



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXX, NUMÉRO 2 ► AVRIL 2008

- 1 Sixième SVA
- 1 Partenariat OPS-ICII
- 2 Certification du confinement en laboratoire des poliovirus sauvages aux Amériques
- 3 Nouvel algorithme de tests identifiant les poliovirus
- 4 Surveillance de la pneumonie et de la méningite bactériennes
- 5 Efforts régionaux pour l'éradication de la polio
- 6 Vaccins et immunisation, 1977-2007
- 7 Indicateurs de la PFA et de la rougeole/rubéole, 2007
- 8 Fond renouvelable de l'OPS: prix des seringues, 2008

## Sixième Semaine de la Vaccination aux Amériques: 19–26 avril 2008

Cette année, la Semaine de la Vaccination aux Amériques (SVA) célèbre son sixième anniversaire. L'initiative régionale cherche à redynamiser l'engagement politique en faveur de la vaccination et à promouvoir la culture de la prévention. La SVA reste focalisée sur la vaccination des plus vulnérables et des communautés difficiles à atteindre, souvent négligées par les campagnes de vaccination systématique. Ces dernières comprennent les zones rurales, les franges urbaines, les régions frontalières, les communautés autochtones et les municipalités où la couverture vaccinale est faible. Selon le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, l'objectif sous-tendant la semaine « est de promouvoir l'équité et l'accès à la vaccination », un objectif qui, selon le Dr Chan, est partie intégrante des activités essentielles de l'Organisation mondiale de la Santé.

De multiples événements de célébration de la SVA ont été prévus dans les zones frontalières binationales des USA/Mexique, en Amérique centrale et au Panama. Ces événements mettent en lumière l'importance de la vaccination, favorisent le panaméricanisme et soulignent l'importance de la coopération internationale pour la santé publique. Dans d'autres sous régions, les pays ont prévu leurs propres activités locales, en conformité avec leurs besoins et objectifs de santé publique. En tout, 44 pays et territoires de l'hémisphère occidental vaccineront contre des maladies telles que la rougeole, la rubéole, la polio, le tétanos, la diphtérie, la fièvre jaune, la grippe, le rotavirus, l'hépatite B et la coqueluche.

Le succès de la SVA est devenu un modèle pour d'autres Régions de l'Organisation mondiale de la Santé. Cette année, l'Europe fête le 3<sup>ème</sup> anniversaire de la Semaine européenne de la vaccination (EIV), qui se tiendra simultanément à celle des Amériques. Pour l'avenir, le succès croissant de ces initiatives régionales et l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé, ouvrent la voie à une Semaine mondiale de la vaccination, gardant à l'esprit une stratégie claire en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. ■

### Partenariat OPS-ICII: soutien à la vaccination en Haïti

L'Initiative canadienne d'immunisation internationale (ICII) est un partenariat de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), de l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM) et de l'Association canadienne de santé publique (ACSP). L'objectif de l'ICII est de promouvoir la collaboration entre les experts canadiens et les organisations dans le monde pour renforcer les programmes d'immunisation dans les pays à revenu faible et intermédiaire et d'appuyer les efforts mondiaux pour l'éradication de la polio, l'élimination de la rougeole et le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination.

L'ICII se trouve actuellement dans sa deuxième phase (2003-2008). Depuis son début en 1998, elle a développé une base de données de professionnels très compétents dans le domaine de la vaccination. L'assistance technique pour l'ICII est gérée par l'ACSP. Elle est conçue pour répondre rapidement aux demandes des partenaires dans les pays en développement concernant le déploiement de consultants canadiens dotés d'une expertise spécifique en immunisation. Les deux phases ont été financées par le gouvernement du Canada, à travers l'Agence canadienne de développement international.

Le partenariat OPS-ICII a débuté en 2004 avec le commencement de la Phase II de l'ICII. Le partenariat s'est considérablement développé, car l'ICII a assuré l'expertise technique à travers le programme STOP (Arrêter la transmission de la polio) et les consultants

**Vaccination**  
Semaine de la Vaccination aux Amériques 2008

**Vaksinasyon**  
Semen Vaksinasyon Amerik la 2008



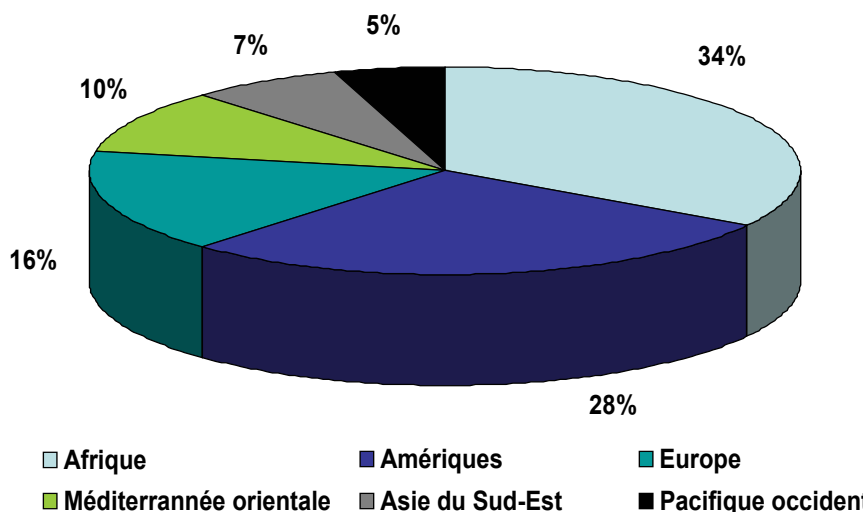
OPS-ICII suite de la page 1

canadiens se sont portés volontaires pour des missions de trois mois pour soutenir les efforts d'éradication de la polio et d'élimination de la rougeole aux Amériques. Parmi les Régions de l'OMS, 28% des missions d'assistance technique de l'ICII ont ciblé les Amériques (Figure 1).

Au cours des quatre dernières années, l'ICII a financé 25 missions d'assistance technique à la Région des Amériques. Au total, 16 missions (86%) ont été menées en Haïti et ont porté sur le renforcement du programme national d'immunisation. Avec l'appui de l'ACSP et d'autres partenaires, plusieurs résultats de taille ont été obtenus, en dépit d'une grande instabilité politique et du manque de ressources à tous les niveaux. Au nombre de ces résultats en Haïti, il faut noter les suivants:

- l'élaboration de modules de formation aux normes et procédures du PEV et en surveillance épidémiologique pour les prestataires;
- la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique intégrant toutes les maladies à déclaration obligatoire en Haïti, dont celles visées par le PEV;
- la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale ont été inscrits sur la liste des maladies à déclaration obligatoire en Haïti;
- tous les épidémiologistes départementaux et le personnel du PEV ont été formés ou recyclés en gestion du PEV et en surveillance. Ils peuvent donc assurer la formation et la supervision du personnel des institutions sous leur autorité;
- la formation de l'équipe nationale du PEV, de la surveillance épidémiologique et des statistiques a permis le monitoring du programme (deux fois par an), entraînant une amélioration des activités du PEV et de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire; et

Figure 1. Distribution géographique des missions techniques de la phase 2 de l'ICII dans les Régions de l'OMS



Source: Association canadienne de santé publique.

- des campagnes de vaccination de masse contre la polio, la rougeole et la rubéole qui offrent également des suppléments de vitamine A et des traitements antiparasitaires dans les écoles.

Le partenariat OPS-ICII a été largement couronné de succès jusqu'à ce jour. Il est prévu qu'avec le financement continu de l'ICII, les futures missions continueront à porter leurs efforts sur la diminution des maladies évitables par la vaccination et le renforcement des systèmes de surveillance des maladies. L'ICII va renouveler le contrat de trois consultants actuellement en Haïti qui aident aux activités de monitoring et de surveillance pendant la campagne de vaccination en cours contre la rubéole. L'ICII souhaite que le partage de l'expertise des

consultants canadiens en Haïti se poursuive et soit élargi à d'autres pays dans la Région de l'OPS. Le partenariat entre l'OPS et l'ICII a été extrêmement gratifiant pour les consultants canadiens qui ont été en mesure de partager leur expertise en immunisation, tout en apprenant beaucoup eux-mêmes. ■

## Certification du confinement en laboratoire du poliovirus aux Amériques

La Commission régionale américaine pour la Certification du confinement en laboratoire du poliovirus et la Vérification de l'état libre de polio (AMR RCC) a été établie par le Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en février 2004 pour documenter de manière indépendante que les conditions pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages ont été remplies et pour vérifier que l'état exempt de polio de la Région demeure inchangé. Lors de sa première réunion en mars 2004, l'AMR RCC a établi des termes de référence et des normes régionales conformément à la Phase I du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement en laboratoire des poliovirus sau-

vages (2003).<sup>1</sup> Ce travail aidera les gouvernements nationaux à réaliser des enquêtes de laboratoire de haute qualité et approfondies et à documenter les conclusions de leurs Comités nationaux de certification (CNC).

La deuxième réunion de l'AMR RCC s'est tenue à Brasilia, au Brésil, les 28 et 29 février 2008 avec la participation des membres de la Commission de l'Argentine, du Brésil, des États-Unis d'Amérique, du Guyana et de Haïti. L'objectif de la réunion était

<sup>1</sup> Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire (2<sup>e</sup> édition), WHO/V&B/03.11, disponible en anglais à [www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF03/www729.pdf](http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF03/www729.pdf).

d'examiner les progrès régionaux depuis 2004 et d'accélérer l'achèvement régional de la Phase I avant la fin de 2008.

De nombreux pays de la Région des Amériques ont entamé les activités de la Phase I dès 2001-2003. Pour satisfaire les normes mondiales d'enquête et de notification, la Région a dû relever des défis tels des délais imprévus dans l'éradication mondiale, des défaillances dans l'achèvement de la Phase I et le passage du temps depuis que les derniers poliovirus sauvages ont été isolés aux Amériques. Nombre des membres du personnel chargés de ces tâches ont pris leur retraite ou occupent désormais d'autres postes dans le système de santé. Certains CNC ont été inactifs alors que la composition d'autres comités a changée. Certaines enquêtes nationales reçues initialement par la Commission régionale se sont avérées inadéquates. Presque tous les pays de la Région doivent faire face à un

défi ou un autre pour terminer la Phase I en 2008. Néanmoins, la Commission est confiante que les pays peuvent tirer parti de l'expérience antérieure

et que, à travers des efforts nationaux et régionaux concertés, l'objectif de 2008 peut être atteint.

**Note:** Les rapports des réunions de l'AMR RCC peuvent être consultés sur le site [www.paho.org/english/ad/fch/im/Poliomyelitis.htm](http://www.paho.org/english/ad/fch/im/Poliomyelitis.htm).

## Deuxième réunion de l'AMR RCC: conclusions et décisions

L'AMR RCC a conclu que les pays peuvent être divisés en deux groupes principaux en fonction de l'évaluation de l'information disponible et de la conformité aux exigences de la Phase I :

- Le groupe A comprend les pays qui ont terminé ou presque terminé l'enquête: la Bolivie, le Canada, les Caraïbes, le Chili, le Costa Rica, El Salvador, les États-Unis d'Amérique, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua et la République dominicaine.
- Le groupe B comprend les pays où il reste à accomplir beaucoup de travail: l'Argentine, le Brésil, la Colombie, Cuba, l'Équateur, le Guatemala, le Panama, le Paraguay, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela.

Les décisions prises par l'AMR RCC lors de sa

deuxième réunion sont citées ci-dessous.

- Les pays du groupe A doivent préparer un rapport final, en utilisant le format modèle, pour soumission à l'OPS le 31 juillet 2008 au plus tard.
- Les pays du groupe B doivent préparer un rapport d'avancement, en utilisant le format modèle, pour soumission à l'OPS le 31 juillet 2008 au plus tard. Le rapport doit porter sur les conclusions de la RCC spécifiques aux pays, fournir une actualisation sur le travail qui a été accompli et décrire les plans pour finaliser l'enquête et l'inventaire d'ici le 31 décembre 2008.
- Le Secrétariat doit mettre à exécution les actions suivantes :
  - préparer un plan d'action, comprenant les

allocations de ressources, pour achever la Phase I dans la Région d'ici la fin de 2008, avec examen des rapports finals par la RCC prévu pour mars 2009;

- clarifier avec la Région OMS pour l'Europe (EURO) les circuits de notification pour les îles Caraïbes ayant des liens sanitaires avec des pays européens;
- considérer le recrutement d'une ou plusieurs personnes supplémentaires pour appuyer le processus régional de confinement;
- organiser un atelier sur la Phase I en mai 2008 pour les pays concernés du groupe B; et
- prévoir la 3<sup>e</sup> réunion de l'AMR RCC pour la deuxième semaine d'octobre 2008. ■

## Nouvel algorithme de tests identifiant les poliovirus

L'éradication de la polio de l'hémisphère occidental a été réalisée en 1991 et la Région a été certifiée exempte de la circulation des poliovirus sauvages en 1994. Bien que des progrès remarquables aient été accomplis sur la voie de la réalisation de l'éradication mondiale de la polio, la transmission endémique des poliovirus sauvages 1 et 3 n'a jamais été interrompue dans quatre pays: Afghanistan, Inde, Nigeria et Pakistan [1].

En 2007, des poliovirus sauvages ont été isolés chez 1308 patients atteints de poliomyélite paralytique dans 13 pays. La transmission est endémique dans quatre de ces 13 pays. Des poliovirus dérivés du vaccin (PVDV) ont été isolés chez 72 patients dans deux pays [2]. Plus de 60% de tous les cas de polio notifiés mondialement au cours des dernières années ont été causés par des poliovirus importés dans des zones exemptes de polio. La détection de l'importation de poliovirus sauvages de zones d'endémie vers des pays auparavant exempts de polio et les flambées de PVDV mettent en relief les risques menaçant les pays qui ne peuvent maintenir une couverture vaccinale élevée contre la polio.

En 2005, pour accélérer et assurer l'interruption universelle de la transmission des poliovirus sauvages et des PVDV, la deuxième réunion du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (CCEP) a recommandé comme l'une des priorités stratégiques la réduction du temps mis par les labo-

ratoires pour confirmer les cas de polio. Le CCEP a avalisé l'établissement d'un groupe de travail sur l'accélération de la confirmation par laboratoire du poliovirus pour affiner et introduire un algorithme raccourci pour le traitement des spécimens et l'identification du virus [3].

La ponctualité peut être affectée par les conditions de terrain, les expéditions et la performance des laboratoires. L'expédition des spécimens constitue un facteur majeur qui affecte la ponctualité des résultats. Par conséquent, de gros efforts ont été faits pour réduire le temps d'expédition mais ils ont eu pour résultat un succès limité. Dans le laboratoire, la détection ponctuelle de poliovirus dans des échantillons de selles de paralysie flasque aiguë est cruciale car elle permet des interventions de santé publique pour arrêter les maillons de la transmission des poliovirus sauvages et des PVDV. Afin de tenter de réduire l'intervalle entre le début de la paralysie chez les patients et la confirmation en laboratoire de l'infection par poliovirus, le groupe de travail sur l'accélération de la confirmation par laboratoire du poliovirus a proposé que l'algorithme du test utilisé actuellement soit réduit à deux étapes: (1) temps d'observation des cultures cellulaires inoculées avec des échantillons de selles, et (2) neutralisation utilisée pour le sérotype du virus.

Le nouvel algorithme a été évalué dans trois labo-

ratoires en Inde, au Pakistan et aux Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), à Atlanta. Les tests ont montré que les temps de notification pouvaient être potentiellement réduits avec une sensibilité équivalente ou meilleure lorsqu'ils sont comparés avec le protocole actuel du test [4].

En 2005, le délai moyen pour effectuer les tests de laboratoire en utilisant l'algorithme traditionnel était de 45 jours dans les zones d'endémie de la polio dans la Région OMS pour l'Afrique, de 25 jours dans les zones d'endémie de la polio dans la Région pour la Méditerranée orientale et de 30 jours dans les zones d'endémie de la polio dans la Région pour l'Asie du Sud-Est. Dans la Région des Amériques, le délai moyen pour effectuer les tests de laboratoire était de 42 jours. Le nouvel algorithme permet une réduction de 50% sur le temps de test ciblé du laboratoire en passant des 42 jours actuels à 21 jours.

Le nouvel algorithme devrait être mis en application en trois phases, selon les priorités géographiques et épidémiologiques pour l'éradication mondiale de la polio et la disponibilité d'infrastructures pour effectuer les tests [4].

Bien que les Amériques soient exemptes de poliovirus sauvages, le réseau des laboratoires de la polio continue à être pleinement fonctionnel et à fournir des résultats qui sont critiques pour le monitoring et la vérification de la circulation du virus dans la Région. Considérant que le nouvel algorithme était conçu pour réduire le temps d'obtention des résultats de laboratoire et pour accroître la sensibilité de



la détection des poliovirus, des craintes ont été soulevées sur la possibilité d'une perte de sensibilité concernant l'isolement des entérovirus non polio (EVNP). Par conséquent, le nouvel algorithme a été mis à l'essai aux Amériques à la fin de 2006 pour évaluer s'il était approprié à l'état actuel de la Région, où le taux d'isolement des poliovirus est plus faible que le taux d'isolement des EVNP.

Les résultats de la première évaluation ont été présentés lors de la réunion régionale des laboratoires de polio en mai 2007. Le réseau de laboratoires des Amériques a conclu que le nouvel algorithme améliorerait la sensibilité en matière de

détection des poliovirus, requérant moins de temps sans perte de sensibilité pour les EVNP. Toutefois, une augmentation de l'utilisation des réactifs a été observée. Le temps moyen pour les résultats de polio était de 12 jours et il variait de 18 à 27 jours pour les EVNP.

Le nouvel algorithme est en cours d'introduction dans le réseau de laboratoires et le nouvel objectif de délai de notification sera désormais de 14 jours ou moins pour  $\geq 80\%$  des résultats négatifs ou positifs de poliovirus et de 21 jours ou moins pour  $\geq 80\%$  des résultats de différenciation intra typique ou des EVNP. ■

#### Références :

1. Organisation mondiale de la Santé. Conclusions et recommandations du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, Genève, 27-28 novembre 2007. *Wkly Epidemiol Rec*, No. 3, 2008, 83:25-36.
2. Organisation mondiale de la Santé. Wild Poliovirus Weekly Update. Disponible sur le site de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio à <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>.
3. Organisation mondiale de la Santé. Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Polio Eradication. Geneva 11-12 October 2005. Disponible à [http://www.polioeradication.org/content/meetings/FinalReport\\_ACPE\\_12Oct05Meeting.pdf](http://www.polioeradication.org/content/meetings/FinalReport_ACPE_12Oct05Meeting.pdf)
4. Organisation mondiale de la Santé. Résumé et recommandations de la douzième consultation informelle du réseau mondial OMS de laboratoires pour la poliomyélite, juin 2006. *Wkly Epidemiol Rec*, No. 44, 2006, 81:417-424.

## Surveillance de la pneumonie et de la méningite bactériennes aux Amériques

La pneumonie est l'une des causes principales d'hospitalisation et de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans la Région. Dans les pays en développement, l'étiologie de la pneumonie est habituellement bactérienne. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1,6 million de décès dus à des infections par pneumonie a été enregistré en 2005 et 0,7 à 1 million de ces décès se sont produits chez des enfants de moins de cinq ans. De plus, la méningite bactérienne, même si elle n'est pas aussi fréquente, est toujours une maladie grave en raison du risque de séquelles et de mortalité élevée.

Avec l'appui de PneumoADIP et d'autres partenaires, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) encourage la mise en œuvre et/ou le renforcement de la surveillance épidémiologique de la pneumonie et de la méningite bactériennes au niveau national chez les enfants de moins de cinq ans. L'analyse des données de la surveillance épidémiologique permettra d'étayer décisions concernant l'inclusion de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux d'immunisation, d'aider l'évaluation de l'impact des vaccins et d'orienter l'usage rationnel des médicaments antimicrobiens.

### Méthodologie

La surveillance épidémiologique sentinelle dans les hôpitaux est recommandée. Les hôpitaux au niveau national doivent être sélectionnés en fonction de critères tels que la disponibilité d'un service de radiographie, de laboratoires bactériologiques qui effectuent des tests de spécimens et de ressources humaines et logistiques adéquates pour les activités de surveillance.

Les définitions de cas de pneumonie et de méningite bactériennes sont les suivantes:

- **Cas de pneumonie:** tout enfant de moins de cinq ans hospitalisé avec une présomption clinique de pneumonie confirmée par une radiographie compatible.

- **Cas de méningite:** tout enfant de moins de cinq ans hospitalisé avec une présomption clinique de méningite avec LCS<sup>1</sup> compatible avec la méningite bactérienne, c'est-à-dire aspect trouble, accroissement des leucocytes ( $>100/\text{mm}^3$ ), ou leucocytes entre 10-100  $\text{mm}^3$  et accroissement du niveau de protéines ( $>100 \text{ mg}^3$ ) ou réduction du niveau de glucose ( $<40 \text{ mg}^3$ ).

Dans les deux cas, la confirmation finale doit être obtenue à travers des études de laboratoire (identification ou culture de la bactérie dans le sang ou le LCS).

### Activités

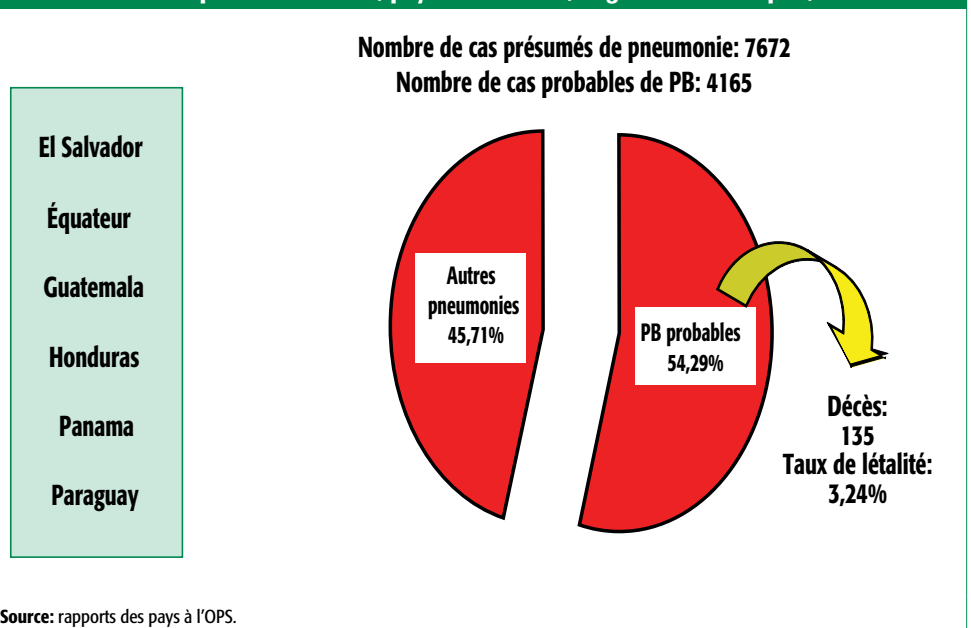
L'OPS a développé un guide de terrain régional pour

1 Liquide cérebro-spinal.

la mise en œuvre systématique de la surveillance sentinelle hospitalière de la pneumonie et la méningite bactériennes. L'OPS a également tenu plusieurs réunions sur la surveillance épidémiologique des maladies pour lesquelles de nouveaux vaccins sont disponibles. Plusieurs réunions sous-régionales sur l'introduction des nouveaux vaccins ont été organisées en 2007 (au Costa Rica et au Chili) et en 2008 (en Colombie et au Venezuela). Une autre est prévue en novembre 2008 dans les Caraïbes anglophones. Deux réunions nationales ont également été tenues au Brésil et au Pérou. Les réunions ont été organisées avec le soutien du Sabin Vaccine Institute, des Centres des Etats-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies et PneumoADIP, et elles ont rassemblé des représentants de ministères de la santé et de professionnels des hôpitaux sentinelles de toute l'Amérique latine.

Des membres du personnel de l'OPS se sont rendus dans les pays participants pour apporter un soutien tout en établissant des réseaux de surveillance sen-

Figure 1. Surveillance de la pneumonie bactérienne (PB) chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux sentinelles, pays sélectionnés, Région des Amériques, 2007



tinelle nationaux, pour aider à adapter les directives régionales au contexte national afin de normaliser la collecte des données et établir la fréquence de la notification et pour renforcer l'intégration entre la surveillance épidémiologique nationale et la surveillance de laboratoire (SIREVA II).

À dater de la fin de 2007, 12 États Membres avaient fait part de leur engagement à mettre en œuvre les systèmes de surveillance et avaient adapté les directives régionales. Six pays de la Région ont adopté la notification systématique et mensuelle des données de surveillance. De plus, Pro-Vac, autre initiative de l'OPS visant à renforcer la capacité nationale à prendre des décisions fondées sur des données probantes, prodiguera aux pays l'appui technique en vue de renforcer la notification des données épidémiologiques. Ces données seront ensuite utilisées pour effectuer des études d'efficacité par

rapport au coût afin d'aider à l'introduction de nouveaux vaccins.

## Résultats

El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Panama et le Paraguay ont notifié des données de surveillance au cours de 2007. Un total de 49 143 hospitalisations d'enfants de moins de cinq ans ont été notifiées par les hôpitaux sentinelles, dont 15,6% (7672) étaient des cas présumés de pneumonie. Sur les cas présumés, 54,3% (4165) ont été classés comme des cas probables de pneumonie bactérienne et le taux de létalité notifié des infections par pneumonie bactérienne était de 3,2% (figure 1). Seulement 6,4% (267) des infections par pneumonie bactérienne ont été confirmés avec un isolement positif. Sur ces cas confirmés, 20,6% (55) correspondaient aux souches de *Streptococcus pneumoniae*.

## Conclusions

Il est essentiel que les pays ayant mis en œuvre une surveillance épidémiologique continuent à améliorer la qualité de leurs données. Les pays n'ayant pas encore mis en œuvre la surveillance doivent le faire dans au moins un hôpital sentinelle. La surveillance est fondamentale pour accroître les connaissances concernant le profil épidémiologique de la pneumonie et de la méningite bactériennes, produire des données pour les études économiques, suivre les schémas de résistance antimicrobienne et aider à mesurer l'impact des interventions. ■

### Références :

1. Bulletin d'immunisation. Préparer le terrain pour l'introduction du vaccin pneumococcique. Vol. XXX (1).
2. Bulletin d'immunisation. Initiative Pro-Vac de l'OPS. Vol. XXIX (6).
3. PAHO Field Guides disponibles à [http://www.paho.org/english/ad/fch/im/FieldGuide\\_Index.htm](http://www.paho.org/english/ad/fch/im/FieldGuide_Index.htm).

## Efforts régionaux communs pour éradiquer la polio dans le monde

En février 2007, le docteur Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a convié une réunion urgente de tous les bailleurs de fonds et intéressés qui participent aux efforts d'éradication mondiale de la polio. L'objectif de la réunion était d'offrir une tribune permettant de débattre de la manière dont la capacité administrative et de gestion de l'OMS peut être renforcée afin de parvenir à atteindre la cible d'éradication de la polio. Dans le même temps, le docteur Chan a demandé aux Régions exemptes de polio de fournir un appui aux pays et aux Régions où le virus est encore en circulation (figure 1).

En réponse à la demande du docteur Chan, le docteur Mirta Roses, Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, a amorcé un processus de mobilisation de ressources sur notre continent, dans le but principal de soutenir les activités d'éradication de la polio en Afrique. La coopération entre l'OMS et ses Bureaux régionaux pour l'Afrique (AFRO) et les Amériques a produit les résultats suivants:

- Des membres du personnel de l'OPS ont participé à deux réunions conjointes OMS/AFRO à Brazzaville, au Congo, pour examiner le processus de gestion de l'initiative d'éradication de la polio.
- Cuba a envoyé 21 professionnels pendant six mois pour soutenir les efforts déployés en Angola. Au vu du soutien remarquable fourni, l'Angola et AFRO ont demandé qu'il soit prolongé pour deux mois supplémentaires.
- Un professionnel du Salvador a fourni un soutien au Nigeria pour une période de trois mois au

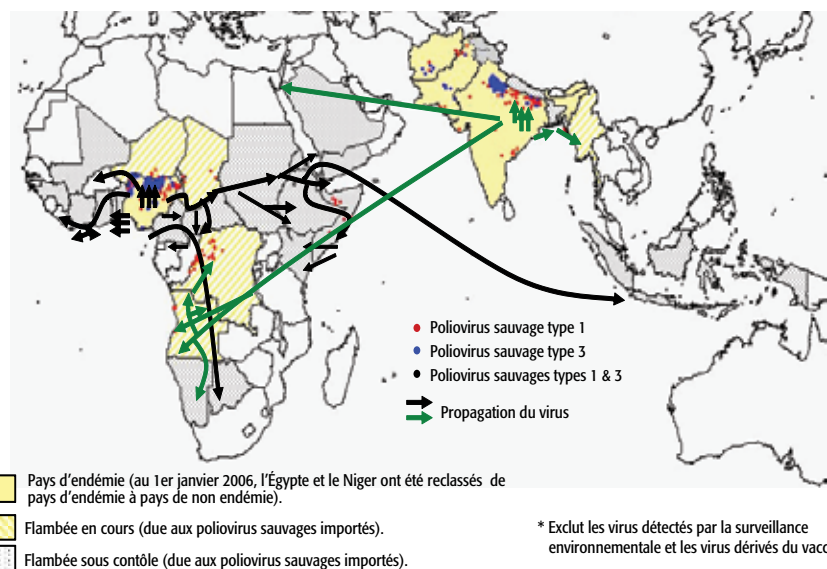
début 2008. Le Nigeria et AFRO sont en train de finaliser les démarches administratives lui accordant un contrat de deux ans.

- La Fondation des Nations Unies et l'OMS ont entrepris des visites communes parmi les missions diplomatique d'Amérique latine à Genève et Washington, à la recherche d'un soutien financier et politique.

- Des négociations sont en cours pour que le sujet de l'éradication mondiale de la polio soit inscrit à l'ordre du jour de la réunion des pays non alignés à Genève en mai 2008 et du sommet ibéro-américain à El Salvador en octobre 2008.

Des activités à moyen terme sont aussi programmées, comme la recherche de ressources financières, la mobilisation d'autres pays latino-américains pouvant apporter leur soutien aux pays africains francophones et des visites de terrain en Angola et au Nigeria. ■

Figure 1. Propagation des poliovirus sauvages, 2003-2007\*



Source: Organisation mondiale de la Santé (données au 25 septembre 2007).

Les frontières et les noms figurant sur cette carte ainsi que les désignations utilisées ne constituent en aucun cas l'expression d'une opinion quelle qu'elle soit de la part de l'Organisation mondiale de la Santé concernant le statut légal d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une zone ou de ses autorités, ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. Les traits en pointillés sur la carte représentent une démarcation approximative des frontières n'ayant éventuellement pas encore fait l'objet d'un accord universel. ©OMS 2007. Tous droits réservés.

## Vaccins et immunisation aux Amériques: dates mémorables de 1997 à 2007

- 1977** • Une résolution du Conseil directeur de l'OPS établit le PEV aux Amériques.  
• La même résolution établit le Fond renouvelable pour l'achat de vaccins.
- 1978** • Un directeur national du PEV est nommé dans chaque pays.  
• L'OPS lance des cours de formation pour les directeurs du PEV.
- 1979** • La Conférence sanitaire panaméricaine autorise la capitalisation du Fond renouvelable.  
• Acquisition par le Fond renouvelable de vaccins pour un montant de 2,5 millions de dollars US.  
• Publication du premier numéro du *Bulletin informatif du PEV*.
- 1980** • Élaboration par l'OPS d'une méthodologie pour l'évaluation/revue multidisciplinaire des programmes.  
• Première évaluation/revue multidisciplinaire d'un programme menée en Bolivie.
- 1981** • La publication scientifique de l'OPS *Immunization and Primary Health: Problems and Solutions* établit l'itinéraire à suivre, selon l'OPS, pour la coopération technique en matière du PEV.  
• Première réunion régionale des directeurs du PEV et premier cours régional sur la chaîne du froid en Équateur.  
• Publication par l'OPS de la Prise de position sur la prestation des services de vaccination qui énonce le rôle joué par la coordination des approches verticales et transversales sur les programmes de vaccination.
- 1983** • Pour améliorer la performance des programmes d'immunisation, les pays introduisent des instruments de planification, appelés ultérieurement Plans d'action nationaux.
- 1984** • Les Amériques sont la première Région ayant conçu et utilisé les *Journées de tranquillité* pour mener des campagnes de vaccination dans des zones de conflit en Amérique centrale, un concept désormais largement utilisé dans le monde entier.
- 1985** • L'OPS fixe l'objectif de l'éradication de la polio dans l'hémisphère occidental d'ici l'année 1990.  
• Nomination du groupe consultatif technique (GCT) du PEV par le directeur de l'OPS.  
• Création du comité de coordination inter-agences (CCI) par l'OPS avec la participation de USAID, de l'UNICEF, du BID et du Rotary International et leurs représentants au niveau des pays.  
• 110 millions de dollars sont obtenus des partenaires du CCI.
- 1986** • Accélération du contrôle du tétanos néonatal.
- 1987** • Sur les conseils de l'OPS, Cuba lance la première campagne pour l'élimination de la rougeole dans la Région.
- 1991** • Dernier cas autochtone de polio détecté au Pérou.  
• 60 millions de dollars sont obtenus des partenaires du CCI.
- 1994** • Les Amériques sont certifiées exemptes de polio et l'objectif de l'élimination de la rougeole est fixé par l'OPS.
- 1996** • Accélération de l'introduction de nouveaux vaccins (ROR, HepB, Hib).  
• 32 millions de dollars sont obtenus des partenaires du CCI.
- 1999** • Acquisition par le Fond renouvelable de vaccins pour un montant de 85 millions de dollars.  
• Nouveaux partenaires: Centers for Disease Control and Prevention, la Banque mondiale et March of Dimes.
- 2001** • Acquisition par le Fond renouvelable de vaccins pour un montant supérieur à 110 millions de dollars.  
• Sur recommandation de l'OPS, les pays instaurent le contrôle accéléré de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale (SRC).
- 2002** • Mobilisation de 7,6 millions de dollars.  
• Les capitaux permanents du Fond renouvelable dépassent 23 millions de dollars.  
• Une résolution de l'OPS met l'accent sur la responsabilisation et la pérennité des programmes nationaux d'immunisation.  
• Conférence sur les vaccins, la prévention et la santé publique: une vision pour l'avenir.
- 2003** • Première Semaine de Vaccination aux Amériques: participation de 19 pays et vaccination de 16 825 888 personnes.  
• Une résolution de l'OPS établit l'objectif d'élimination de la rubéole et du SRC d'ici 2010.
- 2004** • Déclaration de Mexico sur la prévention du rotavirus.  
• Efficacité de la prévention: analyse de la prise de décision et évaluation économique. Cours d'introduction pour les personnes menant des études sur l'efficacité de la prévention.  
• Deuxième Semaine de Vaccination aux Amériques: participation de 35 pays et vaccination de 43 749 720 personnes.  
• Mobilisation de 20,8 millions de dollars.
- 2005** • Publication de guides pratiques (rougeole, polio, tétanos néonatal, fièvre jaune et maladies du vaccin pentavalent).  
• Publication de la première brochure *L'immunisation aux Amériques*.  
• Les tables du PEV de l'OPS fusionnent avec le formulaire conjoint OMS/UNICEF de notification.  
• Le *Bulletin du PEV* devient le *Bulletin d'immunisation*.  
• Formation d'un partenariat pour l'introduction du vaccin contre le virus du papillome humain.  
• Les capitaux permanents du Fond renouvelable dépassent 35 millions de dollars.
- 2006** • Le GCT met l'accent sur la transition de la vaccination de l'enfant à celle de la famille.  
• L'OPS introduit l'initiative Pro-Vac: un plan quinquennal stratégique global afin de renforcer la capacité nationale pour la prise de décision fondée sur les preuves en matière d'introduction des vaccins nouveaux ou sous utilisés; un atelier régional se tient au siège de l'OPS.  
• Publication de *Recent Advances in Immunization* (2<sup>nd</sup> ed.), une référence pour les responsables nationaux d'immunisation et autres professionnels de la santé.  
• Une résolution de l'OPS exhorte les pays à élargir l'espace juridique et budgétaire et à identifier de nouvelles sources de recettes pour un financement durable du développement des programmes d'immunisation et l'introduction de nouveaux vaccins.  
• EURO se joint aux efforts de l'OPS: première Semaine de l'immunisation en Europe.  
• Seuls 11 pays n'ont pas encore mené de vaccination de masse en vue d'éliminer la rubéole.
- 2007** • Le vaccin antirotavirus est offert pour la première fois par le Fonds renouvelable.  
• Une résolution de l'OPS reconnaît le soutien des partenaires aux efforts d'élimination de la rubéole et du SRC et exhorte les pays à établir des commissions nationales pour la documentation de l'élimination.  
• Les capitaux permanents du Fond renouvelable dépassent 45 millions de dollars et des vaccins pour un montant de 211 millions de dollars sont achetés.  
• Mobilisation de 23 millions de dollars.  
• À la fin de l'année, 8 pays ont introduit le vaccin antirotavirus.



## Résumé annuel des indicateurs de surveillances des PFA et la rougeole/rubéole, 2007\*

### Indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aigüe (PFA) (période entre les semaines épidémiologiques 01 à 52 de 2007)

| Pays                     | Nombre de cas | Taux de PFA pour 100 000 <15 ans | % de cas investigués dans les 48 heures | % avec un échantillon prélevé dans les 14 jours suivant le début de l'éruption | % de sites notifiant |
|--------------------------|---------------|----------------------------------|---|--|----------------------|
| Argentine                | 133           | 1,30                             | 86                                      | 83   | 93                   |
| Bolivie                  | 22            | 0,60                             | 91                                      | 82   | 78                   |
| Brésil                   | 636           | 1,16                             | 98                                      | 76   | 93                   |
| Canada                   | 33            | 0,59                             | ...                                     | ...  | ...                  |
| CAREC                    | 42            | 2,08                             | 83                                      | 43   | 100                  |
| Chili                    | 165           | 4,17                             | 82                                      | 73   | 99                   |
| Colombie                 | 149           | 1,17                             | 70                                      | 77   | 88                   |
| Costa Rica               | 33            | 2,68                             | 91                                      | 67   | 0                    |
| Cuba                     | 21            | 0,96                             | 100                                     | 90   | 100                  |
| Équateur                 | 39            | 0,91                             | 95                                      | 79   | 63                   |
| El Salvador              | 44            | 1,88                             | 98                                      | 89   | 75                   |
| EUA                      | ...           | ...                              | ...                                     | ...  | ...                  |
| Guatemala                | 85            | 1,87                             | 87                                      | 78   | 0                    |
| Haïti                    | 13            | 0,32                             | 92                                      | 77   | 83                   |
| Honduras                 | 54            | 1,80                             | 93                                      | 94   | 94                   |
| Mexique                  | 485           | 1,54                             | 96                                      | 82   | 96                   |
| Nicaragua                | 27            | 1,32                             | 96                                      | 89   | 100                  |
| Panama                   | 11            | 1,10                             | 64                                      | 82   | 91                   |
| Paraguay                 | 20            | 1,00                             | 90                                      | 65   | 91                   |
| Pérou                    | 91            | 1,08                             | 97                                      | 65   | 0                    |
| République dominicaine   | 16            | 0,50                             | 63                                      | 81   | 82                   |
| Uruguay                  | 12            | 1,47                             | 33                                      | 50   | 65                   |
| Venezuela                | 51            | 0,61                             | 90                                      | 80   | 77                   |
| <b>Total<sup>§</sup></b> | <b>2 182</b>  | <b>1,27</b>                      | <b>91</b>                               | <b>78</b>  | <b>90</b>            |

... non disponible <sup>§</sup> Canada et EUA exclus.

### Indicateurs de surveillance de la rougeole/rubéole (période entre les semaines épidémiologiques 01 à 52 de 2007)

| Pays                   | % de sites notifiant hebdomadairement | % de cas avec une investigation adéquate | % de cas avec un échantillon adéquat | % d'échantillons arrivant au labo. ≤ 5 jours | % de résultats de labo. notifiés ≤ 4 jours | % de cas écartés par le labo. |
|------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|
| Argentine              | 89                                    | 24                                       | 89                                   | 65   | 82   | 99                            |
| Bolivie                | 78                                    | 98                                       | 99                                   | 77   | 75   | 100                           |
| Brésil                 | 78                                    | 61                                       | 73                                   | 44   | 71   | 95                            |
| Canada                 | ...                                   | ...                                      | ...                                  | ...  | ...  | ...                           |
| CAREC                  | 99                                    | 74                                       | 97                                   | 25   | 95   | 98                            |
| Chili                  | 98                                    | 29                                       | 71                                   | 73   | 97   | 98                            |
| Colombie               | 87                                    | 66                                       | 97                                   | 80   | 90   | 98                            |
| Costa Rica             | ...                                   | 56                                       | 92                                   | 80   | 75   | ***                           |
| Cuba                   | 98                                    | 100                                      | 100                                  | 95   | 100  | 100                           |
| Équateur               | 66                                    | 61                                       | 99                                   | 88   | 81   | 98                            |
| El Salvador            | 81                                    | 51                                       | 80                                   | 91   | 80   | 98                            |
| EUA                    | ...                                   | ...                                      | ...                                  | ...  | ...  | ...                           |
| Guadeloupe             | ...                                   | ...                                      | ...                                  | ...  | ...  | ...                           |
| Guatemala              | ...                                   | 96                                       | 97                                   | 76   | 84   | 96                            |
| Guyane française       | ...                                   | ...                                      | ...                                  | ...  | ...  | ...                           |
| Haïti                  | 82                                    | 97                                       | 100                                  | 29   | 35   | 94                            |
| Honduras               | 92                                    | 95                                       | 95                                   | 83   | 95   | 99                            |
| Martinique             | ...                                   | ...                                      | ...                                  | ...  | ...  | ...                           |
| Mexique                | 93                                    | 99                                       | 98                                   | 86   | 80   | 98                            |
| Nicaragua              | 100                                   | 77                                       | 99                                   | 78   | 88   | 99                            |
| Panama                 | 91                                    | 77                                       | 98                                   | 66   | 94   | 99                            |
| Paraguay               | 91                                    | 59                                       | 100                                  | 88   | 100  | 99                            |
| Pérou                  | 100                                   | 96                                       | 98                                   | 94   | 18   | 97                            |
| Porto Rico             | ...                                   | ...                                      | ...                                  | ...  | ...  | ...                           |
| République dominicaine | 82                                    | 68                                       | 99                                   | 50   | 69   | 100                           |
| Uruguay                | 56                                    | 24                                       | 71                                   | 95   | 74   | 90                            |
| Venezuela              | 76                                    | 87                                       | 98                                   | 66   | 77   | 100                           |
| <b>Moyenne</b>         | <b>87</b>                             | <b>67</b>                                | <b>80</b>                            | <b>55</b>                                    | <b>72</b>                                  | <b>96</b>                     |

<sup>a</sup> comprend des informations sur la recherche active de cas. ... non disponible

Source: PESS, MESS et rapports des pays, Unité d'immunisation, OPS.

\* données au 5 mai 2008

## Prix des seringues du Fonds renouvelable de l'OPS pour 2008

Les prix des vaccins offerts par le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et de seringues ont été publiés dans notre numéro de février 2008.<sup>1</sup> La table 1 à droite présente les prix des seringues offertes en 2008. ■

**Table 1. Prix des seringues achetées par l'entremise du Fonds renouvelable de l'OPS, 2008 (prix en dollars américains)**

| Seringues jetables, plastiques avec aiguille |           |               |
|--|-----------|---------------|
| Taille                                       | Par boîte | Coût unitaire |
| 1 cc 22G x 1-1/4"                            | 100       | \$0,0430      |
| 1 cc 22G x 1-1/2"                            | 100       | \$0,0385      |
| 1 cc 23G x 1" *                              | 100       | \$0,0375      |
|  |           | \$0,0313      |
| 1 cc 25G x 5/8"                              | 100       | \$0,0365      |
|  | 150       | \$0,0510      |
| 1 cc 26G x 3/8"                              | 100       | \$0,0450      |
| 1 cc 27G x 3/8"                              | 100       | \$0,0490      |
| 5cc 22G x 1-1/2"                             | 100       | \$0,0525      |

| Seringues autodestructibles, plastiques avec aiguille |           |               |
|---|-----------|---------------|
| Taille  | Par boîte | Coût unitaire |
| 0,5cc 23G x 1" *                                      | 100       | \$0,0540      |
|   |           | \$0,0415      |
| 0,5cc 23G x 1"  | 200       | \$0,0540      |
| 0,5cc 25G x 5/8"                                      | 100       | \$0,0540      |
|   | 200       | \$0,0580      |
| 0,1 cc 27G x 3/8"                                     | 100       | \$0,0728      |

<sup>1</sup> Bulletin d'Immunisation. Prix des vaccins du Fonds renouvelable de l'OPS pour 2008. Vol.XXX (1).

\* les seringues sont proposées par deux fabricants différents.

Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol 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 1814-6260

Année XXX, Numéro 2 • Avril 2008

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>

(Search: Immunization Newsletter)