



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXVIII, NUMÉRO 2 ► AVRIL 2006

- 1 Flambée de rougeole au Venezuela
- 1 Contrôle de la grippe au Salvador
- 5 Créer un espace budgétaire pour renforcer les programmes d'immunisation
- 5 Analyse de la législation sur la vaccination
- 6 Le partenariat OPS-GAVI
- 7 Indicateurs de surveillance de la PFA et de la rougeole/rubéole, 2005
- 8 Propagation internationale du poliovirus sauvage

## Flambée de rougeole au Venezuela

La dernière occurrence d'une circulation de la rougeole largement répandue aux Amériques est due à une flambée de plus de 2500 cas confirmés de rougeole au Venezuela, entre septembre 2001 et novembre 2002. Au début de mars 2006, le Ministère vénézuélien de la Santé a détecté une importation de rougeole qui, en date du 6 avril, a donné lieu à la confirmation de 23 cas. Tous les cas sauf un sont des résidents de l'État de Miranda (n=20) et du District fédéral (n=2), plus spécifiquement de la zone métropolitaine de Caracas (figure 1). Le cas restant est originaire de l'État de Trujillo mais il a été exposé dans l'État de Miranda.

Le cas index et primaire de cette flambée est un homme vénézuélien non vacciné de 33 ans qui a voyagé à Madrid, en Espagne, et à Paris, en France, du 1<sup>er</sup> au 13 février 2006. Le 17 février, il a développé une maladie fébrile qu'il a d'abord soignée lui-même et qui, deux jours plus tard, était diagnostiquée comme une bronchite à un premier hôpital (hôpital A). Ne constatant aucune amélioration, le patient s'est rendu à un deuxième hôpital (hôpital B) le 22 février dans la soirée. Il est resté au service des urgences de cet hôpital pendant plus de 12 heures avant qu'une éruption ne se développe le 23 février. La rougeole a alors été suspectée et le patient mis sous isolement respiratoire. La rougeole a été confirmée par sérologie (analyse immunoenzymatique des IgM), le virus a été isolé et son séquençement est en cours depuis avril.

L'investigation a détecté neuf cas de transmission de première génération et 13 cas de deuxième génération. Tous les cas de première génération ont probablement été exposés à l'hôpital B les 22 et 23 février, huit cas sur neuf au service des urgences. Huit des 13 cas de deuxième génération ont probablement été exposés au service des urgences de l'hôpital B entre le 6 et le 7 mars, à un cas de première génération revenant se faire soigner à cet hôpital; un cas a été probablement exposé à l'hôpital B entre le 7 et le 9 mars mais pas dans le service des urgences; trois cas sont des membres de la famille d'un cas de première génération; le lien épidémiologique d'un des cas est inconnu. La figure 2 présente la distribution d'âge de tous les cas confirmés. Aucun des cas ne peut présenter des antécédents de vaccination antirougeoleuse.

La réponse du Ministère de la Santé vénézuélien à cette flambée a été de lancer un plan global de contrôle. La surveillance de la rougeole a été renforcée dans tout le pays et des recherches actives de cas ont eu lieu dans des établissements sanitaires privés de la zone métropolitaine de Caracas.

Au service des urgences de l'hôpital B et dans d'autres établissements de santé considérés à risque de recevoir des cas de rougeole dans leurs stades prodromiques, des mesures ont été prises pour limiter l'accès aux patients, pour vacciner toutes les personnes entrant dans l'établissement (y compris tout patient ne présentant aucune contre-indication à la vaccination), pour séparer le flux des patients avec fièvre et les trier en fonction des facteurs de risque (visite au service des urgences ou contact avec une personne ayant eu une éruption dans les quatre semaines précédentes) et pour prendre des précautions respiratoires pour tous faisant l'objet d'un soupçon clinique de rougeole. L'investigation des cas a compris la vaccination périphérique ciblant les pers-

Figure 1. Distribution géographique des cas confirmés de rougeole, Venezuela, février-avril 2006\*



Source: Ministère de la Santé, Venezuela.

\* Au 6 avril 2006 (N = 23).

## Contrôle de la grippe au Salvador

La grippe est une infection respiratoire aiguë causée par les virus grippaux de type A et B. Sa période d'incubation varie entre un et quatre jours. Parmi les complications fréquentes de l'infection grippale, il faut compter la pneumonie bactérienne secondaire, l'exacerbation de maladies chroniques sous-jacentes et l'otite moyenne chez les enfants.

Le cycle saisonnier de la grippe et l'impact de la vaccination ont été largement étudiés dans les pays tempérés des hémisphères Nord et Sud. Par contre, peu d'études ont été faites sur l'aspect saisonnier de la grippe dans les régions tropicales. Il n'y a pas de données spécifiques sur l'Amérique centrale. Il n'apparaît toujours pas clairement comment l'aspect saisonnier de la grippe varie avec la latitude. Sa relation avec les conditions climatiques n'a pas été démontrée de manière convaincante, bien que la saison des pluies joue apparemment un rôle important dans les pays tropicaux. C'est le cas pour El Salvador, pays d'Amérique centrale situé à une latitude de 13,5° N. Conformément au Système de classification climatologique de Köppen, le pays a un climat tropical humide à tropical humide-sec sur la majorité de son territoire. Certaines régions septentrionales du pays ont un climat de région montagneuse.

## Surveillance de la grippe au Salvador

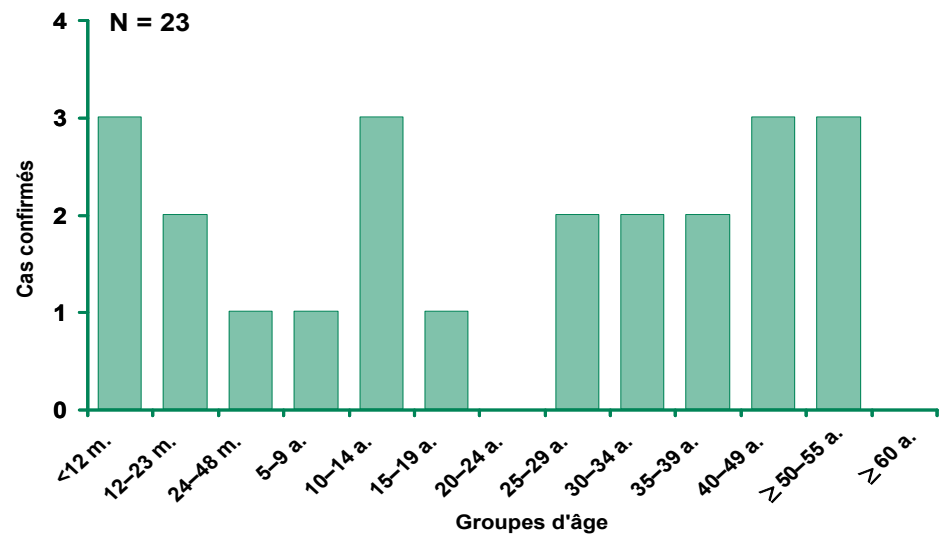
Lorsque des cas de grippe se produisent, la majorité des personnes infectées ne recherchent pas de soins médicaux et, par conséquent, ces cas ne sont pas enregistrés. De plus, les cas de grippe ne sont pas confirmés par laboratoire. Le pays surveille la grippe indirectement

Voir **CONTRÔLE DE LA GRIPPE AU SALVADOR** page 2

onnes âgées de six mois à 39 ans et des recherches actives de cas. Enfin, la Semaine de la Vaccination aux Amériques s'est déroulée plus tôt que prévu, dans le but de vacciner tous les enfants âgés de six mois à quatre ans et tous les enfants ou adolescents susceptibles âgés de cinq à 17 ans. Dans l'État de Miranda et dans le District fédéral, 1,8 millions de personnes ont été vaccinées au 10 avril. Une campagne nationale pour vacciner tous les adultes âgés de 18 à 39 ans est en cours de préparation pour septembre 2006.

L'origine de cette flambée est très probablement une flambée de rougeole qui s'est produite à Madrid et a donné lieu à 59 cas notifiés entre la mi-janvier et la mi-mars. La situation vénézuélienne illustre clairement le risque constant d'importation de rougeole auquel tous les pays des Amériques sont exposés. Outre le maintien d'une couverture vaccinale élevée et homogène, la surveillance est vitale pour la détection et le contrôle précoces des importations. Les hôpitaux et les pratiques de santé privés doivent être inclus dans ce système de surveillance. ■

Figure 2. Distribution par âge des cas confirmés de rougeole, Venezuela, février–avril 2006\*



Source: Ministère de la Santé, Venezuela.

\* Au 6 avril 2006

## Rubella Watch: Un supplément d'information spécial au Bulletin d'immunisation de l'OPS

Depuis que le Conseil directeur de l'OPS a adopté l'initiative d'éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale aux Amériques d'ici 2010, de nombreux progrès ont été accomplis. En fait, au vu de l'accumulation des expériences nationales, il est estimé que l'objectif sera atteint bien avant 2010.

En tant que supplément spécial au *Bulletin d'immunisation*, *Rubella Watch* sera un outil utile pour partager la réussite obtenue par les pays dans leurs efforts d'élimination. *Rubella Watch* est un bulletin électronique publié tous les deux mois (les mois pendant lesquels le *Bulletin d'immunisation* n'est pas publié). *Rubella Watch* offrira des mises à jour sur les activités en matière de lutte contre la rubéole dans les pays des Amériques. Si vous souhaitez recevoir *Rubella Watch*, veuillez envoyer une demande à [fch-im@paho.org](mailto:fch-im@paho.org), avec votre nom et votre adresse électronique.

### CONTRÔLE DE LA GRIPPE AU SALVADOR suite de la page 1

à travers la surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la pneumonie.

Au Salvador, les IRA sont notifiées systématiquement par le biais du Système national de surveillance épidémiologique du Ministère de la Santé publique et de la Protection sociale (MS). En 1990, la notification de la pneumonie a été ajoutée au Rapport épidémiologique hebdomadaire et, en 2000, la grippe y a été également ajoutée.

Au Salvador, l'incidence de la pneumonie atteint son pic au début de la saison des pluies, avec une augmentation de la demande de soins de santé, des hospitalisations et des décès entre mai et juillet (figure 1).

En 2003, une flambée de pneumonie s'est produite au Salvador. Les taux d'incidence ont atteint 136 pour 10 000 habitants, représentant plus de 50% d'augmentation par rapport au nombre de cas enregistrés lors des années précédentes. Soixante-treize pour cent des consultations concernaient des enfants âgés de <5 ans. Cette tranche d'âge avait le taux d'incidence le plus élevé (827 pour 10 000 habitants), suivie par la population âgée de ≥60

ans (103 pour 10 000 habitants).

La mortalité associée à la pneumonie est au troisième rang des causes de décès en 2003. Le taux de mortalité était de 6 pour 100 000 habitants et le taux de létalité de 0,5%. Le taux de mortalité le plus élevé s'est produit chez les enfants âgés de <1 an (50 pour 100 000 habitants), suivi par les personnes âgées de ≥60 ans (46 pour 100 000 habitants, taux de létalité de 4,7%). Plus de la moitié des décès dus à la pneumonie notifiés en 2003 provenait de ces deux groupes de population. Les taux de maladie les plus élevés se sont produits parmi les enfants âgés de <5 ans et les adultes âgés de ≥60 ans; toutefois, le taux le plus élevé d'hospitalisations pour des causes liées à la pneumonie s'est produit chez les enfants âgés de <2 ans. L'augmentation des hospitalisations a submergé le réseau hospitalier du pays. En 2004, l'incidence des consultations médicales, des sorties d'hôpitaux et des décès dus à la pneumonie a diminué.

### Surveillance de laboratoire

En juillet 2001, suite à une flambée d'infections

respiratoires et de pneumonie parmi la population d'âge scolaire, le Laboratoire central, avec l'appui des Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), a mené une étude pour identifier l'agent étiologique. Cette analyse a détecté la circulation du virus grippal A. L'investigation de l'épidémie de 2003 a déterminé que le virus respiratoire syncytial (VRS) et le virus grippal A étaient tous deux en circulation. La majorité des isolats provenait d'échantillons de personnes âgées de <5 et de >65 ans.

En 2004, la surveillance par réseau sentinelle a été mise en œuvre durant les pics de cas de IRA/pneumonie/grippe. Avec l'appui de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le nombre de postes sentinelles a été augmenté en 2005 et des prélèvements systématiques d'échantillons ont été réalisés tout au long de l'année. Les objectifs de cette surveillance par réseau sentinelle sont les suivants:

1. Détection rapide de la circulation du virus grippal et autres virus respiratoires;
2. Détermination de l'aspect saisonnier des pics de grippe;

3. Communication sur la circulation des virus respiratoires à la communauté médicale, et
4. Participation à la sélection des souches de virus grippaux incluses dans le vaccin chaque année dans le cadre du réseau pour la surveillance globale de la grippe (FluNet).

## Caractérisation antigénique

Avec l'appui de l'OPS, le MS a envoyé des isolats de cultures positives de grippe aux CDC pour caractérisation antigénique (tableau 1). Pour l'épidémie de 2003, le virus grippal A (H3N2) a été isolé et caractérisé comme A/Korea/770/2002 H3N2. La même souche a été isolée et caractérisée en 2004. La même souche a également été notifiée dans plusieurs États des États-Unis (Géorgie, Indiana, Michigan, Missouri, Nevada, Texas, Virginie et Washington) pendant les années 2003 et 2004. Des isolements similaires ont été notifiés en provenance de l'hémisphère Sud en 2004 (Province de Río Negro, Argentine et São Paulo, Brésil). En 2005, la souche de la grippe circulant au Salvador a été identifiée comme (H3N2) A/California/07/2004. Les résultats obtenus de la surveillance de laboratoire ont servi de base pour décider de la composition du vaccin à utiliser au Salvador.

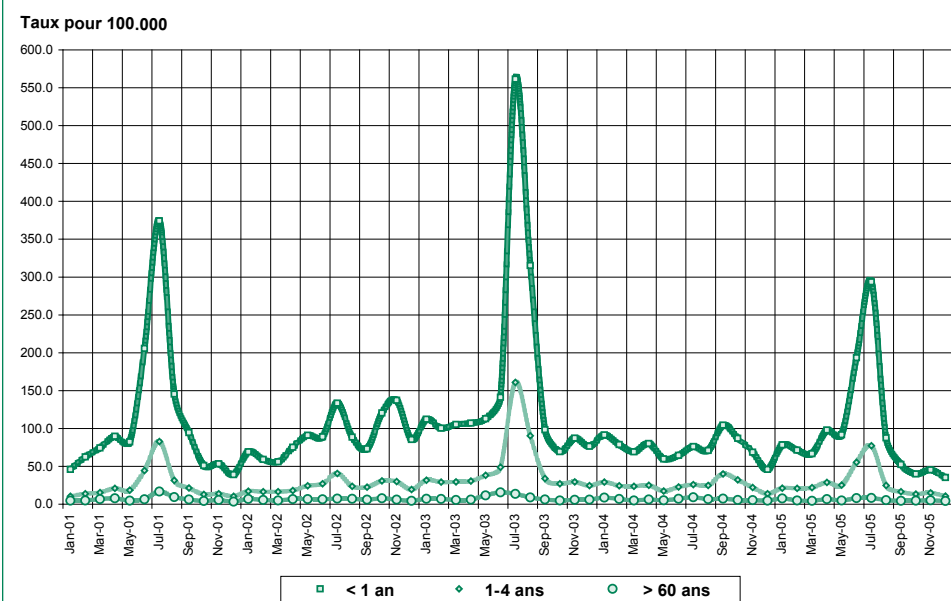
## Introduction du vaccin contre la grippe saisonnière

L'épidémie de 2003 a convaincu le Gouvernement du Salvador d'introduire le vaccin contre la grippe saisonnière dans le calendrier national de vaccination. La première campagne de vaccination antigrippale a été lancée en janvier 2004, ciblant les personnes âgées de  $\geq 65$  ans et 96% de la population ciblée a été vaccinée. La surveillance épidémiologique hebdomadaire a montré une diminution marquée de l'incidence notifiée de cas de pneumonie, à des niveaux même inférieurs à ceux observés antérieurement lors d'années sans épidémie (tableau 1).

Au vu de l'acceptation écrasante du vaccin antigrippal par la population, prouvée par la couverture élevée obtenue, et au vu de l'analyse des tranches d'âge à risque pour la grippe, le MS a décidé d'élargir la population cible pour ce vaccin. En 2005, les enfants âgés de 6 à 23 mois ont été inclus ainsi que les adultes plus âgés, à partir de 60 ans. L'impact observé pour 2005 n'a pas été aussi spectaculaire que l'impact observé l'année antérieure, en dépit de la couverture élevée obtenue: 99% dans le groupe des adultes plus âgés et 70% pour la deuxième dose chez les enfants âgés de 6 à 23 mois.

Pour sa troisième campagne de lutte contre la grippe, le MS a décidé de commencer la vaccination antigrippale en décembre 2005. À nouveau, une couverture vaccinale élevée été atteinte: 96% chez les adultes plus âgés et 77% pour la deuxième dose chez les enfants âgés de 6 à 23 mois.<sup>1</sup> Les agents

Figure 1. Taux d'incidence des pneumonies chez les enfants âgés <1 an, les enfants âgés de 1-4 ans et les personnes âgées >60 ans, El Salvador, 2001-2005.



Source: Unidad Nacional de Epidemiología, Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale, 2001-2005.

de santé en contact direct avec les patients ont été vaccinés lors des trois campagnes. La composition du vaccin pour l'hémisphère Nord a été utilisée chaque année.

## Conclusions

Les pics dans l'occurrence des IRA/pneumonies au Salvador pourraient être associés à la circulation des virus grippaux. Ces pics se produisent pratiquement tous les ans mais les taux d'incidence et la sévérité de la maladie peuvent varier considérablement d'une année sur l'autre, en fonction de divers facteurs tels que les agents étiologiques provoquant des maladies respiratoires, le type et le sous-type des souches de la grippe en circulation et la prévalence des anticorps protecteurs parmi la population.

En 2003, une flambée importante d'infections respiratoires ayant donné lieu à des hospitalisations et des décès parmi enfants et adultes s'est produite au Salvador. Cet épisode a provoqué une certaine anxiété parmi le public car l'étiologie était initialement inconnue et les mesures de lutte contre les infections respiratoires semblaient inefficaces. Cette épidémie a finalement été associée au virus grippal A et au VRS. Suite à l'identification des agents causatifs, les mesures de contrôle ont été réorientées pour améliorer le traitement. De plus, la surveillance de laboratoire a été établie pour caractériser les agents étiologiques. La décision a été prise d'introduire le vaccin antigrippal dans les groupes à risque et la première campagne a été menée en janvier 2004.

L'introduction du vaccin antigrippal au Salvador a été généralement favorable, comme l'a démontré la réduction de l'incidence de la pneumonie après les campagnes de vaccination, en particulier en

2004. Toutefois, pour mieux comprendre l'impact de cette intervention, il est encore nécessaire de :

- a) Faire des recherches plus approfondies sur les aspects saisonniers de la grippe dans les tropiques, y compris la relation et l'influence des mouvements migratoires;
- b) Maintenir la surveillance de laboratoire des virus respiratoires;
- c) Renforcer la surveillance des consultations externes par l'établissement de postes sentinelles ambulatoires;
- d) Renforcer la surveillance hospitalière pour mieux comprendre le degré de sévérité des maladies causées par l'infection grippale. Il est important d'isoler les virus chez les patients hospitalisés car ils peuvent différer des virus isolés ailleurs;
- e) Renforcer le système pour le monitoring d'événements adverses après la vaccination, en particulier parmi les enfants; et
- f) Évaluer l'impact des campagnes annuelles de vaccination antigrippale au Salvador sur la mortalité associée à la pneumonie à travers une analyse indirecte des décès par pneumonie, en particulier pendant la saison des pluies.

La mise en œuvre des mesures mentionnées ci-dessus devrait aider à déterminer le moment optimal (mois) pour la vaccination antigrippale et la composition du vaccin à utiliser chaque année. Ceci nécessitera une coordination étroite avec le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'acquisition des vaccins car le pays ne sera pas en mesure de déterminer la composition du vaccin à utiliser avant le milieu ou la fin de la saison des pluies (août ou septembre). ■

<sup>1</sup> Données préliminaires.



**Auteurs:** Dr Ana Elena Chevez, Humphrey Fellow, Emory University, Dr Nora Villatoro, Responsable nationale du PEV, El Salvador, Patricia Mira, Laboratoire Dr. Max Bloch, El Salvador, et Dr Julio Armero, Ministère de la Santé, El Salvador.

**Remerciements :** Les auteurs remercient le personnel technique et administratif du Programme élargi de Vaccination, et le personnel du Secteur de Virologie du Laboratoire Dr. Max Bloch, coordonnés par Mme Celina de Lozano.

#### Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Vaccination antigrippale parmi les groupes à risque au Costa Rica: une décision fondée sur des preuves scientifiques. Bulletin d'information du PEV. 2004; 26(3): 2-4. Disponible à: <http://www.paho.org/french/ad/fch/im/snf2603.pdf>. Dernier accès : 24 avril 2006.
2. Wong CM, Chan KP, Hedley AJ, Peiris JS. Influenza-associated mortality in Hong Kong. Clin Infect Dis. 2004; 39(11):1611-7.
3. Dushoff J, Plotkin JB, Viboud C, Earn DJ, Simonsen L. Mortality due to influenza in the United States—an annualized regression approach using multiple-cause mortality data. Am J Epidemiol. 2006;163(2):181-7.
4. Le Riverend E. La prevención de la influenza: recomendaciones para la temporada de 2005 2006. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(3):210-215. [Article en espagnol] Disponible à: <http://journal.paho.org/uploads/1137438038.pdf> Dernier accès : 24 avril 2006.
5. Ministère de Santé publique et Assistance sociale du Salvador. Unité d'information. Bulletin d'information. 1999-2003. [Document en espagnol]. Disponible à: [http://www.mspas.gob.sv/boletines\\_estadisticos.asp](http://www.mspas.gob.sv/boletines_estadisticos.asp). Dernier accès: 24 avril 2006.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport final. XVI<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination. Mexico – 3 au 5 novembre 2004. Résumé des recommandations disponible à: <http://www.paho.org/english/ad/fch/im/sne2606.pdf>
7. Wong CM, Yang L, Chan KP, Leung GM, Chan KH, Guan Y, Lam TH, Hedley AJ, Peiris JS. Influenza-Associated Hospitalization in a Subtropical City. PLoS Med. 2006; 3(4):e121. Disponible à: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030121>. Dernier accès: 24 avril 2006.
8. Viboud C, Alonso WJ, Simonsen L. Influenza in Tropical Regions. PLoS Med. 2006; 3(4):e89. Available at: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030089>. Dernier accès: 24 avril 2006.
9. Organisation mondiale de la Santé. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2003; 78 (9): 58-62. Disponible à: <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2003/wer7809.pdf>. Dernier accès: 24 avril 2006.

**Tableau 1. Surveillance en laboratoire des virus respiratoires au Salvador: résultats et comparaison avec les souches en circulation dans les hémisphères Sud et Nord, 2003-2005**

E S A L V A D O R	Année	2003	2004	2005
	<b>Nombre total d'échantillons</b>	177	203	516
	<b>Virus grippal détecté par IF<sup>a</sup></b>	Influenza A: 14 (7,9%)	Influenza A: 11 (5,4%) Influenza B: 2 (0,98%)	Influenza A: 22 (4,3%) Influenza B: 2 (0,4%)
	<b>Autres virus détectés par IF</b>	VRS <sup>b</sup> : 49 (27,7%) Adénovirus/VRS: 1 (0,56%)	VRS: 3 (1,5%) Adénovirus: 11 (5,4%) Adénovirus/Influenza A: 2 (0,98%)	VRS: 39 (7,6%) Adénovirus: 20 (3,9%) Adénovirus/Influenza A: 1 VRS/Influenza A: 3 VRS/Adénovirus: 3 Parainfluenza I: 6 (1,2%) Parainfluenza II: 2 (0,39%) Parainfluenza III: 6 (1,2%) VRS/Parainfluenza I: 1
	<b>Nombre d'isolements</b>	Influenza A: 8 VRS: 9	Influenza A: 9	Influenza A: 20 VRS: 1 Adénovirus: 1 Parainfluenza I: 1 Parainfluenza III: 1
	<b>Souches de virus grippaux</b>	A/Korea/770/2002 like (H3N2)	A/Korea/770/2002 like (H3N2)	A/California/07/2004 like (H3N2)

Année	2003	2004	2005
Hémisphère Sud	A/Panama/2007 like (H3N2) A/New Caledonia/20/99 like (H1N1) A/Fujian/411/02 (H3N2) B (not characterized)	A/Korea/770/02 like (H3N2) A/Fujian/411/02 like (H3N2) B/Sichuan/379/99 like B/Hong Kong/330/01 like	A/California/07/2004 like (H3N2) B/Shanghai/361/2002 like

Année	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Hémisphère Nord	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1) A/Panama/2007/99 (H3N2) B/Victoria like B/Yamagata like	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1) A/Panama/2007/99 (H3N2) A/Fujian/411/02 like (H3N2) B/Victoria/2/87 like B/Yamagata/16/88 like	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1) A/Wyoming/3/2003 A/California/7/2004 B/Victoria/2/87 like B/Yamagata/16/88 like	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1) A/California/7/2004 like (H3N2) A/Wisconsin/67/2005 like (H3N2) B/Shanghai/361/2002 like B/Yamagata like

<sup>a</sup> IF: Immunofluorescence

<sup>b</sup> VRS: Virus Respiratoire Syncytial

**Source:** Laboratoire Dr. Max Bloch, Ministère de la Santé publique et de la Protection sociale, El Salvador.

## Créer un espace budgétaire pour renforcer et développer les programmes nationaux de vaccination en Amérique latine et dans les Caraïbes

La vaccination est une des interventions les plus rentables qui soient en matière de santé publique et elle représente un outil essentiel pour la promotion du développement socioéconomique. Aux Amériques, les programmes de vaccination ont éradiqué la transmission du virus sauvage de la polio, interrompu la transmission endémique de la rougeole et obtenu une couverture vaccinale élevée avec les autres vaccins de base ainsi que des résultats spectaculaires dans la réduction de la mortalité infantile. En dépit de cette réussite, de nouveaux défis se profilent et bien des choses restent à accomplir. Parmi les priorités figurent la finalisation de l'agenda inachevé de vaccination en atteignant ceux qui ne l'ont pas encore été, la réalisation des objectifs d'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et l'introduction des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés contre les infections qui tuent les enfants. Les pays se préparent également à la transition de leurs programmes de la vaccination de l'enfant à celle de la famille. Des approches novatrices et de nouveaux types de partenariats seront requis pour répondre à ces défis.

L'Unité d'immunisation travaille au développement d'un cadre de politique régionale pour aider les pays à finaliser l'agenda inachevé de vaccination et à accroître le rôle de l'immunisation

dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement de réduction de la mortalité infantile et d'amélioration de la santé maternelle. De nouvelles approches concernant un financement durable sont en cours d'examen, qui ont pour objectif d'assurer des flux de financement sur le long terme et fiables pour les programmes de vaccination, principalement au moyen de la création d'un espace budgétaire.

L'espace budgétaire est l'espace dans un budget national qui permet l'apport de ressources sans compromettre la viabilité financière ou la stabilité économique globales. Parmi les stratégies spécifiques pour la création d'un espace budgétaire figurent le nouvel ordre de priorité des dépenses, l'augmentation de l'efficacité et de la transparence, l'amélioration de l'efficacité du recouvrement de l'impôt et l'augmentation des impôts indirects sur les produits causant des problèmes majeurs de santé publique, tels que le tabac, l'alcool et peut-être les armes à feu. D'autres stratégies comprennent le développement de nouvelles sources de revenus, par exemple le produit des recettes des loteries nationales et l'intensification de l'appui extérieur.

À cet égard, l'appui de l'OPS aux pays porte sur les domaines suivants:

1. L'étude de mécanismes pour créer un espace budgétaire consacré aux programmes de vaccination;
2. Le renforcement de la législation sur les vaccins pour réduire les coûts nationaux de transaction (voir « *Analyse de la législation sur la vaccination aux Amériques* » à la page 5);
3. La constitution de nouveaux partenariats pour assurer la prestation des services de santé de base, y compris la vaccination (voir « *Le partenariat OPS-GAVI* » à la page 6); et
4. L'amélioration de l'efficacité du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'acquisition de vaccins et l'élargissement de la participation à ses services pour garantir que les prix des vaccins de nouvelle génération soient abordables pour les pays.

Le cadre de politique régionale en cours de développement dotera les Ministres de la Santé des outils nécessaires pour plaider efficacement auprès des Ministres des Finances que les fonds supplémentaires requis pour financer l'immunisation et introduire de nouveaux vaccins représentent un rendement de premier ordre de l'investissement des maigres ressources nationales.

## Analyse de la législation sur la vaccination aux Amériques

### Antécédents

La viabilité des programmes nationaux d'immunisation (PNI) est un sujet toujours plus essentiel pour les pays alors que les PNI doivent affronter un accroissement de leurs besoins en raison de l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies. Cette préoccupation de viabilité a constitué l'objet d'une séance d'information qui s'est tenue lors de la 46<sup>e</sup> réunion du Conseil directeur de l'OPS à Washington, D.C., en septembre 2005.<sup>1</sup> La séance a mis en relief l'éventail des initiatives pour créer un espace budgétaire pour l'immunisation et réduire les coûts de transaction afin d'améliorer la viabilité des programmes. Parmi ces initiatives, figure une analyse de la législation<sup>2</sup> des vaccins et de sa contribution à la viabilité.

L'objectif de cette analyse est d'assister les pays lors de l'identification des mécanismes législatifs destinés à faciliter la mise en œuvre de leurs programmes d'immunisation et d'assurer la viabilité alors que de nouveaux vaccins et de nouvelles

technologies sont introduits. L'utilisation d'une législation améliorée sur les vaccins peut réduire les coûts de transaction des pays dus à l'acquisition de vaccins et de fournitures pour la vaccination. La législation contribue également au financement fiable et efficace des programmes et à la création d'un espace budgétaire pour l'immunisation.

Les objectifs immédiats comportent:

- La compréhension des pratiques actuelles concernant l'usage de la législation sur les vaccins et l'immunisation;
- L'identification des outils légaux que les pays utilisent pour aider à la viabilité de leurs programmes d'immunisation;
- L'évaluation de la « qualité » des lois promulguées sur la vaccination en utilisant onze critères identifiés comme essentiels et proposés comme références; et
- Un projet de législation modèle qui servira de référence à partager avec les États Membres.

### Méthodologie

Une enquête a été faite auprès des États Membres

concernant les lois, décrets et autre documentation juridique sur les vaccins et/ou la vaccination chez les humains. Vingt-six pays ont confirmé l'existence d'une législation, et 17 ont envoyé des copies de leur législation pour examen. Trois pays ont fait savoir qu'ils étaient sur le point de mettre en vigueur des lois sur les vaccins. Les réponses à l'enquête ont été complétées par une recherche en ligne et une recherche de bibliothèque. Un examen des composantes et du langage de la législation a suivi, utilisant les 11 critères proposés à titre de référence pour évaluer la qualité de la loi. Les critères ont été sélectionnés en considérant la viabilité et le fonctionnement du programme d'immunisation et ont été organisés de la manière suivante:

1. Justification :
  - Fourniture **gratuite** et **universelle** de vaccins par le gouvernement.
2. Ressources :
  - Un **poste budgétaire** dans le budget général pour les vaccins;
  - Des **réglementations de décaissement** garantissant un décaissement ponctuel et fiable des ressources; et
  - Des **exonérations fiscales** pour les vaccins et les fournitures d'immunisation.
3. Acquisition :

<sup>1</sup> Voir *Bulletin d'immunisation*, Vol XXVII, Numéro 5, octobre 2005.

<sup>2</sup> *Comprend les lois, les décrets et les réglementations des échelons inférieurs en général.*

- **Flexibilité de contrat avec les fournisseurs**, y compris les tierces parties, telles que le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'acquisition des vaccins;
  - **Certification facilitée** avec les registres sanitaires; et
  - **Réglementations douanières** rationalisées pour accélérer le processus d'importation et réduire les coûts de transaction.
4. Vaccination :
- **Calendrier de vaccination** existant;
  - **Réglementations de livraison** pour garantir la fourniture sûre et fiable des vaccins;
  - **Immunsation obligatoire**; et
  - **Application** des obligations d'immunsation.

## Résultats préliminaires

L'examen des données a indiqué que la législation sur les vaccins répondait aux onze critères à des degrés divers; toutefois, aucun des répondants à l'enquête n'avait saisi globalement tous les critères dans leur législation (tableau 1).

L'examen de la législation existante et de l'identification des forces et des faiblesses de l'ensemble des lois actuelles concernant l'immunsation aux Amériques a conduit à l'élaboration d'un projet de législation modèle.

Un résultat intermédiaire de cette analyse s'est traduit par un élargissement des conseils techniques que l'Unité d'immunsation offre aux États Membres. Au cours des derniers mois, l'Unité a tenu des consultations avec les États Membres engagés dans des réformes de la législation et du

financement de la vaccination. Ces consultations contribuent à un financement plus stable pour les PNI et à une participation améliorée au Fonds renouvelable.

## Immunsation durable

L'enquête initiale sur la législation sur les vaccins aux Amériques sert de base pour l'élaboration d'une série de principes directeurs qui constitueront le fondement des consultations avec les pays cherchant à renforcer les PNI au moyen d'instruments légaux. Sur ce fondement, l'Unité poursuit d'autres opportunités pour soutenir l'autosuffisance régionale. La législation sur les vaccins continuera à être essentielle pour renforcer la viabilité des PNI aux Amériques. ■

Tableau 1. Analyse de la législation dans certains pays.

	Chili	Équateur	Paraguay	Pérou	Venezuela	Loi	Décret
Date d'entrée en vigueur	2001	1997	2003	2002	1996		
Vaccination gratuite	✓	✓	✓	✓	✓	4	1
Poste budgétaire	✓	✓	✓	✓	✓	5	
Réglementations de décaissement	✓		✓			2	
Exonérations fiscales				✓	✓	2	
Flexibilité de contrat avec les fournisseurs		✓					1
Certification facilitée	✓			✓		1	1
Réglementations douanières	✓			✓		1	1
Calendrier de vaccination	✓		✓	✓		1	2
Réglementations de livraison	✓	✓				1	1
Vaccination obligatoire	✓		✓	✓	✓	3	1
Application de la loi	✓		✓		✓	2	1

## Le partenariat OPS-GAVI

GAVI<sup>1</sup> est un partenariat entre des gouvernements, des organismes internationaux, l'industrie, des institutions de recherche, la société civile et des œuvres philanthropiques visant à sauver la vie des enfants par l'usage amplifié de la vaccination.<sup>2</sup> L'appui de GAVI, en partenariat avec la coopération technique de l'OPS, aux six pays éligibles en Amérique latine et dans les Caraïbes (Bolivie, Cuba, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua), comprend, à ce jour, un financement de récompense pour les efforts dans les domaines suivants:

1. L'atteinte d'un nombre supplémentaire d'enfants avec une couverture intégrale des vaccins de base;
2. Des dons pour améliorer la sécurité des injections; et

<sup>1</sup> Alliance globale pour les vaccins et l'immunsation.

<sup>2</sup> Voir Bulletin d'information du PEV, Vol. XXII, Numéro 1, février 2000.

3. Un financement pour l'introduction de nouveaux vaccins.

L'appui prévu de GAVI aux pays comporte, outre les modes existants, un financement pour renforcer les systèmes de santé liés à l'amélioration de la performance des programmes d'immunsation.

Entre 2000 et 2005, la Bolivie, Cuba, Haïti, le Honduras et le Nicaragua ont reçu des fonds pour améliorer la sécurité des injections en introduisant les seringues autobloquantes. Au cours de cette période, le Guyana a reçu un soutien pour introduire le vaccin pentavalent<sup>3</sup>. Haïti continue d'être éligible pour recevoir un financement de récompense pour chaque enfant supplémentaire intégralement immunisé. Ces fonds deviendront disponibles quand Haïti confirmera le nombre réel d'enfants supplémentaires immunisés par rapport au chiffre

<sup>3</sup> Diphthérie-Tétanos-Polio + hépatite B + Haemophilus influenzae type b.

de référence, et une fois que le pays aura satisfait les exigences d'amélioration de la qualité des données. À partir de 2006, outre le financement de récompense, tous les pays de l'Alliance GAVI pourront recevoir des fonds pour le renforcement des systèmes de santé et l'appui pour l'introduction de nouveaux vaccins, le Guyana pourra recevoir un don pour la sécurité des injections et la Bolivie, le Honduras et le Nicaragua pourront recevoir un financement pour des vaccins antirougeoleux.

Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'acquisition de vaccins continuera à jouer un rôle clé avec GAVI, en appuyant les pays qui auront rempli les conditions à introduire des vaccins de nouvelle génération contre le rotavirus et les pneumocoques.

GAVI a produit un nombre d'outils utiles appuyant la planification et la performance d'une immunsation renforcée dans les pays démunis de ressources. Deux de ces outils – un instrument d'auto-évaluation

## Résumé annuel des indicateurs de surveillance des PFA et de la rougeole/rubéole, 2005

### Indicateurs de surveillance des PFA (paralysie flaccide aiguë) (Période entre les semaines épidémiologiques 01 à 52 2005)

Pays	Nombre de cas	Taux de PFA pour 100.000 <15 ans	% de cas investigués dans les 48 heures	% de cas avec 1 échantillon prélevé dans les 14 jours suivant le début	% de sites notifiant
Argentine	138	1.35	90	65	69
Bolivie	48	1.34	96	77	73
Brésil	609	1.11	98	74	95
Canada	...	...	...	...	...
CAREC	28	0.89 <sup>b</sup>	93	68	100
Chili	98	2.28	80	89	98
Colombie	136	0.97	69	83	93
Costa Rica	18	1.46	56	78	82
Cuba	31	1.42	100	97	100
Équateur	39	0.92	95	69	71
El Salvador	129	5.52	95	92	83
États-Unis	...	...	...	...	...
Guatemala	102	2.24	92	81	56
Haïti	8	0.20	88	13	...
Honduras	93	3.23	97	96	90
Mexique	471	1.48	97	81	90
Nicaragua	31	1.45	100	100	100
Panama	7	0.71	86	71	94
Paraguay	12	0.60	83	75	91
Pérou	84	0.93	89	76	...
République dominicaine	18	0.58	89	67	79
Uruguay	10	1.22	100	70	82
Venezuela	113	1.36	93	80	86
Total	2223	1.32	93 <sup>a</sup>	79 <sup>a</sup>	87 <sup>a</sup>

... non disponible <sup>a</sup> ne comprend pas le Costa Rica. <sup>b</sup> 18 cas de PFA chez des enfants de moins de 15 ans.

### Indicateurs de surveillance de la rougeole/rubéole (Période entre les semaines épidémiologiques 01 à 52 2005)

Pays	% de sites notifiant hebdomadairement	% de cas avec une investigation adéquate	% de cas avec un échantillon adéquat	% d'échantillons arrivant au labo. ≤5 jours	% de résultats de labo. notifiés ≤4 jours	% de cas écartés par le labo.
Argentine	81	5	93	74	87	99
Bolivie	18	97	98	85	72	100
Brésil	91	76 <sup>a</sup>	79	46	91	95
Canada	...	...	...	...	...	...
CAREC	100	79	95	25	95	99
Chili	99	15	86	76	96	99
Colombie	93	49	92	78	89	96
Costa Rica	85	95	100	84	83	87
Cuba	95	81 <sup>a</sup>	100	20	100	95
Équateur	70	60	99	80	88	99
El Salvador	83	56	97	86	90	100
États-Unis	...	...	...	...	...	...
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...
Guatemala	55	93	99	69	84	100
Guyane française	...	...	...	...	...	...
Haïti	94	98	95	58	47	89
Honduras	89	88	99	70	88	99
Martinique	...	...	...	...	...	...
Mexique	93	99 <sup>b</sup>	98	93	77	99
Nicaragua	100	61	100	75	89	100
Panama	94	85	96	64	88	98
Paraguay	91	75	99	90	100	98
Pérou	98	88	85	81	51	90
Porto Rico	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	79	60	100	54	6	91
Uruguay	45	0	100	100	88	100
Venezuela	86	81	95	61	64	96
Total/Moyenne	78	77	86	61	82	95

... non disponible <sup>a</sup> comprend des informations sur la recherche active de cas. <sup>b</sup> ne prend en compte que les visites à domicile dans les 48 heures qui suivent la notification.



**PARTENARIAT OPS-GAVI** from page 6

tion de la qualité des données de vaccination<sup>4</sup> et un tableau des coûts du programme d'immunisation – sont facilement adaptables par tous les pays souhaitant renforcer le rapport des données administratives et de la planification financière basée sur les coûts dans leurs programmes nationaux d'immunisation. Comme telles, ces ressources,

<sup>4</sup> Voir *Bulletin d'immunisation*, Vol. XXVIII, Numéro 1, février 2006.

rendues disponibles grâce au partenariat OPS-GAVI, offrent un bénéfice potentiel pour l'ensemble de la Région.

Le défi que constitue l'introduction de vaccins de nouvelle génération dans l'ensemble de la Région, tout en maintenant les progrès accomplis grâce à l'appui de l'OPS et de GAVI aux pays ayant remplis les conditions, signifie que des partenariats encore plus solides et plus larges seront nécessaires. L'OPS est prête pour cette nouvelle ère d'appui

aux pays et mettra à la disposition des pays l'assistance technique et autre requise pour profiter au maximum des bénéfices qu'apporte GAVI à l'Amérique latine et aux Caraïbes. ■

## Message du Directeur général de l'OMS: Éradication de la poliomyélite et risque de propagation internationale du poliovirus sauvage

Le 27 avril 2006, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, dans un communiqué aux États Membres et aux Membres associés, s'est référé au nouveau risque de propagation internationale du poliovirus sauvage.

L'analyse effectuée sur les informations reçues jusqu'ici en 2006 fait apparaître une meilleure maîtrise du poliovirus dans trois des quatre derniers pays d'endémie. Cette maîtrise est également meilleure dans la plupart des zones du Nigéria. Toutefois, dans certains États du nord du Nigéria, l'incidence de la poliomyélite est plus élevée qu'à la même période en 2003, en 2004 et en 2005. En 2006, des cas ont été régulièrement importés au Niger à partir de ces États. C'est au nord du Nigéria que se situe le risque le plus significatif d'une propagation nouvelle et accrue du poliovirus sauvage.

Pour faire face à ce risque, des campagnes de vaccination antipoliomyélitique à grande échelle ont été prévues dans les États concernés en mai et juin 2006, avant le début du pic saisonnier de transmission du poliovirus au milieu de l'année. Reconnaisant que la transmission est la plus intense dans le centre urbain de Kano, les autorités de cet État ont décidé d'y organiser une tournée supplémentaire de vaccination au milieu du mois d'avril.

L'OMS continuera de surveiller étroitement le risque d'une nouvelle propagation internationale du poliovirus sauvage et apportera les conseils voulus aux États Membres et Membres associés.

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 2 • Avril 2006

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



Bureau régional de l'  
Organisation mondiale de la Santé

### Unité d'immunisation

525 Twenty-third Street, N.W.

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

<http://www.paho.org>

(Search: Immunization Newsletter)