



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXVII, Numéro 2

Protégez vos enfants par la vaccination

Avril 2005

Réunion du Comité de coordination inter-agences pour la vaccination, Guatemala, mars 2005: presser l'agenda inachevé de la vaccination

Les Comités de coordination inter-agences (CCI) pour la vaccination représentent depuis toujours un élément fondamental de la réussite des programmes d'immunisation dans la Région des Amériques. Les CCI canalisent les efforts des organismes internationaux, des gouvernements et de la société civile pour aider les pays à renforcer leurs programmes d'immunisation et contrôler les maladies évitables par la vaccination. Les CCI sont chargés de coordonner les contributions faites par les différents organismes. Ils passent en revue les progrès accomplis et les besoins en assistance supplémentaire. Ils jouent également un rôle critique pour l'exécution des Plans d'action en faveur de la vaccination.

En mars 2005, le Guatemala a été l'hôte d'une réunion du CCI. La réunion a rassemblé des autorités guatémaltèques influentes, dont le Ministre de la Santé et le Vice-ministre des Finances, ainsi

que des partenaires internationaux importants. La Directrice de l'Organisation panaméricaine de la Santé, le Dr Mirta Roses Periago, a également participé à la réunion. Comme elle l'a indiqué dans sa présentation, l'objectif principal de la réunion était de finaliser l'agenda inachevé d'immunisation, cette conviction qu'en dépit des pas de géant accomplis par la Région dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination (éradication de la poliomyélite, élimination de la transmission endémique de la rougeole), de nouveaux défis se font jour et beaucoup reste encore à accomplir. Les participants ont également reconnu que l'immunisation joue un rôle considérable pour atteindre l'Objectif de développement pour le Millénaire concernant la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle et qu'elle constitue un outil primordial pour la promotion du développement socio-économique.

Le Dr Roses Periago a félicité le Guatemala pour ses accomplissements en matière d'immunisation sur les 25 dernières années. En particulier, elle a fait l'éloge du pays au vue de l'introduction en 2005 du vaccin pentavalent¹ dans le programme d'immunisation infantile de ce pays. Le Dr Roses Periago a résumé comme suit les prochains défis: éliminer la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale des Amériques, soutenir les programmes d'immunisation alors qu'ils introduisent de nouveaux vaccins et réaliser l'équité en s'efforçant sans relâche d'immuniser tous les enfants. Le Dr Roses Periago a souligné l'importance des partenariats en matière de coopération externe et la mobilisation des ressources sous la tutelle du Ministère de la Santé.

Le Dr Roses Periago a exhorté les membres des CCI à promulguer une Loi sur la vaccination prévoyant une rubrique budgétaire pour les vaccins et les dépenses de fonctionnement du programme d'immunisation. Cette disposition contribuerait à la viabilité du programme et aiderait le Gouvernement du Guatemala à garantir le droit de sa population à la vaccination.

¹ Vaccin pentavalent: vaccin associé contre diphtérie-tétanos-coqueluche-*Haemophilus influenzae* type b-hépatite B.



De gauche à droite: le Dr J. Andrus, Chef de l'Unité d'immunisation de l'OPS, le Dr J. Molina Leza, Représentant de l'OPS/OMS au Guatemala, le Dr M. Roses Periago, Directeur de l'OPS, M. M. Tulio Sosa, Ministre de la Santé du Guatemala et le Dr E. Asturias, Conseiller en coopération internationale du Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala.

Dans ce numéro:

Réunion du CCI pour la vaccination, Guatemala, mars 2005: presser l'agenda inachevé de la vaccination	1
Évolution de la vaccination contre le virus du papillome humain	2
Calendriers de vaccination 2005 - Pays d'Amérique Latine	4

La vaccination et le VIH: le cas des Caraïbes anglophones	6
Directives pour la vaccination des personnes infectées par le VIH	6
Troisième semaine annuelle de vaccination des Amériques	8

Le Ministre de la Santé, M. Tulio Sosa, a remercié les partenaires participants de leur coopération technique, en particulier dans les domaines de la communication sociale, du renforcement du système de surveillance des maladies évitables par la vaccination (notamment la capacité nationale des laboratoires) et de l'appui aux activités destinées à accroître la couverture vaccinale, ces éléments convergeant tous vers l'amélioration de la santé du peuple guatémaltèque.

Les participants des ambassades, des organismes de coopération technique et des agences non gouvernementales ont félicité le Guatemala des accomplissements de son programme

d'immunisation. Ils ont plaidé pour une alliance stratégique plus forte entre les partenaires de la vaccination pour encourager une Loi sur la vaccination, ont préconisé des modalités novatrices en vue de l'implication du secteur privé, ont demandé que des options soient considérées pour exempter d'impôts les fournitures de la vaccination et ils ont appelé à une augmentation de l'investissement social dans la prévention au moyen de l'immunisation. De même, les participants ont exprimé le besoin d'assurer un suivi des thèmes discutés dans les réunions à venir des CCI. Ils ont également suggéré qu'une approche similaire soit adoptée pour orienter la coopération dans d'autres domaines de la santé.

Évolution de la vaccination contre le virus du papillome humain

De nombreuses études épidémiologiques et moléculaires internationales ont confirmé que les virus du papillome humain (VPH) sont les agents étiologiques responsables du développement de la néoplasie du col de l'utérus. Cette contribution considérable à la compréhension de la biologie du cancer a ouvert la voie au développement d'un vaccin contre le cancer du col de l'utérus. Il existe suffisamment de preuves indiquant qu'un cancer d'origine infectieuse peut être évité par la vaccination. L'incidence à la baisse du carcinome hépatocellulaire à la suite de l'introduction du vaccin contre l'hépatite B apporte une excellente preuve de cette possibilité.

Les virus du papillome humain sont des virus d'ADN de fibre double, petits, non enveloppés et infectant exclusivement l'homme. Ils sont entièrement épithéliotropiques, infectant la peau ou la muqueuse anogénitale et oropharyngée. Environ 70 pour cent des expositions au VPH se traduisent par une évacuation spontanée sans manifestation clinique. Selon les estimations, la durée médiane de ces infections passagères peut aller de 4,8 à 8 mois, selon le type de virus infectant. Les lésions les plus souvent apparentées au VPH sont les verrues, qui peuvent être plates (sous-cliniques), papuleuses ou ressemblant à des choux-fleurs. Toutefois, les infections par le VPH peuvent parfois persister, donnant lieu à des anomalies cytologiques. Ces anomalies cytologiques peuvent s'aggraver progressivement et devenir malignes. Il peut également se produire des infections latentes qui ne sont détectables que par la présence de l'ADN du VPH.

Près de 100 VPH ont été entièrement séquencés et caractérisés et 40 d'entre eux sont connus pour infecter essentiellement

l'épithélium génital. Sur la base d'observations épidémiologiques moléculaires approfondies, ces VPH génitaux ont été sous-divisés en types oncogènes à faible risque et à haut risque. Les types à faible risque, tels que les VPH 6 et 11, se trouvent essentiellement dans les verrues génitales (*condylomata acuminata*) qui se produisent sur les surfaces externes de la vulve, de l'anus et du vagin. Les types oncogènes à haut risque, dont treize au moins existent (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68), sont plus fréquemment associés au cancer généralisé du col de l'utérus. Parmi ceux-ci, le VPH 16 est de loin le type le plus courant dans le monde entier, étant présent dans 50 pour cent des cancers du col. En Amérique latine et dans les Caraïbes, outre le VPH 16, les types 18, 45, 33 et 31 du virus sont également prédominants.

Il faut noter qu'en plus des cas de cancer invasif du col, les estimations du fardeau total du VPH doivent également comprendre les femmes souffrant de lésions intraépithéliales du col de degré élevé ou faible, ainsi que celles ayant des infections au VPH sans évidence d'anomalies cytologiques (figure 1).

À ce jour, le développement d'un vaccin contre le VPH progresse sur deux voies: des vaccins prophylactiques pour empêcher de nouvelles infections au VPH et des vaccins thérapeutiques pour induire l'évacuation virale et la régression de lésions pré-cancéreuses. Cette revue se limitera toutefois aux vaccins prophylactiques.

Du fait que les VPH sont des virus cancérigènes de l'ADN contenant des oncogènes, l'argumentation théorique veut que la présence de ces gènes dans un vaccin pourrait interrompre les contrôles de la croissance normale des cellules et se traduire par une carcinogenèse provoquée par le vaccin. Donc, le vaccin développé contre le VPH est un vaccin de sous-unité exclusivement composé d'une protéine majeure de la capsid, L1, avec pour capacité intrinsèque de s'assembler en particules ressemblant à des virus (*VLP, virus-like particles*) qui sont morphologiquement méconnaissables par rapport aux virions authentiques. Le gène de grandeur normale à capsid L1 du VPH 16 est inséré dans un baculovirus, qui à son tour est utilisé pour manifester les VLP-L1 dans des cellules d'insectes ou des levures. Les VLP-L1 induisent la production d'anticorps neutralisants prévenant une infection après exposition ultérieure.

Dans une étude ayant fait date et publiée en 2002, Koutsky et ses collègues ont rendu compte des constatations d'un essai clinique multi-centres, au hasard et en double aveugle, réalisé aux États-Unis en utilisant un vaccin contre le VPH 16 avec VLP-L1. La population de l'étude était composée de 2392 femmes, âgées

Le cancer du col de l'utérus constitue une séquelle de l'infection par le VPH de la plus grande importance en santé publique. L'Agence internationale de recherche sur le cancer a estimé qu'il y a chaque année près d'un demi million de cas nouveaux et que plus de 230 000 décès se produisent dans le monde entier. Environ 80 pour cent de ce fardeau estimé est supporté par les femmes des pays moins développés, où le cancer du col de l'utérus est la cause principale de tumeur maligne chez ces femmes. Dans la Région des Amériques, selon les estimations, cette tumeur cancéreuse est la cause chaque année de 92 136 cas apparentés à cette maladie et de 37 640 décès, l'Amérique latine et les Caraïbes représentant 83,9 et 81,2 pour cent respectivement du total des cas et des décès estimés.

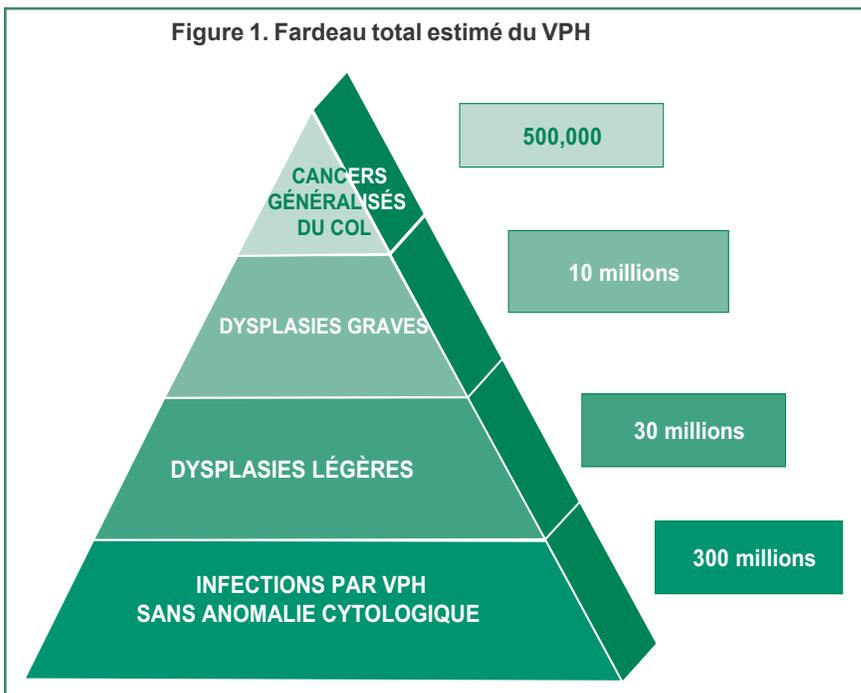
de 16 à 23 ans, qui étaient à la fois négatives à l'ADN du VPH 16 et aux anticorps du virus lorsqu'elles ont été recrutées pour cette étude. Elles ont reçu au hasard 0,5 ml soit de placebo soit de vaccin administré par voie intramusculaire à jour 0, mois 2 et mois 6. Chaque dose de vaccin contenait 40µg de VPH 16-VLP-1 formulées sur un adjuvant d'aluminium. Ce vaccin s'est avéré efficace à 100 pour cent pour prévenir une infection persistante au VPH ainsi que le développement de lésions précancéreuses du col. Un vaccin quadrivalent contre le VPH (6,11,16,18) est également en cours d'évaluation dans un essai de phase II au Brésil. À ce jour, ces vaccins ont également démontré qu'ils sont sans risque, bien tolérés et hautement immunogènes.

En 2004, Harper et ses associés ont fait connaître les conclusions d'un essai contrôlé au hasard réalisé auprès de 1113 femmes âgées de 15 à 25 ans au Brésil, au Canada et aux États-Unis, en utilisant un vaccin VPH 16-18 VLP-L1. Ce vaccin a été administré avec un adjuvant, ASO4, suivant un calendrier de trois doses, aux mois 0, 1 et 6. Ce vaccin bivalent s'est avéré généralement sans risque, bien toléré et hautement immunogène, avec une efficacité de 100 pour cent contre l'infection persistante aux VPH 16 et 18. L'efficacité vaccinale contre des anomalies cytologiques du col apparentées aux infections aux VPH 16-18 a été enregistrée à un taux de 92,9 pour cent. De plus, ce vaccin induisait des titres d'anticorps qui étaient de 80 à 100 fois plus élevés que ceux provoqués par l'infection naturelle.

En résumé, les résultats des essais de phases I et II entrepris à ce jour et utilisant différents types de VPH démontrent que ces vaccins prophylactiques sont extrêmement efficaces contre l'infection persistante au VPH, sont en mesure de réduire l'incidence des anomalies du col de type spécifique, sont bien tolérés par les sujets et peuvent provoquer d'importantes réponses humorales d'anticorps et de fortes réactions immunitaires par l'intermédiaire de cellules, à des niveaux plus élevés que ceux observés dans les infections naturelles. L'immunisation systémique avec un vaccin contre le VPH comprenant des sous VLP, même sans adjuvant, peut induire une immunité protectrice contre une infection virale des muqueuses transmise sexuellement.

Les vaccins contre le VPH sont actuellement à la phase III d'essais internationaux. Le vaccin bivalent contre le VPH 16-18-VLP est testé dans 90 centres répartis dans 14 pays (dont le Brésil et le Mexique), parmi 13 000 femmes âgées de 15 à 25 ans. La prévention de la néoplasie intraépithéliale cervicale 1 et 2 ainsi que de l'infection persistante au VPH seront les derniers points à être évalués. Le vaccin quadrivalent contre les VPH 16,18, 11 et 6 est également testé sur 25 000 sujets dans un essai international de phase III, auquel ont participé le Brésil, la Colombie, le Mexique et le Pérou.

Malgré les énormes progrès réalisés à ce jour dans le développement de vaccins contre les VPH prévenant le cancer du col, plusieurs problèmes en suspens restent à résoudre. L'un de ces problèmes est la durée inconnue de l'immunité induite par ces vaccins VLP-L1. Les données préliminaires de plusieurs essais de phase II ont indiqué que les titres des anticorps atteignent



des niveaux de pointe suivant l'immunisation puis baissent et maintiennent des niveaux faibles mais mesurables persistant pendant au moins 36 mois après la vaccination. Étant donné que la période d'observation des sujets dans ces essais de vaccins a été relativement courte, il reste à déterminer la durée de la protection conférée par le vaccin VLP-L1 et s'il faut ou non envisager une vaccination de rappel.

Même si l'optimisme est de mise concernant l'introduction des vaccins contre le VPH pour la prévention primaire du cancer du col de l'utérus, il sera essentiel de continuer à insister sur le fait que la prévention secondaire au moyen du dépistage doit rester à la disposition des femmes, en particulier pour celles déjà infectées par ces virus oncogènes à haut risque et pour celles pouvant être infectées par des types de virus non contenu dans les vaccins initiaux.

Références:

Schiffman MH & Burk RD. Human Papillomaviruses. *In: Viral Infections in Humans - Epidemiology and Control.* (4th Edition) Edited by AS Evans & RA Kaslow, Plenum Medical Book Company, 1997

Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled clinical trial of human papillomavirus type 16 vaccine. *N Engl J Med* 347:1645-1651, 2002

Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomized controlled trial. *Lancet* 364:1757-65, 2004

Stanley MA. Human papillomavirus (HPV) vaccines: prospects for eradicating cervical cancer. Editorial *In: Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 30 (4): 213-215, 2004

World Health Organization & International Agency for Research on Cancer: The current status of development of prophylactic vaccines against human papillomavirus infection. Rapport d'une réunion technique, Genève, 16-18 février 1999

Calendriers de vaccination 2005 pour certains vaccins - Pays d'Amérique Latine

	1 BCG			2 VPO						3 DTC				5 DTC-Hép B+Hib				6 DTC+Hib				7 Hép B**				8 Hib				9 R	10 ROR			11 RR	12 TT/dT***					13 Fièvre jaune		14 Grippe	15 Varicelle																	
	Nombre de doses																														Nombre de doses																													
	1	2	NN§	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	1	2	3	1	1	2	3	4	5	1	2	1	1															
ARG	NN	6a		2m	4m	6m	18m	6a					6a					2m	4m	6m	18m	NN	2m	6m	11a					1a	6a	11a	post-partum	16a	tous les 10a							groupes à risque; >65a																		
BOL*	<1a			2m	4m	6m									2m	4m	6m					NN*								1a					FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	1a																				
BRA	NN	6-10a*		2m	4m	6m	15m					15m	4-6a					2m	4m	6m		NN	1m	6m					1a	4-6a		FAP	11a	FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	≥9m	10a	groupes à risque; >60a		populations indigènes																	
CHI	NN			2m	4m	6m	18m					18m	4a					2m	4m	6m			2m	4m	6m					1a	6a			7a								groupes à risque; >65a; femmes enceintes; agents de santé																		
COL	NN		NN	2m	4m	6m	18m	5a				18m	5a	2m	4m	6m						NN							1a	5a			FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	1a	10a																					
COR	NN			2m	4m	6m	4a				4m	15m	4a		2m	6m						NN					4m	15m		15m	7a		10a	tous les 10a							groupes à risque; 6m à <5a; >65a		groupes à risque >15m à <14a																	
CUB*	NN			2 doses (<1a)	2 doses (1a)	2 doses (2a)	1 dose (9a)					18m	6a*	2m*	4m*	6m*						NN				2m	4m	6m	18m	1a	6a			14a									>65a																	
DOR	NN			2m	4m	6m	18m	4a				18m	4a	2m	4m	6m						NN							1a				FAP	FAP	FAP	FAP	FAP																							
ECU	NN			2m	4m	6m	18m					18m		2m	4m	6m						NN	enfants scolarisés à risque								1a				FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	1a	tous les 10a																			
ELS*	NN			2m	4m	6m	18m	4,5a				18m	4,5a	2m	4m	6m													1a	4a			≥10a	tous les 10a; femmes enceintes					>1a*			groupes à risque; 6-23m; >60a																		
GUT	NN			2m	3m	4m	18m	4a				18m	4a	2m	4m	6m													1a				FAP	FAP	FAP	FAP	FAP																							
HAI	NN		NN	1,5m	2,5m	3,5m	1a+3m	2a+3m		1,5m	2,5m	3,5m	1a+3m	2a+3m														9m					FAP	FAP	FAP	FAP	FAP																							
HON*	NN		NN	2m	4m	6m	<5a					18m	4-5a	2m	4m	6m													1a				11a	FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	>1a*			groupes à risque; >60a																		
MEX*	NN			2m	4m	6m	1 dose*	1 dose*	1 dose*			2a	4a	2m	4m	6m													1a	6a		13-39a	12a	FAP	FAP	FAP	FAP	FAP			6m-2a; 60-64a à risque; >65a																			
NIC*	NN			2m	4m	6m	1 dose*	1 dose*				18m		2m	4m	6m													1a				6-9a	10-14a	15a +	15a +	15a +																							
PAN	NN		NN	2m	4m	6m	18m	4-5a					4-5a	2m	4m	6m					18m	NN							1a	4-5a			>15a	tous les 10a					>1a	10a	<2 et >65a																			
PAR*	NN			2m	4m	6m	18m	4a				18m	4a	2m	4m	6m													1a	4a			FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	>1a*																						
PER	NN			2m	3m	4m					3m			2m	4m							NN				3m			1a			femmes 16-20a	FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	1a																						
URU*	NN			2m	4m	6m	12m						5a	2m*	4m*	6m*	12m*					12a	12a+1m	12a+6m				1a	5a			12a	tous les 10a					>1a*		groupes à risque; 6m-2a; >55a		1a																		
VEN*	NN		NN	2m	4m	6m						18m		2m	4m	6m						NN							1a				FAP	FAP	FAP	FAP	FAP	1a*																						

** Cette table comprend uniquement le vaccin contre l'hépatite B utilisé dans le calendrier vaccinal pour les enfants. La vaccination des groupes à risque n'est pas incluse.

*** L'utilisation du TT/dT est rapportée selon ce qu'indiquent les pays dans les Tables d'indicateurs du PEV.

§ Les doses administrées aux nouveaux nés ne sont pas comprises dans le calendrier de base.

* BOL: vaccin contre l'hépatite B pour les nouveaux nés seulement dans les hôpitaux sentinelles.

* BRA: BCG pour les 6-10 ans dans quelques États seulement.

* COL: vaccin anti-amaril chez les enfants >1 an administré dans les zones à risques.

* CUB: DT pédiatrique administré à l'âge de 6 ans; le vaccin utilisé est le tétravalent DTC+Hép B à partir de 2005.

* ELS: vaccin anti-amaril administré à la population des zones endémiques..

NN: nouveau né
FAP: femme en âge fertile

* HON: vaccin anti-amaril administré à la population des zones endémiques.

* MEX: doses additionnelles de VPO pour les enfants lors des Journées nationales de santé.

* NIC: doses additionnelles de VPO pour les enfants lors des Journées nationales de santé.

* PAR: vaccin anti-amaril administré à la population des zones frontalières.

* URU: vaccin anti-amaril administré à la population des zones endémiques.

* VEN: vaccin anti-amaril administré à la population des municipalités à risque, en plus des appelés et des voyageurs vers les zones endémiques.

Veillez informer les éditeurs du Bulletin informatif du PEV de toute divergence et/ou changement concernant votre calendrier national de vaccination.

Les calendriers de vaccination des autres pays de la Région seront publiés dans le numéro d'août prochain.

La vaccination et le VIH: le cas des Caraïbes anglophones

Après avoir vécu près de vingt ans avec l'épidémie du SIDA, les Caraïbes, comme le reste du monde, ont maintenant une génération qui a grandi dans un univers où le VIH est omniprésent. Ces jeunes atteignent leur majorité, commencent leur vie sexuelle et deviennent des parents, alors qu'ils sont membres de communautés parmi lesquelles la transmission du VIH, principalement par contacts hétérosexuels, définit les Caraïbes comme ayant le deuxième taux de prévalence du VIH le plus élevé au monde.

Les territoires des Caraïbes ont répondu au VIH non seulement aux niveaux communautaire et national mais aussi au niveau régional. Les pays ont cherché à renforcer leurs énergies collectives et, à travers la Communauté des Caraïbes (CARICOM), ils ont fondé des Partenariats pancaraïbes contre le VIH/SIDA (PANCAP) en février 2001. PANCAP s'efforce de rassembler les ressources financières pour répondre au VIH et de faciliter la collaboration et la volonté politique qui sont essentielles pour assurer le développement des Caraïbes.

C'est dans ce contexte que les initiatives pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant obtiennent acceptation, appui et financement dans toute la Région des Caraïbes. Un exemple est celui de CARICOM, qui avait décidé en 1992 d'appuyer ces initiatives et de réduire la transmission verticale du VIH d'au moins 50% avant 2005. Aujourd'hui, de nombreux pays se trouvent à un stade plus ou moins avancé du processus d'intégration d'initiatives dans leurs programmes traditionnels de santé familiale ou de santé maternelle et de l'enfant pour

prévenir l'infection par le VIH et en réduire la transmission. Les programmes d'immunisation, qui représentent une composante importante des programmes de santé familiale, doivent maintenant affiner leurs stratégies de vaccination pour cibler enfants et adultes dont on sait, ou soupçonne, que leur système immunitaire est compromis par une infection par le VIH.

Le VIH présente plusieurs défis au Programme élargi de vaccination. Chez une personne positive au VIH, il est possible que la réponse immunitaire due au vaccin ne procure pas une protection adéquate et le risque existe que certains vaccins vivants puissent eux-mêmes donner lieu à une infection progressive parmi les personnes dont le système immunitaire est compromis. Pour cette raison, des directives ont été établies (voir table ci-dessous) concernant l'administration des vaccins dans le contexte d'une infection par VIH, qui doivent être appliquées dans les Caraïbes et ailleurs.

Auteurs: Dr Beryl Irons, Épidémiologiste, Centre d'épidémiologie des Caraïbes de l'OPS (CAREC), Trinité-et-Tobago; Mme Sheila Samiel, Spécialiste de la communication, CAREC.

Référence:

Caribbean Cooperation in Health. Phase II: A New Vision Caribbean Health, CCH Secretariat, May 1999, Caribbean Community (CARICOM).

Directives pour la vaccination des personnes infectées par le VIH

Quelques considérations importantes:

- Avec quelques exceptions notables, la vaccination est généralement sûre et bénéfique pour les personnes infectées par le VIH.
- Un dépistage de routine du VIH avant la vaccination n'est pas recommandé.
- L'efficacité de la vaccination est variable pour les personnes infectées par le VIH et la proportion des personnes qui réagissent à la vaccination baisse avec la progression de l'infection par le VIH à l'état de SIDA.
- Il est probable que les personnes de tous âges infectées par le VIH qui sont bien contrôlées avec une thérapie antirétrovirale de combinaison (charge virale non détectée ou faible avec une bonne préservation du compte des lymphocytes CD4) auront une réponse positive aux vaccins.
- La plupart des enfants infectés par le VIH ont la capacité d'avoir des réactions immunitaires cellulaires et humorales pendant les deux premières années de vie; une baisse de ces deux réponses se produit lors des deux années suivantes.
- Les enfants porteurs du VIH et gravement malades ne doivent pas être vaccinés.

Vaccins devant continuer à être offerts de manière routinière à toutes les personnes positives au VIH, symptomatiques et non symptomatiques, conformément au calendrier national:

- Vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC)
- Vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib)
- Vaccins antitétanique et antitétanique/antidiphtérique (y compris les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes)

Vaccins devant continuer à être offerts de manière routinière aux enfants positifs au VIH avec quelques considérations spécifiques:

- Vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéolique (ROR): Le ROR doit être administré de manière routinière aux enfants infectés par le VIH à moins qu'ils ne soient sérieusement immunodéprimés (voir table 1). Le ROR doit être administré le plus tôt possible, conformément aux recommandations des calendriers nationaux. En cas de flambée, les nourrissons infectés par le VIH (avérés ou présumés) avec un risque accru d'exposition à la rougeole doivent recevoir une première dose de vaccin antirougeoleux à l'âge de six mois et une deuxième à l'âge de neuf mois.

- Vaccin polio oral (VPO): Le VPO n'est pas considéré nocif lorsqu'il est administré aux enfants positifs au VIH et asymptomatiques. Toutefois, s'il est disponible, le vaccin inactivé de la polio (VIP) est préférable, particulièrement pour les individus symptomatiques. Le VIP est préférable pour les individus positifs au VIH et leurs contacts au foyer en raison du risque théorique d'effet neurovirulent du VPO sur les personnes dont le système immunitaire est compromis.
- Vaccin contre l'hépatite B: Les vaccins recombinants contre l'hépatite B sont d'une utilisation sûre et recommandés conformément au calendrier national de vaccination pour les personnes non infectées par le VIH. La vaccination précoce est particulièrement importante car le risque de devenir un porteur chronique est plus élevé pour les personnes infectées par le VIH que pour celles qui ne le sont pas. La réaction immunologique peut être faible parmi les personnes positives au VIH mais pour le moment il n'existe pas d'information suffisante pour donner des recommandations définitives sur le dosage.

Tableau 1. Compte de lymphocytes CD4 T spécifique à l'âge indiquant une immunosuppression sévère dans l'infection par le VIH

Age	<12 mois	1 à 5 ans	≥6 ans
Compte CD4	<750† (0.75X10 ⁹ /L)	<500† (0.50X10 ⁹ /L)	<200† (0.20X10 ⁹ /L)

† Ou <15 % du total des lymphocytes

Source : Red Book, 2003

Vaccins qui ne doivent PAS être administrés de façon routinière aux personnes infectées par le VIH et symptomatiques (i.e., SIDA):

- BCG : Chez les personnes avérées ou présumées porteuses d'une infection à VIH, le vaccin BCG est contre-indiqué si le risque de tuberculose est considéré faible. Toutefois, dans les pays ayant une prévalence élevée du VIH, le BCG peut être recommandé à la naissance ou immédiatement après, selon le calendrier national de vaccination, si le risque de tuberculose est élevé car le BCG protège le nourrisson des formes extrapulmonaires de tuberculose.
- Vaccin contre la fièvre jaune : Là où le risque de la fièvre jaune est élevé, le vaccin contre la fièvre jaune peut être envisagé pour les personnes positives au VIH.
- Vaccin vivant atténué contre la typhoïde
- Vaccin contre la varicelle

Vaccins à considérer pour les personnes infectées par le VIH en raison de leur risque accru de maladie:

- Contre l'infection à pneumocoques
- Contre la grippe

Utilisation des immunoglobulines chez les personnes infectées par le VIH:

- Immunoglobulines (IG)
 - patients symptomatiques exposés à la rougeole indépendamment de leur statut vaccinal
 - personnes exposées à l'hépatite A ou voyageant dans des régions endémiques
- Immunoglobulines contre la varicelle (VZIG)
 - enfants et adultes susceptibles après exposition importante au varicella-zona (varicelle ou zona)
- Immunoglobulines antitétaniques (TIG): mêmes recommandations que pour les personnes dont l'immunité n'est pas compromise
- Immunoglobulines antihépatite B (HBIG): mêmes recommandations que pour les personnes dont l'immunité n'est pas compromise
- Immunoglobulines antirabiques (RIG): mêmes recommandations que pour les personnes dont l'immunité n'est pas compromise. De même, le vaccin contre la rage est sans risque et peut être utilisé suivant les recommandations usuelles.

Références:

- American Academy of Pediatrics. Human Immunodeficiency Virus Infection. In: Pickering LK, ed. *Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003:360-382.
- Canadian Medical Association. (2002). *Canadian Immunization Guide*, 6th ed. Ottawa
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP): Use of vaccines and immune globulins in persons with altered immunocompetence. *MMWR*; 1993; 42 (RR-4): 1-18.
- Department of Vaccines and Biologicals, World Health Organization. Core information for the development of immunization policy: 2002 update. WHO/V&B/02.28:9-11. Disponible à: <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF02/www557.pdf>
- Moss WJ, Halsey NA. Vaccination of Human Immunodeficiency Virus- Infected Persons. In: Plotkin SA, Orenstein WA, (Eds.) *Vaccines*, 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2004:169-178.
- Salisbury DM and Begg NT (Eds.). 1996. Immunisation against infectious disease: the green book. Department of Health, London

Troisième semaine annuelle de vaccination des Amériques

La troisième Semaine de vaccination des Amériques (SVA) aura lieu du 23 au 30 avril dans l'ensemble de la Région des Amériques. La SVA est une initiative de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) dont le but est de renforcer les programmes nationaux de vaccination dans toute la Région. L'équité, l'accès et le panaméricanisme sont ses objectifs principaux.

La SVA vise spécifiquement les populations n'ayant pas accès à la vaccination parce qu'elles vivent dans des zones éloignées ou dans les périphéries urbaines. Elle vise également les communautés autochtones et autres minorités ethniques. Les gouvernements de la Région ont montré un degré élevé d'engagement politique en faveur du maintien de la vaccination en tant que bien public régional et ils ont fait de la SVA une priorité politique.

Les pays peuvent participer de différentes façons. Ils peuvent cibler les populations à haut risque pour des campagnes de *suivi* contre la rougeole et des campagnes contre la rubéole, la fièvre jaune ou la grippe. Ils peuvent aussi intensifier les efforts de vaccination dans les municipalités où la couverture est faible. Plusieurs pays prévoient d'administrer de la vitamine A et des parasitocides aux enfants et de l'acide folique aux femmes enceintes. Certains pays prévoient d'offrir à la population des examens ophtalmologiques et des séances d'éducation générale sur la santé. La Semaine nationale 2005 des États-Unis pour la vaccination des nourrissons, parrainée par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) est réalisée dans le contexte de la SVA. La Semaine nationale de sensibilisation à la vaccination du Canada coïncidera également avec cet événement qui prendra place à niveau régional.

Le rôle de l'OPS dans la SVA consistera à fournir un appui technique aux pays, à travers son Siège régional et ses représentations dans les pays, pour mobiliser des ressources, organiser les activités frontalières et évaluer l'impact de la SVA ainsi que des stratégies de communication sociale.

Un objectif important de la SVA est de créer des partenariats stratégiques et d'élargir la coopération interorganisations au niveau régional. L'OPS, les CDC, l'Agence canadienne de

23-30 avril
Semaine de la Vaccination aux Amériques

Vaccination

www.paho.org

aime, protège, vaccine

Un acte d'amour

Organisation panaméricaine de la Santé
unicef

développement international (ACDI), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Croix-Rouge, le *Sabin Vaccine Institute*, la *March of Dimes*, le *Rotary International* et d'autres organisations ont uni leurs efforts techniques et financiers pour appuyer l'initiative.

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

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

ISSN 1814-6236

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



Unité d'immunisation
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
www.paho.org/french/ad/fch/im/Epi_newsletter.htm