

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXIV Numéro 4

Protégez Votre Famille par la Vaccination

Août 2012



Les Activités Intensives pour la Santé de l'Enfant en Haïti

En juin dernier, le ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti a conclu avec succès ses activités intensives pour la santé de l'enfant (AISE). Au total, 3 045 529 doses de vaccin anti-poliomyélitique oral (VPO) ont été administrées aux enfants de neuf ans ou moins, et 2 938 863 doses de vaccin anti-rougeoleux et antirubéoleux (RR) ont été administrées aux enfants de neuf mois à neuf ans. En outre, 1 210 438 capsules de vitamine A au total ont été administrées aux enfants de six mois à six ans, de même que 1 352 789 comprimés d'albendazole aux enfants de deux à neuf ans.

Dans le cadre des efforts visant à réaliser une couverture vaccinale homogène, on a tenu plus de 1500 activités de suivi rapide de la couverture, incluant des entrevues avec un total de 68 715 personnes responsables d'enfants de moins de neuf ans. De plus, on a mené durant la même période des recherches actives en milieu institutionnel et communautaire visant à découvrir des cas présumés de poliomyélite, de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale. En août 2012, une enquête de couverture a été lancée, avec l'appui des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis.

Ces activités de vaccination intensives, qui ont commencé en avril 2012, ont contribué de manière importante au programme de vaccination d'Haïti, en constituant les premières étapes du renforcement des activités de vaccination systématique.



Un enfant est vacciné durant les activités intensives pour la santé de l'enfant en Haïti.

Les résultats sont dus à l'engagement et au dévouement des agents de santé haïtiens, ainsi qu'au leadership et au dévouement du ministère de la Santé et des équipes techniques qui ont mis ces activités en œuvre. Les prochaines étapes sont l'introduction de nouveaux vaccins, à commencer par le vaccin pentavalent (DTC-Hib-HépB) en septembre 2012, l'accroissement de la couverture pour tous les vaccins et le renforcement de la surveillance épidémiologique. À moyen terme, le pays s'attend à disposer d'un programme de vaccination solide et de qualité, qui pourra servir de porte d'entrée pour l'accès à d'autres services de santé primaires. ■

Dans Ce Numéro

- 1 Les Activités Intensives pour la Santé de l'Enfant en Haïti
- 1 Fiches d'information de l'OMS sur les taux de réaction aux vaccins
- 2 Atelier international sur les opérations de la chaîne du froid au Nicaragua
- 2 Atelier sur la détection de la rougeole et de la rubéole à l'aide de la méthode RT-PCR en temps réel et du séquençage
- 4 Nouvelles brèves
- 5 El Salvador promulgue une loi sur les vaccins
- 7 Classification finale des données de surveillance de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, 2011
- 8 Dr Cláudio Marcos da Silveira : In memoriam

Fiches d'information de l'OMS sur les taux de réaction aux vaccins

Le Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS a créé ces fiches dans le cadre de son domaine prioritaire consistant à appuyer l'introduction de vaccins dans les États Membres. Les fiches d'information donnent des détails sur les taux de réaction à certains vaccins, qu'il s'agisse d'antigènes seuls ou d'antigènes combinés au sein d'un même produit.

Ces fiches sont surtout destinées à l'usage des responsables nationaux de la santé publique et des responsables des programmes de vaccination, mais peuvent s'avérer utiles à d'autres personnes que ce type d'information intéresse. Les données tirées de ces fiches peuvent servir à l'évaluation d'événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) qui sont signalés lors des activités des programmes nationaux de vaccination, mais aussi à la préparation de matériel de communication portant sur des vaccins précis.

Ces fiches d'information comportent un bref résumé décrivant un vaccin en particulier. Elles comprennent aussi des détails relatifs aux réactions négatives, légères et graves (locales et systémiques), survenues à la suite de la vaccination. On a également inclus des taux prévus de réaction au vaccin si ces derniers existent dans la littérature publiée à ce sujet.

Grâce à une étroite collaboration avec le Projet de vaccination intégrale de la famille (FCH/IM) de l'OPS, ces fiches sont également disponibles en espagnol : http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/vaccinfosheets/es/index.html ■

GUIDE TO THE WHO INFORMATION SHEETS ON OBSERVED RATES OF VACCINE REACTIONS



Background

An important part of good vaccine safety surveillance is to collect and analyse reports of AEFI. An AEFI is defined as any untoward medical occurrence which follows immunisation but which does not necessarily have a causal relationship with the usage of the vaccine. The adverse event may be any unfavourable or unintended sign, abnormal laboratory finding, symptom or disease. AEFIs are classified as follows:

Vaccine product-related reaction:
An AEFI that is caused or precipitated by a vaccine due to one or more of the inherent properties of the vaccine product.

Example: Stomach pain following DTP vaccination.

Vaccine quality defect-related reaction:

AEFI is caused or precipitated by a vaccine that is due to one or more quality defects of the vaccine product resulting in administration error as provided by the manufacturer.

Example: Failure by the manufacturer to completely inactivate a lot of reconstituted polio vaccine leads to cases of paralytic polio.

Immunisation error-related reaction:

AEFI is caused by inappropriate vaccine handling, prescribing or administration and thus by its nature is preventable.

Example: Transmission of infection by contaminated vial.

Immunisation anxiety-related reaction:

AEFI arises from anxiety about the immunisation.

Example: High fever/convulsion in child after routine (timely) vaccination.

Coincidental event:

AEFI is caused by something other than the vaccine product, immunisation error or immunisation anxiety.

Example: If an occurs at the time of the vaccination (temporal association) but is caused by mumps.

Coincidental events reflect the natural occurrence of health problems in the community with common problems being frequently reported, whereas particularly severe problems cause concern. In most cases unless a specific diagnosis is made, it is difficult or impossible to definitively determine that the occurrence is not due to the vaccine or the immunisation process.

What each information sheet contains

Each information sheet provides details on a single antigen vaccine or combination product. It comprises a short summary of the vaccine product in common use, and the rates of mild and severe adverse events (local and systemic) following immunisation. Where possible the information presented includes an attributable rate, but more often it includes background incidence of the event.

How to use the information sheets

The following steps should be followed when using the information contained in these sheets:

1. Determine the observed rate of an AEFI as ascertained by your surveillance system - before the vaccine, the event, the ages of the vaccinees.
2. If the background rate of that adverse event is known in the same community, then this can be deducted from the observed rate to give an attributable rate.
3. Compare this rate with the "expected adverse event rate" which is contained in the information sheet.
4. If the background rates are well known compare the AEFI rate (per system) with the "expected rate" for that particular event which is contained in this document.
5. Consider what "confounding" factors may influence the determination of these comparative rates (use caution factors to consider).
6. Make an assessment as to whether the rate following immunisation is greater than expected and if whether further investigation or epidemiological studies are required.
7. If the background rate is not particularly adverse event is not known in the same community this is often the case then one will need to compare the observed rate with the "expected rate" - if this is elevated then this may be due to an increase in the background rate and/or an increase in the vaccine reaction rate. Further studies may be required to differentiate these two factors.

Atelier international sur les opérations de la chaîne du froid au Nicaragua

Du 9 au 12 juillet 2012, un atelier international sur les opérations de la chaîne du froid a eu lieu à Managua, au Nicaragua. L'objectif principal de l'atelier était de former les responsables du PEV et les responsables de la chaîne du froid quant aux opérations de la chaîne du froid. Les autres objectifs de l'atelier étaient de transmettre des connaissances sur l'usage de nouveaux outils et de nouvelles technologies, de présenter des lignes directrices sur la gestion efficace des opérations de la chaîne du froid et de faire appel aux expériences régionales afin d'homologuer le texte du module sur la chaîne du froid que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) est en train de mettre à jour. Le but du module de l'OPS portant sur la chaîne du froid est d'aider les pays à planifier les opérations de la chaîne du froid et de la chaîne d'approvisionnement pour les cinq à dix prochaines années, en vue d'introduire de nouveaux vaccins et d'appuyer la croissance de leur population. La nouvelle Unité cinq au sein du module portant sur la chaîne du froid met l'accent sur les pratiques de gestion.

Au total, 30 participants venant du Belize, du Costa Rica, de Cuba, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras, du Mexique, du Panama et de la République dominicaine étaient présents, de même que 20 participants du pays hôte. Cinq membres du personnel de l'OPS, le responsable du PEV du Honduras et le responsable de la chaîne du froid du Brésil jouaient le rôle d'animateurs. Chaque pays a fait une présentation concernant la situation de sa chaîne du froid et les défis auxquels il devait faire face. Les animateurs ont fait des présentations couvrant les principaux sujets abordés dans chacune des cinq unités du module de l'OPS portant sur la chaîne du froid.

Par la suite, on a réparti les participants en cinq groupes de travail. Chaque groupe a examiné chaque unité du module, a discuté des enjeux présentés et a fourni des suggestions en vue d'homologuer chacune d'elles, y compris des recommandations quant à la façon d'améliorer les informations présentées. De plus, on a tenu une séance de questions et réponses avec le panel après l'exa-



Participants à l'atelier international sur les opérations de la chaîne du froid au Nicaragua, juillet 2012.

men de chaque unité de module. Après avoir examiné chaque unité, les participants se sont aussi vu demander de remplir un questionnaire afin de donner leurs réactions. Les résultats du questionnaire ont indiqué ce qui suit :

- La méthodologie employée pour conduire l'atelier était adéquate.
- Le niveau technique élevé des présentations ainsi que leur grande qualité ont facilité une approche intégrée entre les opérations de la chaîne du froid et les opérations de la chaîne d'approvisionnement.
- Les participants à l'atelier ont souligné l'importance des opérations de la chaîne d'approvisionnement pour ce qui est d'améliorer la gestion de l'entreposage et de la distribution des vaccins.
- La séance de questions et réponses avec le panel a été utile pour ce qui est de clarifier les questions en jeu.
- Les petits groupes de travail ont été perçus comme utiles et ont permis de partager les expériences vécues.
- Les participants ont été heureux d'avoir l'occasion de donner leurs commentaires et de suggé-

rer des révisions concernant la troisième édition du module de l'OPS portant sur la chaîne du froid.

- De nombreux participants étaient satisfaits de voir que le module serait mis à jour en incluant des informations sur ce qui suit :
 - » systèmes d'information destinés à la gestion ;
 - » gestion des ressources humaines ;
 - » entreposage et transport des seringues ;
 - » explications détaillées sur les opérations de la chaîne d'approvisionnement ;
 - » spécifications relatives aux chambres froides, aux réfrigérateurs et aux congélateurs.
- Les outils de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) présentés au cours de l'atelier ont fourni de nouvelles connaissances et de nouvelles approches destinées à renforcer les opérations de la chaîne du froid et de la chaîne d'approvisionnement. Plus important encore, on a perçu ces outils comme utiles pour appuyer l'introduction de nouveaux vaccins.

La troisième édition du module de l'OPS portant sur la chaîne du froid devrait être publiée au cours de l'année 2012. ■

Atelier sur la détection de la rougeole et de la rubéole à l'aide de la méthode RT-PCR en temps réel et du séquençage

Du 27 au 31 août 2012, l'atelier portant sur la détection de la rougeole et de la rubéole à l'aide de la méthode RT-PCR en temps réel et du séquençage a eu lieu à l'Institut national de diagnostic et de référence épidémiologiques (InDRE) à Mexico, au Mexique. Le but de l'atelier était de renforcer la capacité de réponse des laboratoires nationaux de rougeole/rubéole dans la Région des Amériques. Les objectifs de l'atelier étaient d'examiner la situation concernant l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région, et de donner aux participants une formation sur les

techniques relatives à la détection des virus de la rougeole et de la rubéole à l'aide de la méthode RT-PCR en temps réel et du séquençage.

L'atelier comprenait des présentations ainsi que des discussions techniques portant sur plusieurs sujets, y compris les suivants : mise à jour au niveau mondial et régional quant à l'élimination de la rougeole et de la rubéole, réseau régional de laboratoires de rougeole et de rubéole, approches moléculaires concernant la rougeole, approches moléculaires concernant la rubéole, contrôle de la qualité (CQ) relatif aux tests moléculaires :

méthode RT-PCR en temps réel et séquençage, vidéo sur l'introduction à l'analyse de séquence, MEGA 5.0, communication des données, démonstration de MeaNS, plans concernant RubNS, démonstration de GenBank et instructions pour les comités d'experts relatifs aux tests FTA. Il y avait également des exercices en laboratoire portant sur la méthode RT-PCR pour le génotypage de la rougeole, la méthode RT-PCR pour le génotypage de la rubéole, le nettoyage des produits de la réaction en chaîne de la polymérase et réactions de séquence, la méthode RT-PCR en

temps réel pour la rougeole, la méthode RT-PCR en temps réel pour la rubéole et l'introduction à l'analyse de séquence.

Résumé de l'atelier

Au cours de la séance d'ouverture, le Dr Cuitláhuac Ruiz Matus, directeur général adjoint de la surveillance épidémiologique du Mexique, a fait une brève présentation sur l'importance de la surveillance dans l'élimination de la rougeole et de la rubéole, en mettant l'accent sur l'expérience vécue au Mexique. Par la suite, le Dr Alberto Diaz, directeur général adjoint de l'InDRE, a commenté l'importance des laboratoires pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole, soulignant l'expérience vécue par le réseau de labo-

ratatoires du Mexique ainsi que le rôle de l'InDRE, qui sert de laboratoire de référence national.

Le Dr Tamara Mancero, au nom du Dr Philippe Lamy, représentant de l'OPS/OMS au Mexique, a présenté un résumé portant sur les progrès réalisés quant à l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région, commentant les effets de la vaccination, l'élimination de la transmission endémique des virus de la rougeole et de la rubéole, ainsi que le risque d'importation de ces virus dans les pays de la Région. Finalement, le Dr Jesús Felipe González, directeur général des services épidémiologiques du Mexique, a souligné l'importance de l'engagement du pays en ce qui a trait à la vaccination, à l'amélioration de la surveillance et à la réponse des laboratoires de

santé publique. Il a ensuite encouragé les participants à l'atelier, venant de 10 pays (Argentine, Chili, Colombie, Cuba, El Salvador, Honduras, Mexique, Nicaragua, Uruguay et Venezuela), à mettre en œuvre ces épreuves de laboratoire dans leurs laboratoires nationaux et à renforcer la capacité régionale à répondre au risque d'importations de virus. À la fin de la réunion, l'OPS a reconnu la contribution apportée par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et par l'InDRE au succès de cette réunion ainsi que les efforts réalisés par les laboratoires nationaux pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région des Amériques. ■

Recommandations principales

1. La surveillance en laboratoire de la rougeole et de la rubéole se fonde toujours sur la détection d'anticorps IgM spécifiques. Afin d'améliorer la sensibilité du diagnostic sérologique basé sur les échantillons recueillis durant les deux premiers jours de l'éruption cutanée, un échantillon adéquat pour la détection virale ou pour l'isolation du virus peut servir à accroître la certitude du diagnostic. On recommande ce processus pour les cas où on soupçonne fortement une infection, après que les données cliniques et épidémiologiques ont été prises en considération.
2. Pour que les buts fixés à l'échelle nationale en matière d'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) soient atteints, les laboratoires devront mettre l'accent sur certaines des recommandations formulées lors de la réunion d'Atlanta en 2011, à savoir :
 - » Les laboratoires devront se servir des Lignes directrices 2012 de l'OPS pour les laboratoires ainsi que du registre des cas sporadiques (appendice 3 des Lignes directrices pour les laboratoires) pour obtenir des conseils quant à la façon de déterminer si des analyses additionnelles sont nécessaires.
 - » Les laboratoires nationaux devront demander conseil aux laboratoires de référence régionaux (LRR) et au Laboratoire spécialisé mondial (LSM) quant à la classification des cas, au besoin. En accord avec ces laboratoires et avec l'OPS, il faudra soumettre des données et des échantillons appropriés aux LRR ou à d'autres laboratoires du réseau pour qu'ils effectuent des analyses additionnelles. Celles-ci devront inclure une confirmation des résultats positifs de l'IgM au besoin, ainsi que d'autres analyses telles que l'avidité, la réaction en chaîne de la polymérase en temps réel et le séquençage (appendices 1 et 2 des Lignes directrices)
3. Les laboratoires devront être au courant de toute l'information pertinente nécessaire à la classification des cas, et pas seulement des résultats des analyses de laboratoire. Cela inclut le moment le plus approprié pour effectuer divers tests diagnostiques de même que l'efficacité de ceux-ci dans des situations précises (par exemple leur valeur prédictive positive ou VPP). Les laboratoires devront apporter ce type d'information lors de discussions avec les équipes d'épidémiologie portant sur la classification des cas.
4. Le personnel de laboratoire et le personnel épidémiologique devront se rencontrer au moins une fois par mois pour confronter leurs données, repérer les lacunes en matière de données et décider s'il est nécessaire de recueillir d'autres échantillons ou de procéder à d'autres analyses pour la classification des cas, en se servant de toutes les données cliniques, épidémiologiques et de laboratoire disponibles. Durant cette réunion, l'équipe devra examiner la performance des indicateurs du système de surveillance, qui sont communiqués dans le bulletin hebdomadaire de l'OPS relatif à la surveillance de la rougeole et de la rubéole.
5. Les laboratoires nationaux et infranationaux devront travailler en étroite collaboration avec le personnel de terrain pour améliorer la collecte d'échantillons devant servir à la détection virologique de la rougeole ou de la rubéole. Le but est d'obtenir des informations sur le génotype viral pour au moins 80% des chaînes de transmission.
6. Les laboratoires devront atteindre et maintenir le niveau d'expertise technique nécessaire pour maintenir la capacité de surveillance en laboratoire et pour suivre l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC. Cette expertise devra inclure la mise en œuvre du nouveau test moléculaire servant à la détection virale de la rougeole et de la rubéole, afin d'aider à confirmer les cas.
7. Les laboratoires nationaux devront se servir de la méthode RT-PCR en temps réel pour la rougeole et la rubéole afin d'améliorer leur capacité à classer les cas, surtout lorsque l'analyse sérologique est peu concluante.
8. Les laboratoires nationaux devront être en mesure de réaliser les épreuves de génotypage RT-PCR pour la rougeole et la rubéole. Les laboratoires dotés de l'équipement requis pour effectuer des séquençages devront séquençer les produits de la réaction en chaîne de la polymérase et communiquer l'information relative à la séquence dans un délai de deux mois. Les laboratoires qui ne disposent pas de cet équipement devront expédier les produits de la réaction en chaîne de la polymérase au laboratoire de séquençage désigné.
9. Les laboratoires devront soumettre l'information relative à la séquence de la rougeole à MeaNS et l'information relative au génotype de la rubéole à l'OPS/OMS dans un délai de deux mois après avoir reçu l'échantillon. Les laboratoires qui ne disposent pas de l'équipement requis pour effectuer des séquençages devront permettre au laboratoire qui réalise le séquençage de soumettre les séquences en leur nom (ou d'être disposé à le faire) aux bases de données appropriées en temps opportun.
10. Tous les laboratoires qui ont participé à l'atelier devront effectuer les tests des comités d'experts FTA pour la rougeole et la rubéole et envoyer les résultats aux CDC et à l'OPS dans un délai de deux mois après la conclusion de l'atelier.
11. Les laboratoires devront élaborer des mesures internes de contrôle de la qualité pour les tests moléculaires qui incluent ce qui suit : maintenir un bon déroulement directionnel du travail, se servir de procédures opérationnelles normalisées (PON), se servir d'épreuves standards validées et d'ARN témoins, suivre la performance des épreuves relatives à la méthode RT-PCR, produire des données de séquence d'excellente qualité.
12. Les laboratoires sont fortement encouragés à se servir des contrôles standards pour la réaction en chaîne de la polymérase et des trousseaux standardisés que les CDC fournissent pour les tests moléculaires et la confirmation de l'isolation virale.
13. Tous les laboratoires nationaux devront créer un compte d'utilisateur dans MeaNS et se familiariser avec l'usage de cette base de données pour suivre les modes de transmission du virus de la rougeole.

Nouvelles brèves

La Colombie introduit le vaccin contre le papillomavirus dans le programme national de vaccination

En août 2012, le ministère de la Santé et du Bien-être social de la Colombie a introduit le vaccin contre le papillomavirus dans son calendrier national de vaccination afin de réduire considérablement l'incidence du cancer du col de l'utérus. À la suite d'une analyse des données actuelles disponibles et d'une étude coût-efficacité portant sur les vaccins contre le papillomavirus, le Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG) du ministère de la Santé ainsi que la Fédération colombienne d'obstétrique et de gynécologie, la Société colombienne de pédiatrie, la Fédération colombienne de périnatalogie, l'Institut national de santé et l'Institut national d'oncologie se sont accordés pour recommander l'inclusion du vaccin contre le papillomavirus dans le calendrier national de vaccination.

L'introduction du vaccin se fera en deux phases. La première phase a eu lieu en août 2012, pour les fillettes des écoles publiques et privées qui sont en quatrième année et qui ont neuf ans ou plus au moment de la vaccination. La seconde phase commencera en février 2013, pour les fillettes non scolarisées des régions urbaines et rurales (régions peuplées et difficiles d'accès). La planification devra prendre en compte les besoins de chaque localité sur les plans démographique, géographique et culturel afin de mettre en œuvre des stratégies garantissant l'adhésion au calendrier à trois doses.

L'approche intégrée de l'usage du vaccin contre le papillomavirus (prévention primaire), en plus du dépistage visant la détection précoce de lésions prénéoplasiques et néoplasiques du col de l'utérus (prévention secondaire) réduira considérablement l'incidence du cancer du col de l'utérus en Colombie au cours des prochaines décennies.

La République dominicaine introduit le vaccin antirotavirus dans son calendrier national de vaccination

Le 4 juillet 2012, la République dominicaine a introduit le vaccin antirotavirus dans son calendrier national de vaccination afin de prévenir la diarrhée chez les enfants et d'éviter les décès. L'introduction du vaccin a été annoncée lors du lancement officiel tenu à l'hôpital Santo Socorro. Le ministre de la Santé, le Dr Bautista Rojas Gomez, et la Directrice régionale de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Mirta Roses, ont administré les premières doses du vaccin à deux enfants âgés de deux mois.

Selon le Dr Rojas Gomez, le nouveau vaccin préviendra l'infection diarrhéique qui affecte presque tous les enfants durant les cinq premières années de vie. Le ministre a expliqué que

l'administration de ce vaccin oral dans tous les postes de vaccination du pays réduira aussi le nombre de visites pédiatriques et la congestion dans les hôpitaux. Le Dr Rojas Gomez a également affirmé que la République dominicaine est un pays de plus en Amérique latine qui inclut ce vaccin dans son programme de vaccination et a assuré que cela constituait une grande réussite.



Publication des recommandations de l'OMS quant à la vaccination interrompue ou retardée

Tous les programmes de vaccination du monde ont un calendrier national de vaccination qui précise l'âge auquel on doit administrer les antigènes. Mais comme nous le savons bien, la réalité se conforme rarement aux plans établis ! Inévitablement, des enfants et des individus arrivent en retard pour recevoir leur vaccin ou, pour une raison ou pour une autre, ne sont pas en mesure d'adhérer au calendrier habituel. Ces situations irrégulières peuvent s'avérer un défi pour les agents de santé, qui ne savent peut-être pas com-

ment y répondre. Si un enfant commence une série vaccinale en retard, combien de doses devra-t-on lui administrer ? Si une série vaccinale est interrompue, doit-on la recommencer depuis le début ou peut-on simplement la reprendre sans répéter la dernière dose ? La vision et stratégie 2006-2015 sur la vaccination dans le monde vise à protéger un plus grand nombre de personnes en allant au-delà du groupe cible traditionnel en matière de vaccination. Cela inclut les personnes qui se retrouvent peut-être « hors calendrier ». Peu importe le moment où les enfants et les individus entrent en contact avec les services de vaccination, il est important de vérifier leur statut vaccinal et de leur fournir les vaccins dont ils ont besoin ou qu'ils ont manqués. Afin de guider les programmes nationaux, l'OMS a consolidé ses recommandations relatives à la vaccination interrompue ou retardée en un seul tableau récapitulatif

On peut se procurer ces recommandations à l'adresse suivante :

http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/index.html



Le Guatemala célèbre la Journée mondiale contre l'hépatite

Pour la deuxième année consécutive, le Guatemala s'est joint à la célébration de la Journée mondiale contre l'hépatite en juillet 2012. Comme exposé dans la résolution WHA63.18, adoptée durant la 63e Assemblée mondiale de la Santé, le pays a mis en œuvre des stratégies visant à informer la population et à la sensibiliser quant à l'hépatite virale comme problème de santé publique afin de promouvoir la mise en œuvre de mesures de prévention et de lutte contre cette maladie.

À cette fin, on a mené les activités suivantes : 1) diffusion d'une entrevue informative à l'émission « Aujourd'hui avec les Nations Unies » à la radio officielle TGW 107,3 FM, 2) publication d'un article informatif dans un journal gratuit largement diffusé lu par plus de 600 000 personnes dans la région métropolitaine de la ville de Guatemala, et d'un autre article dans la section Vie saine du journal Prensa Libre, le journal ayant le plus grand tirage au pays, 3) diffusion d'informations sur l'hépatite par le moyen du site Web et des bulletins d'information du ministère de la Santé, 4) vaccination des étudiants en médecine de troisième année de l'Université San Carlos de Guatemala, avant le début de leurs stages cliniques et 5) examen de la couverture vaccinale réalisée grâce à la dose de vaccin contre l'hépatite B reçue dans un délai de 24 heures après la naissance chez les nouveau-nés, évaluation menée conjointement par le programme de vaccination du ministère de la Santé et l'Administration de la sécurité sociale.



On a inclus la dose de vaccin contre l'hépatite B reçue à la naissance dans le programme national de vaccination du Guatemala en 2010 ; pour les nourrissons, le vaccin contre l'hépatite B fait partie du vaccin pentavalent utilisé depuis 2005. L'OPS/OMS – Guatemala continuera de travailler de concert avec le pays pour coordonner les efforts visant à prévenir l'hépatite virale en améliorant l'assainissement ainsi que l'accès à l'eau potable et à des aliments non contaminés, de même qu'en accroissant la couverture réalisée grâce au vaccin contre l'hépatite B, en particulier chez les nouveau-nés et les groupes cibles à risque.



El Salvador promulgue une loi sur les vaccins

Historique du Programme élargi de vaccination à El Salvador

Le Programme élargi de vaccination (PEV) de la Région des Amériques a été officiellement établi en 1977, par le moyen d'une résolution du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). En vertu de la résolution sur le PEV (CD25.R27), les États Membres de l'OPS se sont engagés à travailler de concert avec l'OPS pour formuler des plans à long terme visant à renforcer les activités de vaccination et ont autorisé l'élaboration de lignes directrices pratiques pour la création de programmes nationaux de vaccination (entre autres activités). Même si, à El Salvador, des activités de vaccination sont menées depuis le début du 20^e siècle, le PEV national de El Salvador a été officiellement établi en 1986.

En 1985, avec l'appui d'organisations internationales (l'OPS/OMS, l'Agence des États-Unis pour le développement international, Rotary International, l'UNICEF et autres), on a lancé des campagnes de vaccination visant à accroître la couverture vaccinale.¹ À cette époque, la rougeole, la polio, la diphtérie et le tétanos néonatal et adulte figuraient parmi les 10 principales causes de morbi-mortalité dans le profil épidémiologique du pays. En 1987, l'OPS a approuvé un plan d'action selon lequel l'El Salvador financerait 80% des coûts du PEV.² Cette même année, le PEV de El Salvador a mené trois campagnes de vaccination (entre février et avril).³ Au cours des années suivantes, les campagnes se sont poursuivies et ont été la source de succès majeurs pour le PEV de El Salvador.

En 1990, durant la Sixième réunion centre-américaine visant à évaluer les progrès du PEV, El Salvador était l'un des quatre pays où le taux de couverture du VPO³ était $\geq 80\%$ dans les municipalités, parmi les huit pays participants.⁴ Par suite des progrès réalisés, El Salvador, ainsi que d'autres pays des Amériques, a été certifié exempt de polio en 1994.

En 1995, le ministère de la Santé, de concert avec le ministère de l'Éducation, a créé et lancé le programme Écoles saines. Le but du programme était de fournir des soins préventifs à grande échelle aux écoliers, en mettant l'accent sur la vaccination, les programmes de soins dentaires et ophtalmologiques et l'assainissement de l'environnement, afin de prévenir l'abandon scolaire et d'améliorer le rendement à l'école. Cette même année, le Centre national de produits biologiques, financé par le gouvernement espagnol, a été fondé et équipé afin de garantir une conservation optimale et une distribution en temps opportun des vaccins. On a aussi mis en place un programme de santé préventive ; celui-ci couvre, sans frais, tous les enfants de moins de 12 ans et les femmes en âge de procréer.

En 2000, on a poursuivi le processus de modernisation sanitaire en redéfinissant les fonctions du système de santé afin de former le Système de santé complet de base (SIBASI, son acronyme espagnol). Le SIBASI vise à obtenir une participation active de la part des citoyens (participation sociale) et à décentraliser les services de santé. En 2001, le pays a été touché par deux tremblements de terre, qui sont survenus le 13 janvier et le 13 février. En dépit de ces terribles catastrophes naturelles, qui ont causé de lourds dommages à l'infrastructure sanitaire, la campagne de suivi pour l'élimination de la rougeole, qui visait les enfants de moins de 5 ans, a eu lieu au cours du mois de février.

En 2004, un accord spécifique sur les vaccins et la vaccination entre le ministère de la Santé et l'Institut salvadorien de sécurité sociale a été préparé et signé, en vue de renforcer la disponibilité des fournitures servant à la vaccination.

En 2009, l'OPS a mené une évaluation internationale du Programme élargi de vaccination (PEV) en El Salvador. L'objectif général de cette évaluation était de « déterminer la capacité et les besoins du Programme national des vaccins et de la vaccination de El Salvador, de répondre aux défis posés par la lutte contre les maladies ainsi que leur, élimination et éradication, de passer d'un programme de vaccination infantile à un programme familial et d'introduire de manière durable de nouveaux vaccins. »⁵ À la suite de cette évaluation, on a élaboré un rapport technique contenant des observations et des recommandations pertinentes, de même qu'un Plan d'action pluriannuel 2010-2014 visant à mettre

en œuvre ces recommandations et à renforcer le PEV de El Salvador. L'une des recommandations de l'évaluation, et un élément du Plan pluriannuel, était de « promouvoir une législation qui assure la durabilité du Programme » et d'encourager l'approbation d'un projet de loi sur les vaccins qui existait depuis 2002.

Loi sur les vaccins

En 2002, à la suite d'une recommandation du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination, El Salvador a réalisé une analyse du PEV national et s'est rendu compte que le programme ne disposait pas de son propre budget pour l'achat de

vaccins. De plus, il devait demander un budget supplémentaire pour payer la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et pour faire en sorte que la vaccination soit universelle et équitable.

Pour les raisons mentionnées ci-dessus, l'Association salvadorienne des maladies infectieuses et l'Association pédiatrique de El Salvador, en collaboration avec le PEV et avec l'appui technique de l'OPS/OMS et de l'UNICEF, ont préparé un premier avant-projet de loi sur les vaccins.

Entre 2006 et 2012, l'avant-projet de loi sur les vaccins a été envoyé à l'Assemblée législative à trois reprises. Les deux premières fois, le Groupe consultatif technique national sur la vaccination a présenté l'avant-projet et la dernière fois, ce sont l'Association salvadorienne des maladies infectieuses et l'Association pédiatrique de El Salvador qui l'ont présenté. Dans ce pays, on considère ces deux associations comme les champions de cette loi.

Le groupe de travail qui a préparé l'avant-projet (lequel est plus tard devenu loi) comprenait des membres de l'Association salvadorienne des maladies infectieuses, de l'Association pédiatrique de El Salvador, du ministère de la Santé ainsi que de la Commission sanitaire de l'Assemblée. Cet avant-projet a été accepté par la Commission sanitaire de l'Assemblée législative et un projet de loi a été proposé. Finalement, la loi sur les vaccins a été promulguée au moyen du décret législatif no 1013 le 29 février 2012, et elle a été publiée dans le Journal officiel, no 58, volume 394, le 23 mars 2012. La loi no 1013, ou Loi sur les vaccins, établit et développe l'offre de services de santé, dont la vaccination de la population par l'intermédiaire du Système national de santé. La loi a pour but de faciliter l'achat et l'entreposage des vaccins ainsi que leur distribution, leur fourniture, leur prescription et leur administration à la population par l'intermédiaire du Système national de santé afin de réduire, de lutter contre, d'éliminer ou d'éradiquer les maladies évitables par la vaccination. De plus, cette loi vise à faire ce qui précède en mettant en pratique, de façon gratuite et obligatoire, le calendrier de vaccination aussi bien en temps normal que lors de catastrophes ou d'urgences sanitaires.

On s'attend aussi à ce que la loi sur les vaccins

1 « El Salvador accelerates EPI ». Bulletin informatif du PEV. 1985, Vol. VII, no 2 (p. 1).

2 « Eleven Plans of Action Approved ». Bulletin informatif du PEV. 1987, Vol. IX, no 3 (p. 4).

3 « National Vaccination Campaigns Carried Out and Planned for 1987 ». Bulletin informatif du PEV. 1987, Vol. IX, no 3 (p. 8).

4 « Progress in Central America ». Bulletin informatif du PEV. 1990, Vol. XII, no 6 (p. 2).

5 Evaluación Internacional: Situación de Vacunas e Inmunizaciones en El Salvador. Organisation panaméricaine de la Santé. 2009.

renforce l'achat de vaccins par le moyen du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, crée un poste budgétaire pour l'achat de vaccins et de seringues et exempte le PEV de la TVA. En outre, cette loi renforce le rôle consultatif du Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG) et attire

l'attention sur les conflits d'intérêts potentiels chez ses membres. Finalement, la loi protège les actions de promotion et d'éducation de même que l'usage d'un système d'information unifié. La nouvelle loi sur les vaccins respecte d'autres critères, tels qu'énumérés au tableau 1.

Cette loi a été promulguée trop récemment pour

permettre d'en mesurer l'impact. Toutefois, on élabore actuellement les règlements qui s'y rattachent, et entre autres dispositions, la loi prévoit faire participer les médecins du secteur privé à des activités liées à la vaccination et à la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination. ■

Tableau 1. Critères auxquels répond la loi sur les vaccins de El Salvador

Critères déclaratifs		Article
Vaccination sans frais	Contraint le gouvernement à fournir une vaccination gratuite et universelle à tous ses citoyens. Définit la vaccination comme un bien public, que l'État garantit à tous.	Article 5
Vaccination obligatoire	Dicte le caractère obligatoire de la vaccination pour tous les citoyens.	Articles 4 et 17
Critères financiers		Article
Ligne budgétaire	Exige la présence d'une ligne budgétaire dans le budget national destinée à l'achat de vaccins et au financement du programme de vaccination.	Article 21
Exemptions de taxes et de droits	Garantit que l'importation de vaccins, de fournitures de vaccination et d'équipement servant à la chaîne du froid est exempte de taxes et de droits.	Article 24
Mécanismes d'approvisionnement et d'achat	Définit des procédures précises d'achat (par ex. le Fonds renouvelable de l'OPS) afin de garantir un approvisionnement en vaccins et en fournitures de vaccination sûrs, efficaces et fiables.	Article 22
Critères opérationnels		Article
Réglementation	Établit des normes et des règlements pour le programme de vaccination destinés à garantir que seuls des vaccins sûrs et efficaces sont utilisés.	Article 11 *
Calendrier de vaccination	Exige que l'on définisse un calendrier national de vaccination.	Article 4
Force exécutoire	Établit des sanctions relatives à la violation des dispositions de la loi (amendes, accès restreint aux établissements d'enseignement ou à certaines fonctions professionnelles, etc.).	Articles 26 et 27
Existence d'un Groupe consultatif technique national sur la vaccination	Institution légale d'un Groupe consultatif technique national sur la vaccination.	Article 7

Source : Trumbo et al. Journal of Public Health Policy [en cours de publication].

* dans les limites des fonctions du Groupe consultatif technique national sur la vaccination

El Salvador assermente son Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG)

Le 12 juillet 2012, la ministre de la Santé de El Salvador, le Dr María Isabel Rodríguez, a assermenté le NITAG nouvellement formé et légalement constitué. Le NITAG salvadorien, appelé Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones (CAPI), sera aussi lié par un guide de réglementation. Ce document de réglementation développe le chapitre III de la loi sur les vaccins, lequel expose dans les grandes lignes le but, la composition, le mandat et le fonctionnement d'un NITAG, en donnant des directives opérationnelles claires. Voici quelques aspects clés exposés dans la loi sur les vaccins et dans la réglementation du NITAG : le NITAG sera composé de représentants venant de diverses agences gouvernementales et de santé publique, les membres ont des mandats de trois ans et ne peuvent être réélus qu'une seule fois les membres du NITAG doivent révéler tout conflit d'intérêts potentiel et s'abstenir de voter sur les recommandations au sujet desquelles ils sont en situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent.

Ces réalisations illustrent comment le Programme de vaccination national salvadorien prend des mesures visant à renforcer le programme actuel et à en assurer la pérennité pour l'avenir. ■



Les membres du CAPI sont assermentés par la ministre.

Classification finale des données de surveillance de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, 2011

Pays	Total des cas présumés de rougeole ou de rubéole signalés	Rougeole confirmée			Rubéole confirmée			Syndrome de rubéole congénitale	
		Cliniquement	Laboratoire	Total	Cliniquement	Laboratoire	Total	Présumés	Confirmés
Anguilla	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentine	367	0	3	3	0	1	1	54	0
Aruba	...	0	0	0	0	0	0	...	0
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	84	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermudes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivie	264	0	0	0	0	0	0	22	0
Brésil	8979	0	43	43	0	0	0	78	0
Canada	...	0	803	803	0	2	2	...	1
Chili	493	0	6	6	0	1	1	91	0
Colombie	3803	0	6	6	0	1	1	277	0
Costa Rica	35	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	1144	0	0	0	0	0	0	0	0
Curaçao	...	0	0	0	0	0	0	...	0
Dominique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	134	0	2	2	0	0	0	0	0
Équateur*	2369	0	260	260	0	0	0	0	0
États-Unis	540	0	0	0	0	0	0	46	0
Grenade	21	0	5	5	0	0	0	...	...
Guadeloupe	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Guatemala	21	0	13	13	0	0	0	...	...
Guyana	283	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane française	81	0	0	0	0	0	0	0	0
Haïti	35	0	0	0	0	0	0	0	0
Honduras	86	0	0	0	0	0	0	41	0
Jamaïque	264	0	1	1	0	0	0	0	0
Îles Cayman	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	...	0	220	220	0	4	4	...	0
Îles Vierges (ÉUA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges (RU)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Martinique	10	0	3	3	0	0	0	...	...
Mexique	7594	0	3	3	0	0	0	0	0
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	186	0	0	0	0	0	0	0	0
Panama	263	0	4	4	0	0	0	0	0
Paraguay	607	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérou	1023	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Rico	...	0	0	0	0	0	0	...	0
République dominicaine	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sainte-Lucie	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Kitts-et-Nevis	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sint Maarten	...	0	0	0	0	0	0	...	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	29	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	56	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	807	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	29610	0	1372	1372	0	9	9	609	1

* Les données sur la rougeole pour l'Équateur sont encore préliminaires.

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

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

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

ISSN 1814-6260

Volume XXXIV, Numéro 4 • Août 2012

Éditeur: Carolina Danovaro
Éditeurs-adjoints: Nabely Castillo et Cuauhtémoc Ruiz Matus

© Organisation panaméricaine de la Santé, 2012.
Tous droits réservés.



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**

Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé



Projet d'immunisation intégrale de la famille

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

8 Bulletin d'immunisation

Volume XXXIV Numéro 4

Août 2012

Organisation panaméricaine de la Santé

Dr Cláudio Marcos da Silveira : *In memoriam*

Le Dr Cláudio Marcos da Silveira, un épidémiologiste brésilien qui a joué un rôle important dans la mise en place des programmes de vaccination dans les Amériques, est décédé le 28 août 2012 après avoir perdu son combat contre le cancer. Il avait 76 ans.

Le Dr Silveira a reçu son diplôme en médecine de l'Université fédérale des sciences de la santé de Porto Alegre en 1967 et a effectué sa résidence en psychiatrie à l'hôpital São Pedro. Peu après, il a commencé à s'intéresser à l'épidémiologie ; après avoir fait des études de cycles supérieurs en santé publique à l'Université de São Paulo, il a travaillé comme épidémiologiste médical au sein de l'Unité de contrôle épidémiologique du ministère de la Santé et de l'Environnement de l'État du Rio Grande do Sul, entre 1969 et 1975. De 1975 à 1978, il a dirigé l'Institut de recherche biologique, et a fait partie du groupe qui a préconisé l'usage du vaccin contre la polio ainsi que la surveillance épidémiologique au Brésil. Durant cette période, le Dr Silveira a également joué un rôle de consultant auprès de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au Bangladesh, en Amérique latine et en Somalie pour le Programme d'éradication de la variole. Au cours des années 1980, il a reçu un diplôme de maîtrise en sciences biologiques, a travaillé au sein du Pro-



gramme de lutte antipaludique en Amazonie, et a été secrétaire municipal à la Santé et aux Services sociaux pour sa ville natale, Porto Alegre.

Vers la fin des années 1980, il a rejoint l'équipe du Programme élargi de vaccination (PEV) au Siège de l'OPS à Washington, D.C. Durant ses années au Siège de l'OPS, il a collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre de plusieurs stratégies de vaccination ayant contribué à la lutte au niveau régional contre diverses maladies évi-

tables par la vaccination, ainsi qu'à leur élimination, notamment l'élimination régionale de la polio et de la rougeole. Il fut l'un des principaux architectes de la stratégie qui a permis d'éliminer le tétanos néonatal comme problème de santé publique dans la plupart des pays des Amériques.

Après avoir pris sa retraite de l'OPS en 1998, le Dr Silveira a continué de collaborer au travail de l'OPS comme consultant, notamment en aidant les pays d'Amérique latine et des Caraïbes à préparer le Plan d'action pour le confinement du poliovirus en laboratoire et à réaliser un examen des données portant sur les oreillons en Amérique latine et dans les Caraïbes afin de déterminer l'innocuité clinique de différents vaccins anti-ourliens. Parmi ses plus récentes activités en tant que consultant auprès de l'OPS, on note sa participation à des évaluations du Programme de vaccination des pays d'Amérique latine.

Le Dr Silveira aimait aussi son pays et fut heureux d'y retourner pour y travailler et y vivre jusqu'à son décès. Sa solide formation technique et scientifique, à laquelle s'ajoutaient sa bonté, son sourire spontané et son travail dévoué, font que son absence se fait déjà sentir parmi ceux qui ont travaillé avec lui, mais aussi dans le monde plus vaste de la santé publique. Il nous manquera beaucoup. ■