



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXVII, NUMÉRO 4 ► AOÛT 2006

- 1 XVII<sup>e</sup> réunion du GCT: recommandations finales
- 1 Réunion *Ad-hoc* d'experts pour établir les meilleures pratiques de la surveillance du SRC

## XVII<sup>e</sup> réunion du GCT - Protéger la santé des Amériques: de l'immunisation de l'enfant à celle de la famille

La XVII<sup>e</sup> Réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue à Guatemala City, au Guatemala, du 25 au 27 juillet 2006. Le GCT se réunit tous les deux ans et sert de forum pour conseiller les États Membres de l'OPS en matière de politiques de vaccination et d'efforts pour le contrôle des maladies. Un résumé des conclusions et recommandations du GCT telles que présentées dans le rapport final figure à la suite.

Le GCT a reconnu les progrès considérables accomplis par les États Membres depuis la dernière réunion en 2004. Cette année, la réunion a porté sur les nouveaux défis soulevés par la transition de l'immunisation de l'enfant à celle de la famille et l'agenda inachevé.

Le Dr Ciro de Quadros, Président du GCT, a ouvert la réunion. Il a été suivi par le Dr Rudy Eggers de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève, qui a réitéré l'appel en faveur d'une action pour l'élimination de la rubéole. Le Dr Mercy Ahun a parlé au nom de l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), soulignant le besoin de continuer à appuyer les pays les plus pauvres du monde. Le Dr Gina Tambini, Chef du secteur de la santé familiale et communautaire à l'OPS, a présenté aux participants une mise à jour sur le statut du suivi des recommandations de la réunion du GCT de Mexico en 2004. Des représentants d'institutions partenaires telles que les Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), GAVI, PATH, Sabin Vaccine Institute et l'UNICEF ont fait des déclarations de soutien aux programmes d'immunisation dans la Région. Le Dr Joxel García, Directeur adjoint de l'OPS et le Dr Marco Tulio Sosa, Ministre de la Santé du Guatemala, ont ouvert officiellement la réunion en remarquant l'importance de réaliser et maintenir des initiatives régionales telles que

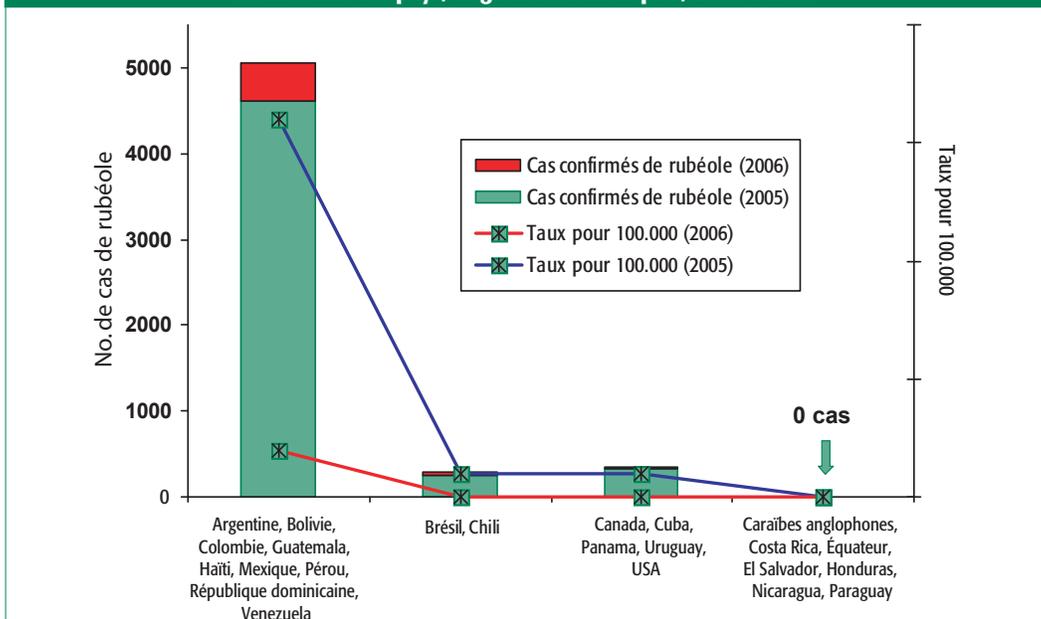
## Réunion du panel *ad-hoc* d'experts pour établir les meilleures pratiques de surveillance du SRC

Lors de la XVI<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination en novembre 2004, des recommandations ont été faites pour intensifier les progrès déjà accomplis dans la Région en vue d'éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC). L'une des recommandations principales était que l'OPS convoque une réunion d'un panel *ad-hoc* d'experts pour définir les meilleures pratiques de santé publique pour renforcer la surveillance du SRC.

Les stratégies d'élimination de la rubéole et du SRC mises en œuvre aux Amériques ont abouti à des progrès considérables jusqu'à ce jour. Alors que les pays avancent sur la voie de l'élimination, de nouveaux défis pour la détection de cas présumés du SRC sont devenus évidents. La qualité de la surveillance de la rubéole et du SRC demeure un défi essentiel.

La Réunion du panel *ad-hoc* d'experts pour établir les meilleures pratiques de surveillance du SRC s'est tenue à Washington, D.C., les 10 et 11 juillet 2006. Des experts d'Argentine, d'Australie, du Brésil, du Canada, du Costa Rica, d'Équateur, des États-Unis, d'Inde, du Mexique, du Nicaragua, du Pérou, du Royaume-Uni et du Venezuela ont présenté les enseignements tirés de leurs expériences. Des professionnels dans les domaines de l'ophtalmologie, la cardiologie et l'audiologie ont partagé leurs expériences de travail avec des enfants affectés par le SRC.

Figure 1. Cas confirmés de rubéole et taux (pour 100.000) selon la stratégie d'élimination mise en œuvre dans les pays, Région des Amériques, 2005 à 2006\*



\* comprend les données rapportées par les pays jusqu'à la semaine épidémiologique 26/2006.

Source: rapports des pays.

l'élimination de la rougeole et de la rubéole. Le Dr Jon Kim Andrus et le Dr Tambini ont servi de Co-Secrétaires *ad-hoc* de la réunion.

## Rubéole et syndrome de rubéole congénitale

Le GCT félicite les pays membres concernant les progrès significatifs obtenus en vue de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) avant 2010. Le nombre de cas confirmés de rubéole a diminué de 96,2% entre 1998 et 2005 (passant de 135 947 à 5209).<sup>1</sup> L'impact a été plus remarquable dans les pays qui ont vacciné les hommes et les femmes (0 cas de rubéole après les campagnes) comparés aux pays où seules les femmes ont été vaccinées (N = 254, taux = 0,1 pour 100 000). L'incidence de la rubéole a été plus marquée dans le groupe de pays qui n'ont pas encore mené de campagnes de vaccination (N = 4618, taux = 1,6 pour 100 000) (figure 1). En date de juin 2006, 37 (80%) des pays et territoires des Amériques avaient mené des campagnes de vaccination (représentant 75% de la population de la Région) et obtenu des couvertures supérieures à 95%. Les sept pays restants devraient terminer leurs campagnes d'ici juin 2007.

La surveillance globale de la rougeole et de la rubéole a été renforcée. À la semaine épidémiologique 26 de 2006, 97% des cas présumés ont été écartés à la suite des tests de laboratoire. Avant de mettre en œuvre la stratégie d'élimination, moins de 20% des cas de rubéole étaient confirmés par laboratoire ou lien épidémiologique; ce chiffre est passé à 96% en 2005.

Les sept indicateurs de surveillance auxquels le

<sup>1</sup> *Données provisoires à la semaine épidémiologique 28 de 2006.*

GCT de 2004 a adhéré sont les suivants: le pourcentage de sites rapportant hebdomadairement, le pourcentage de cas présumés avec une investigation épidémiologique appropriée, le pourcentage de cas avec un échantillon sanguin approprié, le pourcentage d'échantillons reçus par le laboratoire sous 5 jours, le pourcentage de résultats de laboratoire rapporté sous 4 jours, le pourcentage de cas écartés par le laboratoire, et le nombre de chaînes de transmission avec des échantillons représentatifs pour l'isolement du virus. Dans l'ensemble, la performance de trois de ces indicateurs est faible. Jusqu'à la semaine 26 de 2006, le pourcentage de cas avec une investigation appropriée n'était que de 78%, seuls 56% des échantillons arrivaient au laboratoire sous 5 jours et seuls 69% des résultats de laboratoire étaient rapportés sous 4 jours. De plus, très peu d'échantillons pour l'isolement du virus ont été prélevés à ce jour.

Les meilleures méthodes de santé publique sont en cours d'identification dans le but d'améliorer la surveillance du SRC au niveau des soins de santé primaire, de renforcer la capacité de diagnostic des déficiences dans les services de santé et d'assurer l'examen par des experts des cas présumés de SRC (voir article en page 1). L'objectif de la surveillance du SRC est de suivre les tendances, d'aider à identifier les réservoirs de transmission et de servir d'outil principal de plaidoyer. En 2005, 1952 cas présumés de SRC ont été rapportés et 20 ont été confirmés.<sup>1</sup> À la semaine épidémiologique 26 de 2006, 342 cas présumés de SRC ont été rapportés et un seul a été confirmé.

Des progrès ont été accomplis dans le développement de la capacité de laboratoire à détecter et isoler les virus de la rubéole, intensifiant ainsi la connaissance des génotypes endémiques dans la Région. Le génotype le plus fréquent est le 1C, suivi par le 1E et le 1g. Les deux derniers géno-

types ont été liés à des cas importés dans les investigations épidémiologiques. Toutefois, le nombre d'échantillons pour l'isolement du virus de la rubéole reste encore limité (en 2005, seuls 93 échantillons ont été prélevés pour isolement) et il devrait être considérablement augmenté pour mieux documenter les réservoirs de virus endémiques et les génotypes de virus importés.

Le GCT est préoccupé du fait que des résultats de laboratoire insuffisants sont notifiés dans les quatre jours qui suivent la réception de l'échantillon au laboratoire. Dans certains pays, la ponctualité de cet indicateur est affectée par le nombre de laboratoires sous-nationaux qui ne reçoivent pas suffisamment d'échantillons pour les analyser immédiatement. Ces laboratoires attendent d'accumuler les échantillons avant de les analyser afin d'éviter de gâcher leurs kits. Dans d'autres pays, l'indicateur est affecté par le retard à entrer le résultat de laboratoire dans la banque de données nationale.

### Recommandations:

#### 1. Stratégies de vaccination

- Conformément aux recommandations antérieures du GCT, tous les pays endémiques sont encouragés à conduire une seule campagne de vaccination de masse ciblant les hommes et les femmes et à obtenir une couverture égale ou supérieure à 95%.
- Le GCT recommande que les critères pour les campagnes de qualité élevée décrites ci-dessus soient incorporés dans la conception et la mise en œuvre des campagnes de vaccination de masse contre la rubéole. Les pays qui n'ont pas vacciné toutes les personnes susceptibles doivent analyser leurs données, en particulier pour identifier la population masculine exposée (dans laquelle la transmission durable peut se produire) qui devrait être vaccinée. L'OPS doit apporter son appui dans ce processus.
- Le GCT encourage les pays à documenter les expériences, les réussites et les enseignements tirés de leurs campagnes de vaccination de masse des adultes, afin de les partager avec d'autres pays. Ces enseignements seront utiles pour l'introduction du vaccin contre le VPH et éventuellement d'un vaccin contre le VIH/SIDA.

#### 2. Surveillance

- Il est nécessaire que la surveillance de la rougeole et celle de la rubéole soient complètement intégrées; les laboratoires intégrés constituent un aspect important de ce système de surveillance. Il faut mettre l'accent sur la surveillance active. À l'exception d'un contexte de flambée, tous les spécimens doivent être testés à la fois pour la rougeole et pour la rubéole.
- Les pays doivent s'assurer que les sept indicateurs respectent les normes recommandées. Il faut faire particulièrement attention à vérifier les groupes de cas présumés ainsi que les « zones muettes ».

## Comment obtenir l'élimination de la rubéole:

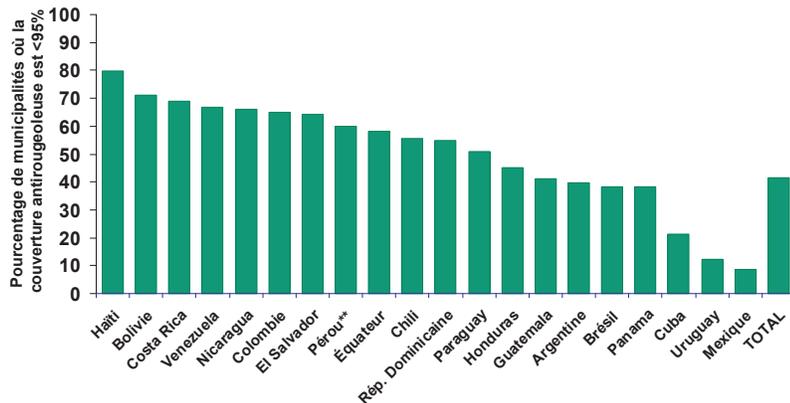
Parmi leurs efforts pour arriver à l'élimination, les pays doivent mener une seule campagne de masse, vaccinant à la fois les hommes et les femmes avec le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR) ou le vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux (ROR)<sup>1</sup>. Pour assurer l'exécution de campagnes de vaccination de la plus haute qualité, les critères suivants doivent être remplis :

- Il faut déterminer le groupe d'âge à vacciner en fonction de l'épidémiologie de la rubéole dans le pays, d'une évaluation de la population susceptible, de l'année de l'introduction du vaccin, des campagnes subséquentes de vaccination contre la rubéole et du besoin de protéger les femmes en âge de procréer.

- Des campagnes d'immunisation de qualité exigent la vaccination des femmes et des hommes, y compris des adultes susceptibles, et l'obtention de niveaux de couverture proches de 100% de la population ciblée.
- Il faut assurer un engagement et une participation majeurs des personnes politiques.
- La participation de toute la population requiert une mobilisation sociale intense et une micro-planification locale.
- Le système d'information doit être pratique et utile.
- Il faut qu'existe la capacité de détecter les préoccupations de sécurité et autres problèmes émergents pendant les campagnes de vaccination et d'y répondre rapidement

<sup>1</sup> *Il faut considérer les questions d'innocuité et d'approvisionnement/coût quant le vaccin ROR est utilisé.*

**Figure 2. Pourcentage de municipalités où la couverture vaccinale antirougeoleuse est inférieure à 95% chez les enfants âgés d'un an, Amérique latine, 2005\***



\* données provisoires \*\* données de couverture pour 2004

Source: rapports des pays au travers du formulaire conjoint OPS-OMS/UNICEF de notification (JRF).

## Vaccination systématique

Alors que la couverture rapportée au niveau national est élevée dans l'ensemble de la Région, une hétérogénéité de la couverture existe au niveau municipal et une proportion élevée de municipalités font état d'une couverture inférieure à 95% (figure 2). **Le GCT réaffirme la recommandation selon laquelle tous les pays doivent atteindre une couverture vaccinale égale ou supérieure à 95% pour tous les antigènes dans chaque municipalité.**

### 3. Laboratoires

- Il faut augmenter le nombre de spécimens cliniques prélevés pour isolement du virus afin de documenter les génotypes endémiques de la rubéole et l'interruption de la transmission endémique de la rubéole aux Amériques.
- Chez une femme enceinte, l'IgM ne doit être obtenu que lorsqu'il y a éruption ou contact avec une éruption ressemblant à la rubéole. L'IgM n'est PAS recommandé comme test prénatal systématique.
- Il faut encourager les tests sérologiques et virologiques de laboratoire de tous les cas présumés de SRC.
- Le GCT recommande que l'OPS passe en revue le réseau de laboratoires en faisant particulièrement attention aux réseaux sous-nationaux, afin d'identifier les points faibles éventuels et de proposer des actions correctives.

## Rougeole

L'absence de la transmission répandue du virus de la rougeole depuis novembre 2002 est la preuve du succès de l'initiative d'élimination de la rougeole aux Amériques. Toutefois, la circulation endémique du virus rougeoleux dans d'autres parties du monde place notre Région sous la menace constante d'importations. Parmi les 370 cas de rougeole notifiés aux Amériques entre janvier 2003 et avril 2006, 51% ont été positivement liés à une importation. Ces importations provenaient de toutes les autres Régions de l'OMS. Six flambées avec plus de 10 cas ont été détectées depuis 2003 (ordre = 10–108 cas).

Les pays doivent éviter de baisser la garde devant le risque d'importation de la rougeole et la réapparition potentielle de la transmission endémique de la rougeole. L'occurrence de cas de rougeole

parmi des enfants de 1 à 4 ans lors de flambées au Mexique et au Venezuela dénote un affaiblissement de la vaccination systématique. Des campagnes nationales de suivi qui auraient dû être conduites tous les trois à quatre ans ont été soit annulées soit reportées indéfiniment dans certains pays. Enfin, les indicateurs de la surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole ne montrent aucune amélioration, ou se sont détériorés. Alors que la couverture du vaccin antirougeoleux au niveau régional était de 93% en 2004, 42% des municipalités avaient une couverture inférieure à 95% – une indication que la couverture demeure inégale et que des poches importantes d'individus susceptibles existent dans notre Région.

### Recommandations:

- Les pays doivent identifier les municipalités dans lesquelles le taux de couverture du vaccin antirougeoleux est inférieur à 95% et formuler des stratégies pour atteindre et maintenir une couverture de l'ordre de 95%–100% dans chaque municipalité.
- Des campagnes nationales de suivi de haute qualité (atteignant une couverture égale ou supérieure à 95% dans chaque municipalité) doivent être menées tous les trois à quatre ans (plus tôt si une accumulation d'individus susceptibles supérieure à 80% d'une cohorte typique de naissances s'est produite), indépendamment du fait qu'une deuxième dose de ROR soit comprise ou non dans le calendrier national d'immunisation systématique. Ce n'est que dans le cas où une couverture supérieure ou égale à 95% pour chacune des deux doses de ROR est garantie dans toutes les municipalités que l'on peut envisager de renoncer aux campagnes de suivi.
- La vaccination de groupes professionnels à risque, tels que les travailleurs des secteurs des soins de santé, des transports et du tourisme, est recommandée et doit être vérifiée régulièrement

au moyen d'un processus formel établi.

- Tout résident des Amériques se rendant dans des zones où des cas de rougeole (ou de rubéole) ont été notifiés doit être vacciné contre la rougeole (et la rubéole) avant son départ. Il n'est pas conseillé d'exiger une preuve de vaccination des voyageurs arrivant aux Amériques.
- La surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole doit comprendre des institutions privées, y compris celles où se rendent les touristes, afin d'accroître la sensibilité et la détection ponctuelle des cas importés.

## Poliomyélite

L'hémisphère occidental a été déclaré exempt de la circulation du poliovirus sauvage autochtone en 1994 et le dernier cas de poliomyélite provoquée par un poliovirus sauvage a été détecté au Pérou en 1991. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) reste en place dans la Région des Amériques. Le taux de PFA continue d'être supérieur à 1/100 000 enfants âgés de moins de 15 ans et la proportion de spécimens appropriés se maintient à environ 80%. Le niveau de conformité au dernier indicateur souligne le besoin d'un organe indépendant pour aider chaque pays à classer les 20% restants des cas (environ 400–500 cas par an) sans spécimens appropriés.

La faisabilité de l'éradication mondiale de la polio dans un avenir proche a été réaffirmée à Genève en 2005 par le Comité consultatif sur l'éradication de la polio (CCEP) et lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006. La transmission de la polio autochtone se produit toujours au Nigeria, en Inde, au Pakistan et en Afghanistan, alors que plusieurs autres pays précédemment exempts de polio ont été récemment réinfectés. Ce sont certains pays africains, tels que l'Angola, qui ont des liens étroits avec les Amériques. Par conséquent, après avoir

été exempt de poliovirus sauvage pendant 15 ans, la Région des Amériques court un risque constant d'importations de la polio en provenance de pays où le poliovirus sauvage continue à circuler largement. Le nombre de cas de polio dans le monde était de 1255 en 2004 et de 1951 en 2005.

#### Recommandations:

- Le VPO demeure le vaccin de choix dans la phase finale de l'éradication mondiale de la polio.
- Afin de réduire le risque d'importations et de prévenir une autre flambée provoquée par un poliovirus dérivé du vaccin Sabin, les pays qui n'atteignent pas une couverture avec le VPO de égale ou supérieure à 95% dans toutes les municipalités doivent mener des campagnes annuelles de vaccination avec le VPO parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, indépendamment de leur état vaccinal.
- Les pays doivent maintenir une surveillance de la PFA de qualité élevée, renforcer le réseau de laboratoires antipoliomyélitiques et terminer la phase I de confinement en laboratoire du poliovirus sauvage d'ici la fin de 2006. L'OPS doit établir un panel d'experts pour examiner les rapports des pays sur le confinement en laboratoire et faire part de leurs commentaires aux pays. Tous les pays de la Région doivent maintenir une couverture vaccinale élevée contre la polio (au moins 95% des enfants âgés de moins de 5 ans dans chaque municipalité).
- Les pays doivent établir un groupe ou une commission d'experts au niveau national, qui examine minutieusement les cas compatibles avec la polio sans échantillons de selles adéquats. Chacun de ces cas doit faire l'objet d'un rapport écrit spécifiant la classification finale et les critères utilisés par le groupe d'experts pour déterminer cette classification.

### Nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés

Plusieurs nouveaux vaccins ont été développés au cours de la dernière décennie et plusieurs autres sont en cours de développement. Ces progrès extraordinaires de la biotechnologie doteront l'arsenal thérapeutique de plusieurs nouveaux vaccins et les pays devront affronter un défi majeur: comment les incorporer dans leurs programmes nationaux d'immunisation lorsque nécessaire.

Les pays sont par conséquent encouragés à revoir les critères pour l'introduction de nouveaux vaccins et à appliquer les enseignements tirés de l'introduction d'autres vaccins, tels que l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib) et l'hépatite B. Les études sur la charge de morbidité et l'analyse économique, ainsi que plusieurs autres activités, sont essentielles au processus de prise de décision. En ce qui concerne les nouveaux vaccins contre le rotavirus, le pneumocoque et le VPH, la principale activité consiste à coordonner la

collaboration avec des organisations et des groupes ayant déjà développé des plans pour le contrôle de la diarrhée, des maladies respiratoires aiguës et du cancer du col de l'utérus.

Étant donné que le prix de ces nouveaux vaccins sera considérablement plus élevé que celui des vaccins traditionnels de l'enfance, leur introduction devra être fondée sur des preuves de leur coût-efficacité. À cette fin, l'OPS développe une méthodologie pour la formation des responsables des programmes nationaux d'immunisation à l'évaluation du coût-efficacité de ces nouvelles technologies. Cette initiative est appelée Pro-Vac et sera lancée en septembre 2006, avec un atelier régional qui se tiendra à Washington, D.C.

#### Recommandation:

- Les pays doivent mener des analyses économiques servant à étayer l'évaluation de l'introduction de mesures d'intervention. Ces analyses doivent suivre les méthodologies normalisées pour la comparaison des résultats, conformément à l'initiative Pro-Vac de l'OPS.

### Recommandations pour les nouveaux vaccins et les vaccins sous-utilisés:

#### 1. Rotavirus

- Tous les pays de la Région doivent mener une surveillance hautement sensible et normalisée de la diarrhée par rotavirus dans les hôpitaux sentinelles d'ici la fin de 2006 dans l'objectif de caractériser le profil épidémiologique et la charge de morbidité dans la Région et d'obtenir des données permettant de prendre des décisions fondées sur les preuves concernant l'introduction du vaccin.
- Tous les pays doivent envoyer les données de la surveillance des diarrhées à rotavirus au système régional de surveillance de l'OPS sur une base mensuelle afin qu'elles soient consolidées au niveau régional et partagées avec les pays membres.
- Une grande proportion des cas de diarrhée hospitalisés ne correspond pas à la définition normalisée proposée de la maladie. L'OPS doit aider les pays à mieux comprendre la définition normalisée et promouvoir une large distribution des directives et la formation des professionnels de la santé à son usage.
- Les pays doivent évaluer leur capacité de chaîne du froid à tous les niveaux, les calendriers de vaccination et la disponibilité des ressources humaines et ils doivent envisager la formation des prestataires de soins à l'usage de ce vaccin comme mesure préalable à son introduction.

#### 2. Pneumocoque

- En fonction des directives qui seront préparées, les pays devront mener la surveillance épidémiologique des pneumonies et des méningites chez les enfants âgés de moins de 5

ans pour évaluer la charge de morbidité et son profil dans la population.

- L'OPS devra appuyer l'expansion de la capacité du réseau de laboratoires développé avec le projet SIREVA original pour renforcer sa capacité à sérotyper les souches isolées des pneumocoques.
  - L'appui à la surveillance du pneumocoque constitue une priorité de haut niveau et le soutien apporté par l'OPS doit se poursuivre au-delà de la période biennale couverte par la subvention actuelle.
- #### 3. Virus du papillome humain
- Le GCT reconnaît le travail qu'accomplit l'OPS en adoptant une approche régionale de l'introduction du vaccin contre le VPH et recommande résolument qu'elle poursuive ce processus. Le GCT encourage les pays à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer l'introduction rapide du vaccin, en particulier dans les pays dont les programmes de dépistage sont faibles.
  - L'OPS doit convoquer une réunion *ad-hoc* d'experts pour discuter des stratégies les plus appropriées et des outils les plus efficaces pour la surveillance du VPH en Amérique latine et dans les Caraïbes.
  - L'OPS doit appuyer la mise en œuvre de projets pilotes de surveillance du VPH dans certains pays membres afin de démontrer comment le système de surveillance deviendrait opérationnel, ses coûts et le système d'information requis.
  - L'OPS doit continuer à travailler avec ses partenaires et les fabricants pour assurer que les vaccins contre le VPH sont abordables et disponibles de manière équitable en Amérique latine et dans les Caraïbes.
  - Le GCT analyse les recommandations de la deuxième réunion sur le partenariat pour l'introduction du vaccin contre le VPH.
- #### 4. Fièvre jaune
- Les pays situés dans des zones enzootiques doivent considérer la fièvre jaune comme une priorité de santé publique et rassembler tout l'appui politique, technique et financier pour continuer à mettre en œuvre des plans nationaux pour la prévention et le contrôle de la fièvre jaune.
  - Il est essentiel de compléter la vaccination de toute la population résidant dans les zones enzootiques et dans les communautés d'où provient l'immigration vers les zones enzootiques. Le renforcement du système d'information et de l'analyse est crucial pour évaluer et suivre les plans afin de focaliser la vaccination dans les municipalités ou à faible couverture vaccinale.
  - Les trois pays qui ne l'ont pas encore fait doivent inclure le vaccin anti-mariol dans leur programme national de vaccination afin de l'administrer en

même temps que le ROR aux enfants atteignant un an.

- Les pays doivent continuer à améliorer la qualité et la sensibilité de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune. Dans les zones non enzootiques, les mesures de contrôle des flambées doivent être renforcées et comprendre une augmentation de la sensibilité du système de surveillance, une amélioration de la capacité d'une réponse adéquate aux flambées, le maintien d'un stock suffisant de vaccin au niveau national et le contrôle des vecteurs pour éviter la ré-urbanisation de la fièvre jaune.

#### 5. Grippe saisonnière

- Tous les pays doivent renforcer le système de surveillance pour déterminer la charge de morbidité de la grippe, le coût-efficacité de l'introduction du vaccin contre la grippe et son impact et pour décider de la meilleure stratégie de vaccination à utiliser et quand, en particulier dans les zones tropicales. L'OPS doit fournir et disséminer des directives sur l'usage du vaccin aux pays.
- Le GCT recommande que tous les pays établissent une politique de vaccination contre la grippe saisonnière qui vise à vacciner les enfants âgés de 6-23 mois, les agents de santé, les malades chroniques et les personnes âgées.
- Les pays utilisant le vaccin doivent produire des données de couverture vaccinale et documenter les expériences et les enseignements tirés du ciblage des groupes à risque élevé. Ceci sera utile pour les pays qui introduisent le vaccin et en cas de pandémie.
- L'OPS doit continuer à promouvoir des mécanismes pour le transfert de technologie afin d'accroître les capacités régionales en matière de production de vaccin et se tenir au courant de l'approvisionnement global.

#### 6. Pandémie de grippe

- Tous les pays doivent continuer à renforcer, actualiser et mettre en œuvre leurs plans de préparation à la pandémie de grippe. Il est essentiel que ces plans soient exécutés au niveau local. Le GCT encourage la mise en opération des plans des pays au moyen de l'exécution d'exercices pratiques à échelle locale.
- L'OPS doit continuer à organiser les ateliers pour la préparation des plans nationaux et stimuler l'échange d'information sur la préparation nationale au moyen d'exercices de simulation.

## Renforcement de la gestion des programmes

Les pays des Amériques ont employé plusieurs mécanismes pour gérer et superviser leurs programmes d'immunisation. Ces mécanismes comprennent

l'évaluation périodique des programmes, des plans d'action, des microplans au niveau local, des comités de coordination interinstitutions (CCI), des comités consultatifs nationaux d'immunisation, la supervision périodique, la rétroinformation au niveau local, comprenant les taux de couverture et les données de surveillance, l'évaluation périodique de la qualité des données d'immunisation, une rubrique budgétaire pour l'acquisition des vaccins et la bonne marche des programmes d'immunisation et la législation sur les vaccins. L'OPS suit régulièrement plusieurs de ces composantes en utilisant les tableaux annuels du PEV pour la collecte des données de la vaccination (connus également sous le nom de Formulaire conjoint OPS-OMS/UNICEF de notification-FCN ou *PAHO-WHO/UNICEF Joint Reporting Form-JRF*).

Une analyse de certaines composantes de gestion des programmes utilisant les données disponibles au niveau régional pour 2004 et 2005 a noté que la plupart des pays mènent des évaluations internes de leurs programmes. Bien que certains pays aient eu une évaluation internationale du PEV, le GCT note que le nombre de ces examens de programmes multidisciplinaires importants a diminué. De plus, tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont indiqué qu'ils disposent de plans d'action annuels et, pour la plupart, de plans quinquennaux; la majorité de ces plans sont partagés avec l'OPS. En 2005, 13 pays latino-américains et quatre pays des Caraïbes ont indiqué qu'ils avaient un CCI. En ce qui concerne les comités consultatifs nationaux d'immunisation, trois pays d'Amérique latine doivent encore créer ces comités. La plupart des pays ont soumis leurs tableaux PEV en mai, un mois après la date limite requise. Les pays ayant soumis leurs tableaux avec retard sont généralement ceux qui soumettent une information incomplète, ne comprenant que les données de couverture et/ou de morbidité. La rétroinformation au niveau local, comprenant habituellement au moins les données de couverture et de surveillance, semble être appropriée pour les pays qui notifient cette information.

En 2002, le GCT a recommandé que tous les pays utilisent les protocoles normalisés de supervision couvrant les composantes du programme et que des ressources financières suffisantes soient affectées à la mise en œuvre d'une supervision régulière. En 2004 et 2005, environ la moitié des pays latino-américains et des Caraïbes ont indiqué la proportion des municipalités supervisées au moins une fois par an. Pour ces pays, la supervision a pris place dans toutes les municipalités dans pratiquement 60% et 85%, respectivement, des pays latino-américains et des Caraïbes.

#### Recommandations:

- Les composantes indiquées dans la section de gestion du programme des tableaux PEV de l'OPS (*JRF for the Americas*) sont des outils éprouvés et doivent être intégralement exécutées et documentées par les pays.

- Les évaluations internationales de programme doivent être réalisées dans chaque pays au moins tous les trois ans.
- Le GCT réitère la recommandation précédente spécifiant que la supervision doit être renforcée à tous les niveaux du système de santé.

## Semaine de la vaccination aux Amériques

L'initiative annuelle de la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) a été approuvée par la résolution CD44.R1 du Conseil directeur de l'OPS de 2003. La SVA est fondée sur les principes d'équité, d'accès et de panaméricanisme. Cette initiative offre une opportunité de renforcer le programme de vaccination systématique, d'atteindre les populations vulnérables dont la couverture de vaccination est faible et de promouvoir la coopération régionale et aux frontières.

Dans ses quatre années d'existence, la participation à la SVA est passée de 19 pays au cours de sa première année (2003) à 40 pays et territoires en 2006. Ces pays ont incorporé les activités de la SVA dans leurs plans d'opération annuels.

Imitant l'expérience des Amériques, la Région de l'OMS pour l'Europe a lancé sa première semaine de la vaccination en octobre 2005 et la deuxième est prévue pour octobre 2006. En 2007, la semaine de la vaccination dans la Région de l'OMS pour l'Europe aura lieu en avril 2007, pour coïncider avec la SVA 2007.

#### Recommandation:

- La SVA doit être soutenue comme une stratégie régionale qui permet le renforcement du programme régional et la réduction des inégalités de la vaccination. Il faut poursuivre les efforts pour identifier et vacciner les populations vulnérables et mesurer l'impact des interventions dans ces groupes.

## Innocuité de la vaccination

Alors que l'incidence des maladies évitables par la vaccination diminue grâce à la mise en œuvre de programmes de vaccination efficaces, il faut accorder une plus grande attention aux manifestations indésirables supposément attribuables aux vaccins et à l'immunisation (ESAVI). Les ESAVI doivent faire l'objet d'une investigation complète afin de les éliminer ou d'établir une relation de cause à effet avec le vaccin. L'innocuité de la vaccination est une composante prioritaire des programmes d'immunisation. Son objectif est de garantir l'usage de vaccins de qualité, de pratiques sûres d'injection, le monitoring des ESAVI et le renforcement de partenariats avec les médias. Ces activités sont cruciales pour maintenir la crédibilité des programmes d'immunisation au sein de la communauté.

La définition d'une injection sûre est fondée sur

## Durabilité financière des programmes nationaux d'immunisation

Les vaccins de nouvelle génération contre les infections meurtrières aideront en dernier ressort les pays à atteindre les buts de « La vaccination dans le monde : Vision et stratégie » de l'OMS (GIVS) et les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM). Les pays devront relever le défi de maintenir les gains tout en complétant l'agenda inachevé consistant à atteindre tous les enfants, éliminer la rubéole et introduire de nouveaux vaccins quand il y a lieu. Pour réaliser ces objectifs, les pays auront besoin de fonds supplémentaires substantiels pour les programmes nationaux d'immunisation. L'OPS propose une stratégie régionale visant à :

- Réduire l'inégalité en atteignant ceux qui ne l'ont pas été dans des districts où la couverture est insuffisante;
- Poursuivre sans relâche les objectifs de réduction de la mortalité sur la voie de la réalisation des ODM et des buts décrits dans GIVS pour les maladies causées par le rotavirus et le pneumocoque, tout en renforçant les systèmes d'information et de surveillance;
- Appuyer la capacité nationale renforcée pour prendre des décisions fondées sur les preuves pour l'introduction de vaccins à travers des partenariats stratégiques avec des institutions clés au niveau mondial et régional;
- Opérer la transition de l'immunisation de l'enfance à celle de la famille;
- Accroître l'espace budgétaire pour l'affectation des ressources aux programmes nationaux d'immunisation; et

- Obtenir des niveaux sans précédent de participation au Fonds renouvelable de l'OPS pour l'acquisition de vaccins à travers une démonstration claire des avantages pour les pays.

Le leadership national dans l'immunisation et la santé publique est à un croisement. Les meilleures pratiques pour prendre et appliquer des décisions avisées en santé publique requièrent que les décideurs considèrent les données habituelles épidémiologiques, démographiques et gestionnaires. Les preuves pour évaluer l'équilibre entre les coûts économiques de la vaccination et l'épargne économique et les avantages pour la santé dérivés de la prévention des maladies sont également essentielles pour la prise de décisions responsable.

### Recommandations:

- Les pays doivent utiliser les outils et l'information disponibles pour l'analyse économique pour aider la décision sur le soutien des programmes nationaux d'immunisation et l'introduction de nouveaux vaccins. Les pays sont encouragés à participer à l'atelier Pro-Vac prévu en septembre 2006, organisé par l'OPS.
- Les pays doivent évaluer la législation et les réglementations existantes en matière de santé pour assurer que les lois nationales 1) encouragent l'immunisation de la famille à l'aide de dispositions spécifiques, y compris la vaccination gratuite et obligatoire; 2) reconnaissent l'importance de l'immunisation dans le budget de la santé et établissent des provisions spécifiques pour l'acquisition de vaccins; 3) contribuent aux faibles coûts de transaction pour l'acquisition des vaccins; et 4) créent un environnement de soutien à la production nationale de vaccins s'il y a lieu.

- Les pays doivent évaluer l'espace budgétaire pour l'introduction de nouveaux vaccins et étudier de nouvelles sources de financement durable pour l'immunisation, y compris de nouveaux impôts indirects sur les biens consommables ayant des impacts négatifs sur la santé.

- Le GCT encourage fermement les pays à intensifier leur participation au Fonds renouvelable, bénéficiant des épargnes provenant de l'acquisition de vaccins en grandes quantités, contribuant s'il y a lieu à l'approvisionnement de vaccins et de seringues, et partageant les atouts de l'immunisation en temps de crise, dans un esprit de panaméricanisme.

- L'OPS doit étudier les possibilités d'accroître la capitalisation du Fonds renouvelable à travers des négociations avec les partenaires, dont GAVI, ainsi que le don de fonds des pays membres.

- L'OPS doit continuer à appuyer les efforts régionaux et nationaux pour réduire les coûts de la chaîne d'approvisionnement de vaccins et améliorer la qualité et la ponctualité des opérations du Fonds renouvelable.

- Le GCT appuie fortement et est heureux d'apprendre la recommandation du Comité exécutif de l'OPS d'avaliser la Stratégie régionale de soutien des programmes d'immunisation aux Amériques. Le GCT recommande que le document qui sera présenté au Conseil directeur de septembre 2006 comprenne également une discussion de la situation de la capitalisation du Fonds renouvelable.

trois aspects essentiels: sécurité pour la personne recevant l'injection, sécurité pour l'agent de santé et sécurité pour la communauté et l'environnement. Ceci comprend l'usage de seringues jetables, de préférence des seringues autobloquantes (AB), l'élimination des déchets dans des récipients de sécurité et la gestion adéquate de ces matériels pour élimination finale par incinération.

Les agences nationales de réglementation (ANR) ont la charge d'assurer l'usage de vaccins sûrs et efficaces pour appuyer les programmes d'immunisation. Un nouveau défi pour les ANR est l'introduction sur le marché de nouveaux vaccins (contre le rotavirus et le papillomavirus humain) ni enregistrés dans le pays d'origine, ni utilisés précédemment dans d'autres pays.

### Recommandations:

- Les pays doivent renforcer leurs systèmes de notification et d'investigation des ESAVI. Ceci permettra la détection précoce et l'investigation adéquate. Établir une causalité et répondre rapidement à la population avec transparence aidera à maintenir la crédibilité des programmes d'immunisation.

- La coopération au niveau des pays entre le programme national d'immunisation et les ANR est essentielle pour monitorer les manifestations graves attribuées à de nouveaux vaccins afin de mieux apprécier l'innocuité des nouveaux vaccins.

- Les pays qui font partie du réseau de notification des manifestations graves dues aux nouveaux

vaccins doivent échanger l'information sur une base régulière de sorte qu'ils soient prêts à agir en cas de manifestations inhabituelles ou plus nombreuses que les taux escomptés. Les pays qui ne participent pas encore au réseau doivent y adhérer dès que possible. ■

**Note:** pour la version complète du rapport, veuillez contacter l'Unité d'immunisation à [fch-im@paho.org](mailto:fch-im@paho.org) ou consulter la page web de l'Unité à [www.paho.org/immunization..](http://www.paho.org/immunization..)

**AD-HOC MEETING** from page 1

L'objectif de la réunion était de développer les bonnes méthodes pour la détection et la surveillance de cas présumés de SRC dans la Région. Les participants à la réunion ont partagé les expériences et les enseignements tirés afin de produire des re-

commandations en vue d'une détection renforcée et d'une surveillance améliorée des cas présumés de SRC. Ils ont actualisé les directives existantes devant être disséminées parmi les agents de santé publique et ont également identifié les possibilités d'accroître la sensibilisation parmi les médecins et

autres agents de santé concernant la détection du SRC.

Le tableau qui suit récapitule les conclusions finales et les recommandations de la réunion.

Thèmes	Conclusions et recommandations
Objectifs de la surveillance du SRC	<p>Les principaux objectifs de la surveillance du SRC doivent comprendre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Les tendances du monitoring;</li> <li>L'évaluation de l'impact des programmes d'immunisation;</li> <li>L'identification des réservoirs de transmission;</li> <li>L'assistance pour développer ou modifier la politique programmatique, si nécessaire;</li> <li>La vérification de l'interruption de la transmission endémique du virus de la rubéole aux Amériques y compris l'identification des cas importés; et</li> <li>Son utilisation en tant qu'outil critique de plaidoyer.</li> </ol>
Malformations et observations clés chez un nouveau-né ou un nourrisson qui devraient alerter un médecin sur un cas présumé de SRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>La déficience auditive est l'anomalie la plus commune, suivie par des malformations cardiaques et oculaires.</li> <li>Les observations clés qui peuvent alerter un médecin comprennent: <ol style="list-style-type: none"> <li>Soupçon de déficience auditive par simple test d'observation;</li> <li>Sudation, palpitations, battements rapides du cœur et changements de la coloration de la peau pour les problèmes cardiaques; et</li> <li>Absence de réflexe de la conjonctivite.</li> </ol> </li> </ul>
Sensibilité et qualité de la surveillance du SRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une définition de cas sensible doit être appliquée en utilisant les observations/signaux clés qui peuvent être détectés au niveau des soins de santé primaires.</li> <li>Des directives cliniques et des outils pratiques doivent être développés pour usage au niveau des soins de santé primaires afin d'améliorer la détection des signaux/alertes concernant les déficiences auditives, les problèmes cardiovasculaires et les malformations oculaires.</li> <li>La sensibilisation des agents de santé, des étudiants de la santé, des communautés et des familles doit être intensifiée par la formation.</li> <li>La notification par postes sentinelles – y compris les hôpitaux secondaires et tertiaires, les cliniques spécialisées et l'usage de TORCHS<sup>1</sup> comme diagnostic différentiel – doit être renforcée.</li> <li>Le test sérologique et virologique de laboratoire de tous les cas présumés du SRC doit être encouragé.</li> <li>Des partenariats avec des spécialistes et le renforcement de la coordination interprogrammatique doivent être encouragés.</li> <li>La qualité et le flux de l'information doivent être maintenus à l'aide de la formation du personnel et du retour d'information à tous les niveaux des services de santé.</li> </ul>
Rôle du dépistage systématique pour certaines malformations telles que la déficience auditive ou le réflexe de la conjonctivite	<ul style="list-style-type: none"> <li>En raison des ressources limitées, de nombreux pays ne seront pas en mesure d'utiliser les test d'émission acoustique ou la réponse auditive du tronc cérébral. <b>Ces pays peuvent considérer l'usage de tests de base pour observation de l'ouïe.</b></li> <li>Le dépistage systématique des malformations majeures peut conduire au traitement et à l'intervention précoces. Ceci est particulièrement important pour les nourrissons ayant des déficiences auditives.</li> <li>L'auscultation systématique du cœur peut contribuer au diagnostic des malformations cardiaques congénitales.</li> <li>Une majorité des cataractes peut être identifiée en utilisant de simples techniques telles que le réflexe de la conjonctivite.</li> </ul>
Sensibilisation au SRC parmi les médecins et autres agents de santé dans les hôpitaux et établissements de soins primaires pour détecter les cas présumés de SRC dans leurs populations de malades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les agents de santé, y compris les étudiants dans des carrières sanitaires, doivent être formés aux signes et observations cliniques du SRC.</li> <li>Les promoteurs de la santé, les accoucheuses, les familles et les communautés doivent être formés sur la manière de détecter les signaux/alertes du SRC.</li> <li>Un plan de formation des agents de santé pour accroître la sensibilisation aux aspects cliniques, de laboratoire et épidémiologiques de la rubéole et du SRC doit être développé.</li> <li>Les matériels de formation doivent être conçus avec la participation de différents programmes de santé. De nouvelles technologies pédagogiques telles que l'apprentissage à distance et le « campus virtuel de santé publique » peuvent être utilisées.</li> </ul>
Systèmes pouvant être utilisés pour identifier les cas de SRC	<p>Les cas de SRC peuvent également être identifiés par:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>l'examen des registres nationaux de malformations congénitales et d'ECLAMC<sup>2</sup> pour les signes et les symptômes compatibles; et</li> <li>le renforcement de l'usage interprogrammatique de l'information de sources telles que les Systèmes d'information périnatale du CLAP<sup>3</sup> et les banques de données nationales relatives à la santé infantile et maternelle.</li> </ol>
Rôle du laboratoire dans la surveillance du SRC dans le contexte de l'élimination de la rubéole et du SRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>La confirmation des cas par le laboratoire est essentielle.</li> <li>Le prélèvement de spécimens pour l'isolement viral est nécessaire pour comprendre l'épidémiologie moléculaire et différencier entre transmission endémique et cas importés.</li> <li>La coordination entre les épidémiologistes et le laboratoire est vitale. Les deux groupes doivent participer pleinement aux activités relevant du système de surveillance</li> </ul>

1 TORCHS: *Toxoplasma gondii*; autres virus (VIH et autres); rubéole; cytomégalovirus; herpès simplex; et syphilis.

2 ECLAMC: Acronyme espagnol pour l'Étude collective latino-américaine sur les malformations congénitales.

3 CLAP: Acronyme espagnol pour le Centre latino-américain pour la périnatalogie, la santé de la femme et la santé reproductive.

IgM de la rubéole chez une femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IgM ne doit être obtenu QUE lorsqu'il y a une histoire d'éruption ou de contact avec une éruption ressemblant à la rubéole. L'IgM n'est PAS recommandé comme test prénatal systématique.</li> </ul>
Activités devant être coordonnées entre les secteurs d'épidémiologie et de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un guide pratique doit être développé concernant le prélèvement, la description et l'indication d'emploi des spécimens, et concernant l'interprétation des tests et résultats de laboratoire.</li> <li>• Un matériel de formation approprié doit être développé, y compris sur des thèmes tels que les manifestations cliniques, l'épidémiologie et le laboratoire.</li> <li>• Un groupe d'experts nationaux doit être formé qui réuniront régulièrement pour examiner l'épidémiologie en vigueur, évaluer le statut du programme de vaccination et résoudre les problèmes non réglés.</li> </ul>
Coordination des activités pour la rubéole et le SRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les activités de surveillance de la rubéole et du SRC doivent être coordonnées à tous les niveaux du système de soins de santé.</li> <li>• Un monitoring approprié des cas de SRC (y compris le diagnostic, le traitement et la classification) doit être assuré en désignant un coordinateur de la surveillance.</li> <li>• L'utilisation du système d'information appuyé par l'OPS doit aider à assurer la cohérence et l'opportunité de la collecte et de l'analyse des données.</li> <li>• Une équipe multidisciplinaire doit être établie pour évaluer et classer les cas présumés de rubéole et de SRC et évaluer régulièrement l'adéquation du système de surveillance.</li> </ul>
Rôle des non-médecins tels que le personnel d'audiologie et celui des écoles pour les sourds et/ou les aveugles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'inclusion du personnel s'occupant des enfants et des adultes sourds et/ou aveugles est importante lors de l'établissement d'un système de surveillance du SRC.</li> <li>• Le personnel peut être inclus dans les équipes et les réseaux multidisciplinaires pour disséminer l'information et la partager.</li> </ul>
Rôle des sociétés professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est nécessaire qu'un partenariat solide existe entre les institutions de santé publique et les sociétés professionnelles dans tous les pays.</li> <li>• La surveillance du SRC doit être encouragée à travers des congrès, des conférences, des pages web, des bulletins et des journaux de ces sociétés.</li> </ul>
Évaluation et monitoring de la surveillance du SRC pour une notification complète et la vérification de l'élimination de la rubéole et du SRC	<p>Trois aspects du système doivent être évalués périodiquement:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>État complet des notifications du SRC. Ceci peut comporter des recherches rétrospectives dans les hôpitaux secondaires et tertiaires et les écoles pour les sourds et les aveugles;</li> <li>Fonctionnalité et efficacité du système aux niveaux périphérique et national; et</li> <li>Évaluation de la qualité et de l'état complet des données, du prélèvement des spécimens et du transport.</li> </ol>
Mécanismes pour partager et disséminer l'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des réseaux composés de groupes de médecins, de sociétés professionnelles et académiques et d'ONG doivent être formés.</li> <li>• L'OPS doit assister ces efforts de dissémination de l'information sur le SRC.</li> </ul>

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 XXVIII, Numéro 4 • Août 2006

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Pan American  
Health  
Organization**



Regional Office of the  
World Health Organization

### Unité d'immunisation

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/immunization>

(Search: Immunization Newsletter)