

Le premier jour de la réunion du GCT, les membres du GCT et les participants à la réunion ont souligné l'énorme contribution du Dr La Montagne à la santé publique et ont observé une minute de silence à sa mémoire. Le Dr La Montagne a contribué de

manière significative aux efforts nationaux et internationaux de lutte contre les maladies infectieuses émergentes et réémergentes, y compris aux activités liées à la biodéfense, et il était reconnu internationalement pour son autorité dans ce domaine. Il a joué un rôle central dans l'organisation de l'Initiative multilatérale sur le paludisme, un effort international faisant intervenir des organismes de recherche, de contrôle et de développement des Etats-Unis, d'Europe et d'Afrique. En outre, il a été membre des Groupes consultatifs scientifiques sur les vaccins et produits biologiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il a présidé le Groupe de travail de l'OMS sur la planification stratégique pour l'Initiative de vaccination des enfants et a été membre du conseil de l'Alliance globale pour le développement de médicaments contre la tuberculose.



James M. Hughes, Directeur du Centre national des maladies infectieuses aux Centres pour le contrôle et la prévention des maladies a dit du Dr La Montagne que « son style était de travailler calmement en coulisse pour faire avancer les choses plutôt que d'occuper le milieu de la scène mais ce comportement correspondait à sa personnalité ». Tommy G. Thompson,

Secrétaire du Département de la Santé et des Services humains, l'organisme de tutelle de NIH, a dit du Dr La Montagne qu'il était « un véritable héros de la santé publique dont l'autorité, en particulier dans le domaine des maladies infectieuses, a laissé le monde en meilleure santé. Sa disparition est une perte énorme pour nous tous. »

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

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



ISSN 0251-4710.

Éditeur: Jon Andrus  
Éditeurs adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro

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