



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



## 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 52<sup>e</sup> SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 25-29 septembre 2000

*Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire*

CD42/8 (Fr.)

24 juillet 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

### VACCINS ET IMMUNISATION

Le rapport suivant est une mise à jour destinée au Conseil directeur sur les progrès faits en vue d'atteindre le but de l'éradication de la rougeole en l'an 2000. Le rapport félicite les Etats Membres pour leur engagement face à l'initiative d'éradication de la rougeole et leur recommande vivement de prendre les mesures nécessaires permettant à la Région des Amériques d'atteindre ce but. Des ressources sont nécessaires pour maintenir une surveillance adéquate et déployer des campagnes de suivi, en temps opportun, des vaccinations de rougeole visant les enfants de 1 à 4 ans.

Le rapport note les améliorations significatives faites en 1999 par la plupart des Etats Membres concernant l'adoption des quatre indicateurs de la paralysie flasque aiguë (PFA). La baisse constante du nombre de cas de tétanos dans la Région est soulignée et des recommandations sont présentées pour cibler les activités de vaccinations vers les zones et les populations courant le risque le plus élevé dans des municipalités à risques.

Un appel spécial est lancé à chaque pays pour continuer à formuler des stratégies qui atteindront des groupes de la population ne recevant pas encore les avantages complets de la vaccination de base.

Une mise à jour est faite traitant des changements remarquables au niveau des programmes nationaux de vaccinations routinières aux Amériques avec l'introduction de nouveaux vaccins. Le rapport note également les stratégies de lutte mises en place pour certaines de ces nouvelles maladies cibles. Le partenariat de l'OPS avec les Etats Membres en vue de vérifier que des vaccins de qualité sont utilisés par les programmes nationaux de vaccinations est examiné.

Durant ses discussions sur le sujet au cours de sa 126<sup>e</sup> session, le Comité exécutif a réitéré son soutien à l'éradication de la transmission locale du virus de la rougeole dans les Amériques en l'an 2000, et a pris note du besoin de redoubler les efforts déployés dans chaque pays pour atteindre cet objectif. Le Comité a suggéré que soient démarrées des activités concernant l'endiguement de tout matériel de laboratoire pouvant abriter des spécimens de poliovirus sauvage dans la Région de sorte à pouvoir arriver à la certification mondiale de l'éradication. Le Comité a également souligné l'impact éventuel des processus de réforme sanitaire sur les programmes de vaccination et a demandé que l'évolution des vaccinations soit étroitement suivie plutôt que de procéder à ces changements.

Le Comité exécutif a examiné le documents et a recommandé au Secrétariat d'apporter son appui entier à la réussite de l'initiative d'éradication de la rougeole et l'introduction durable et largement répandue de nouveaux vaccins dans les programmes de vaccinations routinières. Il a adopté une résolution pour la considération du Conseil directeur (voir CE 126.R4 en annexe).

## TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
1. Couverture vaccinale .....	3
2. Eradication de la rougeole .....	3
3. Maladies.....	7
3.1 Poliomyélite.....	7
3.2 Tétanos néonatal.....	8
3.3 Rubéole.....	9
3.4 Fièvre jaune .....	11
4. Contrôle de qualité des vaccins.....	12

Annexe : Résolution CE126.R4

## 1. Couverture vaccinale

Les données pour 1999 indiquent que la couverture vaccinale aux Amériques se maintient à des niveaux supérieurs à 80% pour tous les antigènes (Tableau 1) avec quelques exceptions et des élargissements pour la rougeole et le DT-Coq, par rapport aux données des trois années précédentes. Ces chiffres indiquent que la vaste majorité des enfants sont vaccinés par le biais de services routiniers de vaccinations, mais ils montrent également que certains groupes dans les pays ne reçoivent pas encore les avantages liés à une vaccination de base. L'OPS demande que des efforts renouvelés soient faits pour atteindre les personnes vivant dans des régions reculées, ainsi que les pauvres des zones urbaines qui, souvent, ne se rendent pas dans les services routiniers de vaccinations. Le défi de l'avenir consiste à mettre en place des initiatives tenant compte de la situation de chaque pays afin d'atteindre ces groupes. Les Etats Membres devraient continuer à suivre la couverture vaccinale et la propagation de maladies par municipalité afin d'aider à mettre sur pied une stratégie nationale qui arrive à atteindre effectivement les enfants non vaccinés.

Dans l'ensemble, la couverture vaccinale régionale pour le DT-Coq en 1999 était de 95%; 19 des 35 pays notifiant (54%) avaient une couverture  $\geq 90\%$ . Deux pays ont indiqué une couverture du DT-Coq 3 inférieure à 80% : le Venezuela (79%) et le Paraguay (77%).

Dans l'ensemble, la couverture vaccinale régionale pour le DT-Coq 3 en 1999 était de 87%; 20 des 35 pays notifiant (57%) avaient une couverture  $\geq 90\%$ . Trois pays ont indiqué une couverture du DT-Coq 3 inférieure à 80% : l'Equateur (70%), la Colombie (75%) et le Paraguay (74%).

Dans l'ensemble, la couverture vaccinale régionale du BCG en 1999 était de 97%; 23 des 31 pays notifiant (74%) avaient une couverture  $\geq 90\%$ . Trois pays ont indiqué une couverture inférieure à 80% : la Colombie (79%), le Pérou (73%) et El Salvador (72%).

Dans l'ensemble, la couverture vaccinale régionale de la rougeole en 1999 était de 91%; 24 des 35 pays notifiant (69%) avaient une couverture  $\geq 90\%$ . Les pays notifiant moins de 80% sont la Colombie (76%), El Salvador (75%) et le Paraguay (75%).

## 2. Eradication de la rougeole

La Région des Amériques s'approche de la date fixée pour l'éradication locale de la transmission de la rougeole, à savoir la fin de l'année 2000, approuvée à l'unanimité lors de la 24<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de 1994. Après cette date, au moins

**Tableau 1. Couverture vaccinale DT-Coq 3, Polio, Oreillons, Rougeole et BCG  
Région des Amériques, 1999**

Région/Pays	DT-Coq	Polio, oreillons	Rougeole	BCG
<b>Andes</b>				
Bolivie	96	89	99	95
Colombie	81	75	76	79
Equateur	80	70	99	99
Pérou	98	96	92	73
Venezuela	79	82	79	96
Brésil	83	84	90	99
<b>Amérique centrale</b>				
Belize	87	84	82	96
Costa Rica	93	93	92	83
El Salvador	94	93	75	72
Guatemala	86	86	93	91
Honduras	95	95	98	93
Nicaragua	83	93	97	99
Panama	92	96	90	99
<b>Pays anglophones des Caraïbes</b>				
Anguille	96	99	99	99
Antigua-et-Barbuda	99	99	99	n/d
Bahamas	...	...	...	...
Barbade	87	86	86	n/a
Iles Vierges britanniques	90	92	92	99
Iles Caïmans	94	94	90	92
Dominique	99	99	99	99
Grenade	88	87	94	n/a
Guyana	83	83	87	91
Jamaïque	81	80	82	85
Montserrat	99	99	99	99
Saint-Kitts-et-Nevis	99	99	99	99
Sainte-Lucie	89	89	95	99
Saint-Vincent-et-les	95	99	87	99
Suriname	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	90	90	88	n/a
Turques et Caïques	...	...	...	...
<b>Grandes Antilles</b>				
Cuba	94	96	99	99
République dominicaine	83	84	94	90
Haïti	59	58	85	58
<b>Amérique du Nord</b>				
Bermudes	...	...	...	...
Canada	...	...	...	n/a
Mexique	96	96	94	99
<b>Cône Sud</b>				
Argentine	88	91	97	99
Chili	94	95	95	94
Paraguay	77	74	70	87
Uruguay	93	93	92	99
<b>TOTAL*</b>	<b>95</b>	<b>87</b>	<b>91</b>	<b>97</b>

\* Total provisoire fondé sur les pays notifiant à l'exclusion du Canada

n/a - Données non applicables

... - Données non disponibles

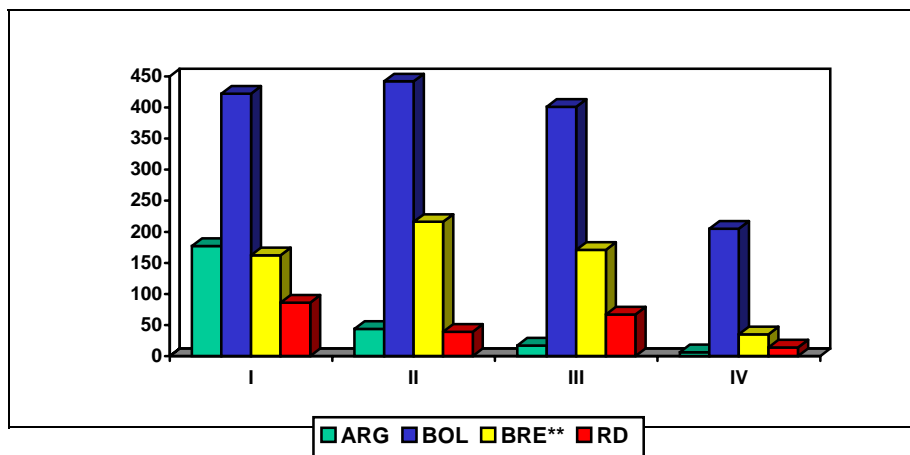
Date de mise à jour : 19 juillet 2000

deux années supplémentaires de surveillance intense seront requises avant que ne se produise la certification formelle de l'éradication. Il convient de féliciter les Etats Membres pour leur engagement et efforts face au but d'éradication de la rougeole sur le continent ces cinq dernières années. Ce soutien a permis aux pays de faire des progrès importants en vue de diminuer la charge que représente cette maladie sur l'ensemble des Amériques. Les pays qui ont suivi la stratégie pour l'éradication de la rougeole recommandée par l'OPS pleinement et ponctuellement sont arrivés à combattre la maladie et à éviter les flambées de cas de rougeole.

En 1999, l'on compte 3 102 cas de rougeole confirmés aux Amériques, soit une diminution de 94% par rapport à un pic de 53 683 cas en 1997. Ces cas se sont présentés dans 11 pays mais uniquement l'Argentine, la Bolivie, le Brésil et la République dominicaine connaissaient une transmission locale de rougeole (Figure 1) : la Bolivie a notifié 1 441 cas (46% du total de la Région), le Brésil 808 (26%), l'Argentine 313 (10%), et la République dominicaine 274 (9%).

L'OPS accorde une grande importance à une coordination renforcée aux niveaux national et international dans ces pays prioritaires afin d'endiguer la propagation de la rougeole à d'autres régions. Les autorités sanitaires des quatre pays prioritaires ont promis de soutenir pleinement la conclusion réussie de la campagne régionale d'éradication de la rougeole. La mise en œuvre d'une stratégie double de vaccination intensive antirougeole dans les municipalités qui n'ont pas atteint une couverture  $\geq 95$ , combinée à des recherches actives de cas de rougeole tous les deux mois est réalisée dans les pays notant une transmission de la rougeole.

**Figure 1. Nombre de cas de rougeole confirmés dans les pays prioritaires\* par trimestre, 1999**



\* Argentine, Bolivie, Brésil et République dominicaine

Les progrès sont notables en Argentine. Ce pays avait notifié la majorité des cas en 1998. Un total provisoire de 789 cas de rougeole a été confirmé en 1999, comparé à 2 930 cas confirmés de rougeole en 1998. Le groupe d'âge le plus affecté en 1999 était des enfants de moins d'un an, suivi d'enfants âgés d'un an et d'enfants de deux à cinq ans. A partir de la mi-mars 2000, quatre cas de rougeole étaient confirmés, comparés à 113 pendant la même période en 1999. Un Plan d'Urgence est formulé et quatre épidémiologistes nationaux ont été recrutés pour collaborer avec les autorités sanitaires de l'Argentine dans le cadre des efforts d'éradication.

La Bolivie est le pays le plus affecté par la rougeole, avec 46% (1 441 cas confirmés) de tous les cas confirmés de 1999 de la Région, à cause de larges zones avec des populations sous-vaccinées. La majorité de ces cas frappe des enfants de moins de cinq ans, puis des enfants d'âge scolaire (5-19 ans) et de jeunes adultes (20-29 ans). Au départ, la transmission du virus de la rougeole se confinait aux centres urbains mais, par la suite, elle s'est déplacée dans certaines régions rurales. Un Plan d'action a été mis en place par le Ministère bolivien de la Santé en vue de stopper la flambée de cas et d'interrompre la transmission du virus. Le Plan a mobilisé un soutien technique et financier du Gouvernement de la Bolivie et de l'OPS, ainsi qu'une assistance financière de la Banque mondiale, de la Banque interaméricaine de Développement, de l'UNICEF et d'autres organisations non gouvernementales. Le Ministère de la Santé a communiqué par la suite une Résolution ministérielle soutenant la mise sur pied d'une campagne de vaccinations nationale complète réalisée en novembre et décembre 1999. Pour l'année 2000, la Bolivie compte 37 cas confirmés de rougeole dont le dernier cas a été notifié le 26 février.

Le Brésil a notifié 2 781 cas en 1998. Grâce aux efforts spéciaux de vaccination et de surveillance initiés en 1999, dont d'intenses activités de surveillance de la part de 27 épidémiologistes supplémentaires recrutés dans le cadre d'une équipe spéciale en vue de l'éradication, la transmission de la rougeole a connu un ralentissement en 1999 (808 cas) et au cours du premier semestre de 2000. Jusqu'à la mi 2000, il y avait un total de 34 cas confirmés de rougeole dans cinq états. La plupart se sont présentés dans l'état de São Paulo (15 cas) et Acre (15 cas) chez des personnes non vaccinées. Une campagne de *suivi* de la rougeole s'est déroulée dans certains états en juin 2000, et les rapports préliminaires indiquent qu'un niveau élevé de couverture a été atteint.

En République dominicaine, une flambée de cas de rougeole s'est déclarée dans une zone touristique suite à une importation d'Amérique latine en 1997. Malgré deux activités de vaccinations en 1998, le virus a continué à circuler et s'est propagé par la suite à l'ensemble du pays en 1999. Plus de 50% des cas étaient notifiés dans la région métropolitaine de Santo Domingo où des poches d'enfants non vaccinés, l'entassement dans les zones urbaines et les faibles taux de couverture des campagnes de *suivi*

précédentes ont permis à la maladie de se propager. A l'instar des épidémies en Bolivie et dans d'autres pays de la Région, la majorité des cas était notée chez des enfants de moins d'un an, suivis par des enfants de 1 à 4 ans et des jeunes adultes de 20 à 29 ans. Les autorités sanitaires du pays et l'OPS ont organisé une équipe spéciale pour assurer l'adoption de mesures de lutte efficaces. Des recherches actives sont faites pour détecter les cas soupçonnés de rougeole et des opérations de *ratissage* sont organisées dans les zones où circule le virus. En février 2000, un Plan d'action quinquennal de vaccinations mis au point par le Ministère de la Santé, avec la collaboration technique de l'OPS, a reçu un financement à hauteur de US\$13 millions de la Banque mondiale, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, de l'Agence japonaise pour le Développement international et de l'OPS.

L'OPS recommande vivement aux Etats Membres de continuer à soutenir des recherches actives périodiques et intensives pour dépister les cas de rougeole afin de trouver les chaînes de transmission restantes, surtout dans des municipalités exposées à un risque élevé de flambées de cas de rougeole. A cette étape, la mise en œuvre de la vaccination intensive contre la rougeole (*opérations de ratissage*) dans les municipalités où la maladie est transmise et dans celles qui ne sont pas arrivées à une couverture vaccinale de 95% est un volet d'importance critique. Des efforts maintenus seront nécessaires pour vérifier une enquête approfondie de toutes les flambées de cas et pour l'application de réponses adéquates sur le plan santé publique.

### **3. Maladies**

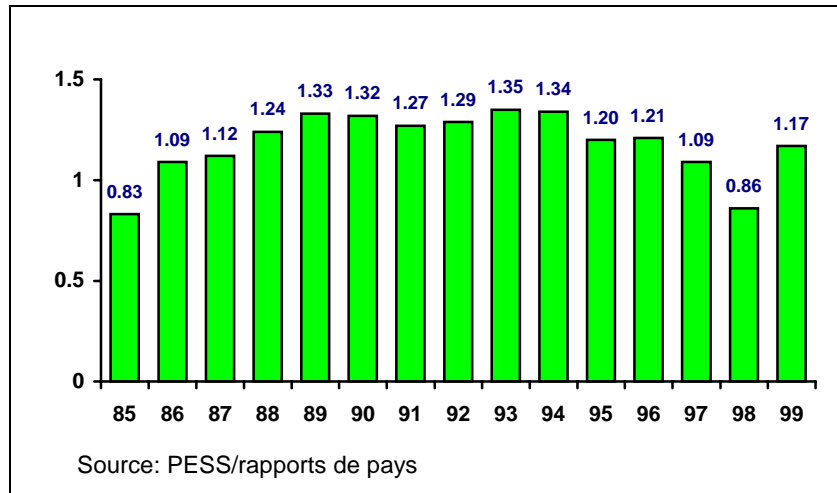
#### **3.1 *Poliomyélite***

Les efforts extraordinaires faits par tous les pays dans le monde entier pour éradiquer la poliomyélite d'ici la fin de l'année 2000 sont couronnés de succès. A cette étape, les pays de l'Amérique se joindront au monde pour réaliser des examens approfondis de l'information provenant de la surveillance faisant partie du processus de certification afin de prouver l'absence, dans le monde, du poliovirus. Ce travail sera l'occasion de montrer que la Région continue à maintenir un excellent système de surveillance capable de détecter rapidement toute importation.

Suite aux efforts louables déployés par plusieurs pays, tel qu'on peut le voir sur la Figure 2, l'indicateur d'un cas au moins de paralysie flasque aiguë (PFA) pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans est en train de s'améliorer de manière significative. Le dernier indicateur est important car il suit la fréquence des cas de PFA détectés et saisis dans le système de surveillance. L'OPS prie instamment les Etats Membres qui maintiennent encore un taux de cas de PFA inférieur à 1 de prendre les mesures nécessaires pour améliorer la sensibilité de leur système de surveillance pour la PFA.

Le maintien et l'amélioration, le cas échéant, de ces indicateurs de surveillance sont des éléments essentiels si l'on veut que les Amériques maintiennent leur certification de l'état d'éradication. Les Etats Membres devraient également commencer à faire un inventaire complet des laboratoires qui pourraient encore conserver des échantillons de matières fécales datant de l'époque à laquelle le virus circulait dans les Amériques, afin de déterminer la présence ou l'absence du poliovirus sauvage permettant ainsi de prendre les mesures d'endiguement qui s'imposent pour tout virus détecté.

**Figure 2. Taux de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, Région des Amériques, 1990-1999**

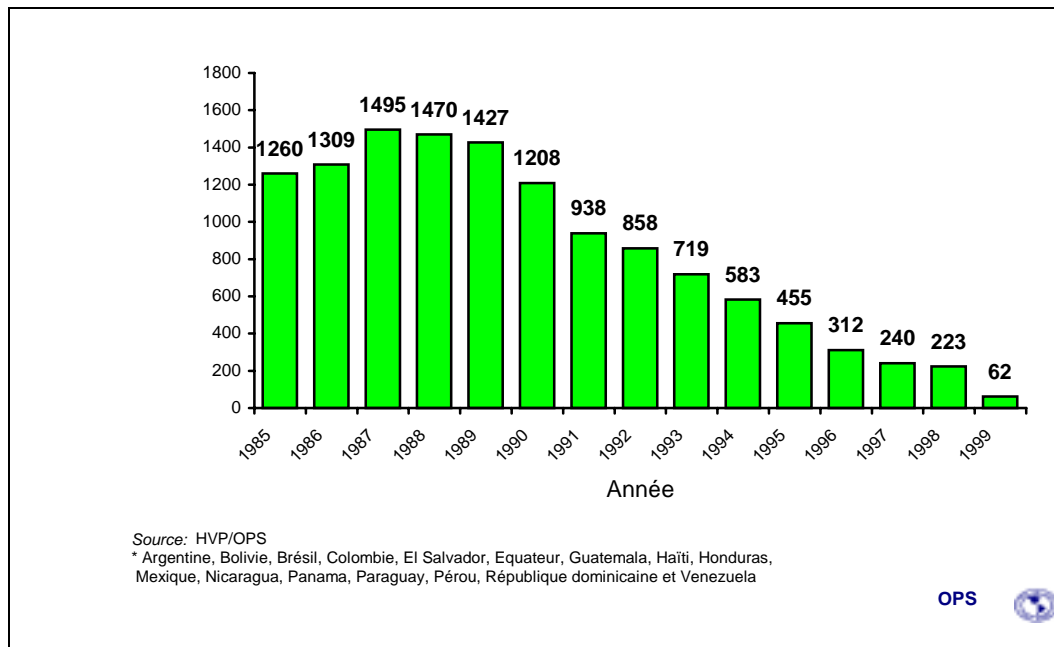


### 3.2 *Tétanos néonatal*

Le nombre total de cas de tétanos néonatal continue à baisser, tel qu'on le voit sur la Figure 3. En 1999, les Amériques notaient 154 cas. La stratégie de lutte consiste à vacciner les femmes en âge de procréer qui vivent dans des districts classés à hauts risques pour cette maladie. Suivant la réduction notable de cas ces dix dernières années, les 16 pays où le tétanos néonatal est endémique ont démarré une nouvelle phase, ciblant les activités de vaccinations dans les régions et au sein de groupes exposés le plus au risque de contracter la maladie dans les municipalités à hauts risques qui notifient encore des cas isolés de tétanos néonatal. A cette fin, l'OPS recommande que les pays réalisent des évaluations nationales pour déterminer le nombre de municipalités restant dans la Phase Attaque (vaccination intensive nécessaire) et celles qui sont passées à la Phase Maintien (vaccination par le biais de programmes routiniers). En outre, les pays devraient également étudier les conditions épidémiologiques associées à ces cas restants (migration, manque de vaccination et marginalisation, etc.) afin de diriger les activités de

vaccinations vers les groupes ou régions exposées à un maximum de risques au sein de ces municipalités à hauts risques.

**Figure 3. Cas de tétanos néonatal par année dans des pays choisis\*, 1985-1999**



### 3.3 Rubéole

En 1999, l'information obtenue pour la rubéole par le biais du système régional de l'OPS pour la surveillance de l'éradication de la rougeole a montré que 57 763 cas ont été notifiés, dont 8 657 (26%) étaient confirmés comme des cas de rubéole. Le Mexique, le Venezuela, le Brésil et l'Argentine représentent 80% de ces cas.

La coopération technique de l'OPS pour la lutte contre la rubéole se concentre sur la vaccination répandue contre la rubéole par le biais des programmes routiniers, la réduction du nombre de cas de rubéole – femmes susceptibles en âge de procréer et le soutien apporté aux pays concernant la mise en place de systèmes de surveillance intégrée pour la rougeole et la rubéole.

En 1996, 22 pays avaient introduit le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) dans leur programme national de vaccination—15 pays des pays anglophones des Caraïbes, les Etats-Unis et le Canada, ainsi que le Chili, le Costa Rica, Cuba, Panama et l'Uruguay en Amérique latine. En juin 2000, 42 des 47 pays de la Région ont introduit le vaccin ROR.

L'information obtenue par le biais du système régional de l'OPS pour la surveillance de l'éradication de la rougeole a montré qu'en juin 2000, sur les 16 765 analyses de laboratoire faites sur des échantillons de cas de rougeole soupçonnés, 3 874 (23%) étaient confirmés comme des cas de rubéole. Le Brésil, la République dominicaine, l'Équateur, le Honduras et le Pérou représentent 91% de ces cas.

Des stratégies de vaccinations ont déjà été proposées aux Etats Membres pour soit lutter rapidement contre la rubéole, soit prévenir les cas du syndrome de rubéole congénitale (CRS) Pour les pays qui souhaitent prévenir et lutter rapidement contre le CRS, une campagne de masse réalisée une seule fois est une solution recommandée visant des femmes entre 5 et 39 ans utilisant un vaccin contre la rougeole et la rubéole. Les pays souhaitant lutter contre la rubéole et le CRS doivent réaliser une campagne de masse ciblant la population tout entière de 5 à 39 ans avec un vaccin contre la rougeole et la rubéole.

La mise en place de systèmes intégrés de surveillance contre la rougeole et la rubéole facilitera la tâche des Etats Membres devant déterminer l'emplacement exact du virus, dépister à temps les cas pour prendre les mesures nécessaires contre les flambées de cas et les mesures de prévention du CRS, et fournir les outils permettant d'évaluer l'ampleur de la charge de morbidité et l'impact des diverses interventions. Jusqu'à présent, les initiatives initiales d'intégration de la surveillance de la rougeole et de la rubéole contribuent déjà à une sensibilité accrue à la surveillance de la rougeole qui permet de détecter tous les cas suspectés de rougeole qui pourraient éventuellement se produire. Cette évolution est cruciale à ce stade de l'objectif d'éradication de la maladie. Un système de surveillance standardisée à l'échelle régionale pour la rubéole et le CRS devrait être élaboré et mis en place.

Afin d'éviter l'apparition du CRS, le Chili a réalisé une campagne de vaccination préventive contre la rubéole ciblant les femmes de 10 à 29 ans. La campagne a atteint une couverture vaccinale de 98% suite à la solidité du programme national de vaccinations et à une campagne de mobilisation sociale très réussie. Les autorités sanitaires ont mis en place un système de surveillance qui fournira des informations sur l'efficacité de la campagne et des politiques, mesurant l'impact de la campagne sur la rubéole et le CRS et identifiant des groupes de personnes ou zones géographiques nécessitant des mesures de lutte complémentaires. La deuxième phase de la campagne qui visait à vacciner toutes les femmes post-partum (6%) qui ne l'avaient pas été au cours de la première phase de la campagne, a été achevée avec succès.

Le Costa Rica a également réalisé une campagne de vaccinations suivant une flambée de cas de rubéole en 1999 où plus de 250 cas ont été notifiés. La campagne de vaccination contre rougeole-oreillons-rubéole dans le pays visait des enfants de 1 à 14

ans. Une vaccination sélective pour adultes ciblant les groupes à risques (agents de santé, personnel d'établissements d'enseignement, agents touristiques et migrants) a également été organisée avec le vaccin ROR. La flambée de cas de rubéole au Costa Rica montre bien que les pays doivent ajuster leur système de surveillance concernant les cas soupçonnés de rougeole afin d'inclure la rubéole. Cette flambée de cas signale également une activité accrue de la rubéole dans presque tous les pays de l'Amérique centrale. Cette région cherche à intégrer la surveillance de la rougeole et de la rubéole.

Les campagnes de vaccination de masse contre la rubéole sont terminées dans 5 des 19 pays et territoires anglophones des Caraïbes (Bahamas, Dominique, Guyana, Montserrat et Trinité et Tobago), atteignant une couverture vaccinale entre 67% et 90%. Sur une population cible totale de 2,2 millions de personnes pour tous les pays, 1 138 454 (52%) ont déjà été vaccinées. Les activités de *ratissage* se déroulent encore dans ces pays. Ces campagnes ciblent des personnes des deux sexes jusqu'à 40 ans dans certains pays. Le groupe d'âge le plus fréquent est celui des 20 à 40 ans, et jusqu'à 44 ans dans deux des cinq pays. En 1991, la campagne de *rattrapage* de vaccination contre la rougeole, avec le vaccin ROR, a atteint une couverture vaccinale de plus de 90% dans la cohorte ciblée. Cela a encouragé certains pays à se concentrer dans les groupes d'âge plus avancés.

### 3.4 *Fièvre jaune*

Le risque d'urbanisation de la fièvre jaune aux Amériques reste un problème de santé publique suite à la vaste propagation continue de l'*Aedes aegypti* dans les 11 pays situés dans la zone enzootique (Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Guyane française, Guyane, Panama, Pérou, Suriname, Trinité et Tobago et Venezuela). En 1999, 207 cas confirmés de la forme selvatique étaient indiqués avec 100 décès dont la majorité était enregistrée en Bolivie, au Brésil et au Pérou. Le mouvement croissant de personnes, parmi elles celles dans la phase virémique venant des zones enzootiques soit par route, soit par voie aérienne, facilite l'introduction de la fièvre jaune dans les zones urbaines qui comptent actuellement des taux élevés d'infestation à l'*Aedes aegypti*.

L'OPS travaille avec les Etats Membres pour améliorer la surveillance épidémiologique et informer les professionnels de la santé dans les régions à risques élevés sur cette maladie. La Bolivie, le Brésil et le Pérou ont mis en place des enquêtes épidémiologiques régulières pour la fièvre jaune chaque fois qu'un cas soupçonné est identifié. La majorité des cas indiqués en 1999 a été confirmée par test de laboratoire. Jusqu'à présent, seules Trinité et Tobago, la Guyane et la Guyane française ont mis en place une stratégie de vaccinations universelle pour les enfants. Le Brésil a démarré une stratégie analogue dans 17 de ses 27 états, et l'Equateur dans ses provinces orientales. La Bolivie, le Pérou et le Venezuela visent également à introduire au niveau national la vaccination contre la fièvre jaune au titre des vaccinations de base des enfants en 2000-

2001. Des campagnes de vaccinations pour d'autres groupes d'âge dans des régions dont on juge qu'elles courent le plus de risques ont également été démarrées en Bolivie, au Brésil, en Equateur, en Guyane, au Pérou et au Venezuela. Le Brésil a vacciné plus de 35 millions de personnes dans tous les groupes d'âge sur les deux dernières années.

La mise en œuvre de stratégies pour prévenir et lutter contre la fièvre jaune reste une question critique. L'OPS recommande que toutes les personnes vivant dans des zones enzootiques et des zones urbaines voisines infectées par *l'A. aegypti* soient vaccinées contre la fièvre jaune. Une couverture d'au moins 80% est nécessaire pour prévenir les flambées de cas dans les zones urbaines. L'intégration de la vaccination contre la fièvre jaune dans les programmes de vaccinations infantiles routiniers est un élément très important pour arriver à une couverture vaccinale élevée et réduire le nombre de cas et de flambées de cas dans les zones endémiques. Une surveillance améliorée de la fièvre jaune est également d'importance critique pour l'identification de cas et le contrôle des flambées de cas de manière efficace et rapide. L'Organisation recommande qu'un programme intégral de lutte contre le vecteur soit créé par les pays en vue de diminuer la densité de *l'A. aegypti* dans les contextes urbains.

#### **4. Contrôle de qualité des vaccins**

L'utilisation de vaccins de qualité est essentielle pour la réussite et l'efficacité des programmes nationaux de vaccinations, outre la disponibilité d'une infrastructure, logistique et de ressources humaines adéquates. L'utilisation de vaccins peu efficaces ou présentant certains risques minera toutes les autres activités et ressources investies pour atteindre une couverture vaccinale élevée. Par conséquent, l'OPS accorde une haute priorité au renforcement de mécanismes permettant aux pays de garantir l'utilisation de vaccins de qualité.

Les activités visent à renforcer les pouvoirs nationaux de réglementation dans la Région afin de vérifier le respect de six fonctions réglementaires : a) licence de tous les vaccins utilisés dans la Région; b) évaluations cliniques des vaccins; c) libération de chaque lot de vaccins devant être utilisés dans le pays; d) accès à un laboratoire qui peut effectuer un test des vaccins; e) inspection des fabricants en vue de vérifier l'application de Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF); et f) mise en place d'un système de surveillance post-marketing.

En ce qui concerne les pouvoirs nationaux de réglementation, l'Organisation a collaboré avec des Etats Membres afin d'harmoniser la réglementation concernant les licences des vaccins dans les pays non producteurs, surtout dans des pays de l'Amérique centrale et en République dominicaine. Un document générique avec des pratiques harmonisées concernant les licences de vaccin a été rédigé et il est utilisé actuellement dans plusieurs pays. Dans le but de renforcer les fonctions de réglementation dans ces

pays, des ateliers sont organisés autour de thèmes concernant les licences de vaccins, la distribution de lots et les BPF. Un accès à l'Internet est offert pour améliorer la communication et mettre en place des bases de données pour enregistrer les lots de vaccins utilisés.

Les activités dans le domaine du contrôle de la qualité aident également les laboratoires nationaux de l'Argentine, du Brésil, du Chili, de Cuba, de la Colombie, de l'Equateur, du Mexique et du Venezuela à arriver à des niveaux de compétence et de qualification élevés. Cette activité cherche à uniformiser les méthodologies de laboratoire, la production et la distribution de réactifs de référence, à fournir une formation au contrôle de nouveaux vaccins, à valider d'autres textes d'efficacité *in vitro* et à améliorer la communication et l'échange d'information entre laboratoires participants. Un programme de certification évaluant la compétence et la performance des laboratoires du réseau régional a été mis en place afin de garantir l'accès à des tests de vaccin dans des laboratoires qualifiés, soit par l'OPS soit par un organisme national de réglementation de la Région. Une base de données compilée pour l'enregistrement des lots de vaccins distribués et utilisés dans la Région a été améliorée et cette base de données est évaluée actuellement par des organismes nationaux de réglementation et des laboratoires choisis.

Plusieurs pays de la Région sont en train de fabriquer certains des vaccins utilisés par les programmes d'immunisation régulière alors que d'autres cherchent à démarrer une production locale. Cela montre le besoin pour les producteurs actuels et futurs de respecter les normes internationales et les BPF. L'OPS a déjà souligné l'importance d'un solide engagement politique afin de vérifier la disponibilité de ressources permettant aux producteurs d'améliorer les installations existantes et de procéder aux changements nécessaires dans les domaines administratifs et organisationnels. L'Organisation continue à encourager les études de faisabilité technique et économique des producteurs de vaccins dans la Région qui, une fois réalisées, dégagent des informations justifiant la continuation ou l'arrêt des activités de production. Le Mexique a fait une telle étude et le Brésil a demandé une assistance en vue de réaliser une étude analogue. Le Pérou a effectué une étude de pré-faisabilité de production locale du vaccin contre la fièvre jaune. Des recommandations en vue de l'exécution d'études analogues sont faites pour la Colombie, l'Equateur et le Venezuela.

L'Organisation collabore également avec l'OMS pour encourager l'inclusion des fabricants locaux de vaccins dans le processus d'évaluation de l'OMS. Si cette inclusion est adoptée, les producteurs de vaccins des Amériques deviendront des fournisseurs de vaccins pour les organismes des Nations Unies. Cuba a déjà démarré ce processus pour le vaccin contre l'hépatite B et Biomanguinhos du Brésil pour le vaccin contre la fièvre jaune. L'OPS fournit également des conseils techniques à l'Alliance mondiale des

Vaccins et Immunisation (GAVI), créée récemment, notamment pour son équipe de recherche et de développement. Les premières mesures comprennent la mise en place d'un inventaire de lots pilotes et le contact avec les entreprises de fabrication de la Région afin de localiser les installations pouvant être utiles lors des diverses étapes de mise au point de vaccins "orphelins" revêtant une importance pour la santé publique.

Annexe



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



# 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF

Washington, D.C., 26-30 juin 2000

CD42/8 (Fr.)

Annexe

## **RESOLUTION**

### **CE126.R4**

#### **VACCINS ET IMMUNISATION**

##### **LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,**

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CE126/10); et

Tenant compte des progrès faits par tous les pays en ce qui concerne la lutte contre les maladies évitables par la vaccination et les efforts qu'ils déploient pour achever l'éradication de la rougeole en l'an 2000 ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins dans leurs programmes nationaux de vaccination,

##### **DECIDE :**

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellé dans les termes suivants :

##### **LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CD42/\_\_\_) et prenant note des progrès faits par tous les pays concernant la lutte contre les maladies évitables para la vaccination;

Sachant qu'il existe encore un nombre considérable d'enfants qui ne bénéficient pleinement de tous les avantages des vaccinations;

Conscient du fait que des efforts considérables doivent être faits pour atteindre le but de l'éradication de la rougeole d'ici la fin de l'an 2000; et

Sachant que la pérennisation des programmes de vaccination et de lutte/éradication des maladies évitables par la vaccination exige un effort permanent du secteur de la santé à tous les niveaux,

***DECIDE :***

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) continuer à accorder une grande priorité au financement de leurs programmes nationaux de vaccination tout particulièrement aux coûts liés à l'introduction de nouveaux vaccins;
  - b) établir, en tant que but national, une couverture vaccinale de 95% par rapport à tous les antigènes dans chaque zone du pays;
  - c) veiller à ce que toutes les mesures nécessaires pour interrompre la transmission de la rougeole soient en place, notamment les opérations de ratissage, ainsi que le renforcement de la surveillance et des enquêtes complètes de cas;
  - d) démarrer des activités concernant l'endiguement de tout matériel de laboratoire pouvant abriter des spécimens de poliovirus sauvage de sorte à pouvoir arriver à la certification mondiale de l'éradication;
  - e) réaliser des évaluations multidisciplinaires périodiques de leur programme national de vaccination afin d'identifier toute contrainte pouvant entraver l'accès équitable aux mesures visant à lutter contre les maladies évitables par la vaccination;
  - f) veiller à ce que tous les vaccins utilisés par les programmes nationaux de vaccination soient conformes aux normes nationales et internationales.
2. De demander au Directeur de :
  - a) collaborer avec les Etats Membres concernant l'endiguement du matériel biologique pouvant abriter le poliovirus sauvage;

- b) soutenir les réseaux des autorités nationales et de laboratoires nationaux de contrôle pour veiller à ce que des vaccins de qualité fiable soient utilisés dans tous les pays;
- c) appuyer les évaluations du programme national en coordination avec d'autres partenaires de collaboration;
- d) appuyer les Etats Membres pertinents pour qu'ils puissent en tirer le maximum de bénéfices de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

*(Quatrième séance, 27 juin 2000)*