



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXVII, NUMÉRO 6 ► DÉCEMBRE 2005

- 1 Élimination de la rubéole et du SRC au Nicaragua
- 1 Réunions de la Région andine et du Cône Sud
- 6 Partenariat pour l'introduction du vaccin contre le VPH
- 7 Cas rapportés de maladies sélectionnées, 2003-2004
- 8 Guides de terrain sur la vaccination

L'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au Nicaragua

Antécédents

En octobre et novembre 2005, le Nicaragua a mené une campagne nationale de vaccination contre la rubéole, visant tous les hommes et toutes les femmes âgés de 6 à 39 ans. Le slogan de la campagne était « Ensemble, éliminons la rubéole une fois pour toutes » et toute la population du Nicaragua a œuvré lors de la campagne en vue d'éliminer la rubéole. Ces efforts ont porté leurs fruits car aucun enfant au Nicaragua ne naîtra mort-né, aveugle ou handicapé mental à cause de l'infection foetale provoquée par le virus de la rubéole.

La campagne nationale de vaccination s'est avérée être une intervention efficace par rapport au coût. Selon les estimations, la campagne pourrait permettre d'éviter 810 cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) sur les 15 prochaines années. En termes économiques, ceci se traduit par une économie d'environ US \$48,6 millions en coûts médicaux. Le coût de la campagne a été de US \$4,2 millions; par conséquent, chaque dollar investi a produit une économie de US \$11,6. Ces chiffres sont probablement très en deçà de la réalité car ils ne tiennent pas compte du coût social des incapacités dues à la maladie, ni de son impact sur les familles et la société.

Planification et organisation

La stratégie de vaccination utilisée pour éliminer la rubéole exigeait que 100% des taux de couverture soient atteints dans divers groupes cibles (enfants en âge scolaire, adolescents et adultes, hommes et femmes) sur une période de huit semaines. Pour ce faire, le Nicaragua a mis au point un plan d'action détaillé démarrant six mois avant le début de la campagne (figure 1).



Des mères et leurs enfants montrent avec fierté leur carnet de vaccination reçu lors de la campagne de vaccination antirubéolique. (Nicaragua, 2005)

Une des conditions de cette première phase de planification consistait à établir des **directives techniques et opérationnelles**. Elles représentaient le cadre stratégique et méthodologique pour les documents utilisés dans la campagne (manuel de vaccination, protocole de surveillance des ESAVI¹, protocole pour le contrôle des femmes enceintes vaccinées par inadvertance, questions et réponses, et documents de plaidoyer).

À partir de juillet 2005, la **formation**, spécialement adaptée aux niveaux national, départemental et local, a été mise en œuvre. Les objectifs des ateliers de formation consistaient à former les équipes de vaccination,

¹ ESAVI: évènement supposément attribuable à la vaccination ou à l'immunisation.

XIVe Réunion de la Région andine et XVIIe Réunion du Cône Sud sur les maladies évitables par la vaccination

La XIVe Réunion de la Région andine et la XVIIe Réunion du Cône Sud sur les maladies évitables par la vaccination se sont tenues à Asunción, au Paraguay, les 25 et 26 octobre 2005.



Le docteur Nicanor Duarte, Président de la République du Paraguay, recevant le certificat d'appréciation au nom de son pays.

Fait sans précédent, le Président du Paraguay, le docteur Nicanor Duarte Frutos, a participé à la réunion. Le Dr Jon Andrus, Chef de l'Unité d'immunisation du Siège de l'OPS, lui a remis un certificat d'appréciation en reconnaissance des réalisations accomplies par le Paraguay à l'occasion de la campagne de vaccination contre la rubéole que le pays a menée en avril et mai 2005. Dans son allocution, le Président Duarte a remercié tous les membres de l'équipe qui ont fait de la campagne une réussite. Il a indiqué que la santé publique est une priorité au Paraguay, car elle représente un moyen de réaliser le développement social, la prospérité et la paix. Il a souligné que si l'augmentation du budget de la santé est nécessaire, des dépenses plus rationnelles et l'innovation sont également critiques. Le Président Duarte a ajouté que les agents de santé

Voir RÉUNIONS DE LA RÉGION ANDINE ET DU CÔNE SUD page 3

Figure 1. Campagne de vaccination antirougeoleuse et antirubéolique chez les hommes et les femmes de 6 à 39 ans: étapes et activités, Nicaragua, 2005

Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Planification et organisation						Mise en oeuvre		Evaluation
Niveau national						Vaccination dans les lieux où la population se réunit Porte-à-porte Ratissage final		• Certification des couvertures • Leçons apprises
Niveaux regional et local						Vaccination post partum		

Lancement de la campagne →

à élaborer des calendriers spécifiques de travail et à développer des microplans dans l'ensemble des 162 municipalités du pays. Cette formation offrait une opportunité d'améliorer la performance du personnel et de renforcer le Programme élargi de vaccination dans son ensemble.

Étant donné que près de 70% de la population totale du pays ont été vaccinés au cours de cette campagne, le **contrôle de la sécurité de la vaccination** constituait une composante essentielle. La formation d'équipes de réponse aux crises, le financement de l'achat de fournitures pour stocker et administrer les vaccins, ainsi que l'évacuation appropriée des déchets, étaient d'autres activités tout aussi importantes. La collaboration entre le Comité national sur les pratiques de vaccination, les sociétés médicales et scientifiques et les médias a contribué à une meilleure information de la population concernant la sécurité des vaccins.

Le Ministère de la Santé (MINSa) a lancé une **stratégie de communication** dynamique pour accroître la sensibilisation parmi la multitude des acteurs sociaux et les impliquer dans la campagne. La stratégie avait aussi pour but de mobiliser les ressources et d'établir des accords et engagements avec les médias, les sociétés scientifiques, les mouvements communautaires, les organisations non gouvernementales, les organismes de coopération internationale, les Ministères de l'Éducation, de la Culture et des Sports et l'Institut de sécurité sociale du Nicaragua. Une résolution ministérielle a déclaré la campagne priorité de santé publique, ce qui a renforcé la participation politique au plus haut niveau.

Les efforts de **mobilisation sociale** ont été exemplaires. Le Gouvernement du Japon a fait don des vaccins et renforcé la chaîne du froid nationale; les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, le Sabin Vaccine Institute, l'Agence canadienne de développement international, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont apporté leur soutien technique et financier tout au long de la campagne, comme l'ont fait d'autres organismes de coopération technique et financière, tels la Banque interaméricaine de développement

et les gouvernements des pays scandinaves. Aux niveaux local et départemental, de nombreuses organisations publiques et privées sont devenues de nouvelles alliées pour la promotion de la stratégie d'élimination de la rubéole.

La **supervision** a été assurée à tous les niveaux (national, départemental et local). Ce processus s'est focalisé sur des stratégies ciblant trois phases clés de la campagne: (1) avant qu'elle ne commence, pour revoir conjointement les microplans; (2) après la vaccination dans les endroits où se rassemble la population (lieux de travail, écoles, marchés, etc.), pour évaluer les résultats obtenus par rapport au plan; et (3) après avoir terminé la vaccination porte-à-porte, pour réaliser le suivi rapide de la couverture (SRC).

Exécution de la campagne

La campagne a été lancée au moyen d'un effort national mettant en vitrine l'implication de la société du Nicaragua et l'engagement des médias. Les journalistes de radio et de télévision ont signé un accord de collaboration avec le Ministère de la Santé pour cet événement (« *Hablatón Nacional por la Salud* »). Le 1er novembre 2005, ces médias ont diffusé simultanément à l'intention de tous les systèmes de soins de santé locaux du pays, et pendant trois heures, un seul et unique slogan: « *Une communauté unie pour un Nicaragua en bonne santé* ».

La mise à exécution de la stratégie nationale a nécessité l'emploi de différentes tactiques pour atteindre l'ensemble de la population cible. Parmi ces tactiques il faut compter la vaccination sur les lieux de travail, sur les marchés, aux arrêts d'autobus, dans les écoles et autres

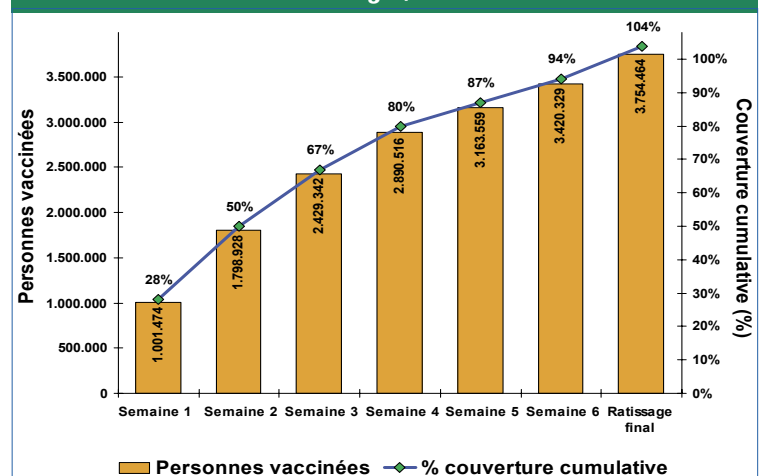
centres d'enseignement, en utilisant des postes à la fois fixes et mobiles, suivie par la vaccination porte-à-porte. La réponse de la population a été massive, les personnes se présentant spontanément pour être vaccinées aux postes fixes et mobiles dans le pays tout entier.

Le système d'information et le travail des « centres d'opération » ont joué un rôle déterminant dans la phase d'exécution de la campagne. Des équipes dans ces centres ont analysé la couverture sur une base journalière, identifié les zones qui étaient à la traîne, suivi la mise en œuvre des pratiques sûres de vaccination et évalué le besoin de renforcer les messages d'information, de modifier les tactiques et d'adapter les priorités d'action. Ces équipes ont aussi notifié les progrès de manière quotidienne à tous les intervenants.

Après le premier mois de la campagne, 80% de la population ciblée avaient été vaccinés. Les activités finales de ratissage ont fait monter le taux de couverture à 105% (figure 2), 101% chez les hommes et 109% chez les femmes. Les chiffres dépassant 100% s'expliquent par le manque de dénominateurs démographiques précis et par la vaccination de personnes n'appartenant pas à la population cible. Dans tous les groupes d'âge et de sexe, les taux de couverture étaient supérieurs à 95%. Les résultats des SRC ont indiqué que la couverture locale était supérieure à 98%. De plus, les personnes « non vaccinées » identifiées lors des SRC étaient alors vaccinées.

Au cours de l'exécution de la campagne, le Nicaragua a fait face à de nombreux défis, tels une flambée de dengue, des communautés bloquées par de fortes pluies et des inondations, des grèves du personnel médical et les effets de l'ouragan Beta, qui s'est abattu sur la côte caraïbe

Figure 2. Campagne de vaccination antirougeoleuse et antirubéolique chez les hommes et les femmes de 6 à 39 ans: couverture cumulative, Nicaragua, 2005



Source: Centre d'opérations, campagne antirubéolique, Ministère de la Santé, Nicaragua.

à la fin d'octobre. Les autorités et le personnel sanitaires ont poursuivi leurs efforts en dépit de ces situations difficiles. Là où il y avait des problèmes, des solutions ont été recherchées, comme la vaccination dans les camps où les gens se sont réfugiés suite à l'ouragan. Outre la vaccination contre la rubéole, des messages éducatifs sur la prévention de la dengue et des infections respiratoires ont été diffusés. La campagne a été considérée comme l'occasion d'accroître le taux de couverture des services de soins de santé primaires dans les zones les plus reculées du pays. Comme le vaccin combiné rougeole-rubéole (RR) était administré, l'intervention a également aidé à renforcer l'élimination de la rougeole.

Évaluation finale et certification de la couverture

Afin de vérifier que la totalité de la population masculine et féminine âgée de 6 à 39 ans avait été effectivement vaccinée, les municipalités ont non seulement mené des SRC mais ont aussi vérifié les carnets de vaccination avec la coopération des entreprises, des écoles et des universités, en plus des SRC porte-à-porte. Ce processus a permis d'identifier et de vacciner les « non vaccinés » et de compléter les registres officiels de couverture de la campagne.

Une équipe d'évaluateurs externes a été formée pour appuyer les efforts locaux et certifier la couverture de la campagne aux niveaux national et local. Les données collectées par chaque municipalité ont été analysées, y compris une étude de l'achèvement des microplans et objectifs de production, les

données de couverture municipale par âge et par sexe, les résultats des SRC et les décisions prises sur la base des constatations. À partir de cette analyse et des discussions conjointes avec les équipes locales, les évaluateurs extérieurs ont effectué des SRC supplémentaires dans certaines communautés à titre d'étape préalable à la certification finale.

Leçons apprises

La campagne de vaccination contre la rubéole au Nicaragua a généré de nombreuses leçons, la plus essentielle étant le contrôle systématique des progrès de la campagne dès le stade de la planification. D'autres éléments clés sont décrits dans l'encadré à droite.

Le Nicaragua a démontré que même en dépit de circonstances socio-économiques et épidémiologiques difficiles, il est possible d'identifier des opportunités et d'atteindre les objectifs ayant trait à l'élimination des maladies tout en ayant un impact sur d'autres crises sanitaires. La motivation, l'attitude positive et l'engagement caractérisant le personnel du MINSA, la participation active d'un réseau de volontaires et de membres de brigades et la réponse enthousiaste de la population ont été les piliers de la réussite de la campagne. ■

Références:

1. Ministère de la Santé, Nicaragua. *Manual de lineamientos técnicos operativos de la campaña de vacunación para la eliminación de la rubéola. Managua, Nicaragua: Ministère de la Santé, 2005.*
2. Ministère de la Santé, Nicaragua. *Campaña Nacional de Vacunación contra la rubéola [Web Site].*

Composantes clés pour la réussite

- Engagement politique et plaidoyer efficace;
- Communication et participation sociale étendues;
- Organisation, formation et planification minutieuses;
- Usage approprié de l'information pour les prises de décision;
- Formation de partenariats à tous les niveaux avec de multiples acteurs sociaux;
- Contrôle efficace et adéquat de la sûreté de la vaccination;
- Identification des opportunités de vaccination;
- Exécution d'activités intégrées de santé; et
- Recherche d'opportunités face à des situations difficiles.

Disponible à <http://www.minsa.gob.ni/rubeola/index.htm>

3. Organisation panaméricaine de la Santé. *Elimination of Rubella and Congenital Rubella Syndrome: Field Guide. Washington, D.C. 2005. Scientific and Technical Publication N° 606.*

RÉUNIONS DE LA RÉGION ANDINE ET DU CÔNE SUD

suite de la page 1

avaient écrit un nouveau chapitre de l'histoire du Paraguay tout en contribuant à l'amélioration de la vie de ses habitants.

Des délégations de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Chili, de la Colombie, de l'Équateur, du Paraguay, du Pérou, de l'Uruguay et du Venezuela ont participé à la réunion. Le Paraguay avait également invité des agents de tous les niveaux de son système de santé. Des représentants du Ministère de l'Éducation, de la Sécurité sociale, de l'UNICEF, du Centre pour les Études démographiques, de la Banque interaméricaine de développement, du *Plan Internacional* et de la Croix-Rouge paraguayenne étaient également présents à la réunion.

Le Dr Carmen Serrano, Représentante de l'OPS au Paraguay, a souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr Andrus a mis en relief l'information qui guide les pays dans leurs efforts pour hiérarchiser les priorités de l'agenda inachevé de vaccination. Le Dr Roberto Dullack, Vice-ministre de la Santé publique et de la Protection sociale du Paraguay, a inauguré la réunion et souligné le panaméricanisme du programme d'immunisation. Le Dr Maria Teresa

León Mendaro, Ministre de la Santé du Paraguay, a présenté les résultats et les leçons apprises de la campagne de vaccination pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) menée au Paraguay en 2005.

Objectifs de la réunion

- Discuter de ce que font les pays pour réaliser une couverture uniforme et détecter en temps voulu la réintroduction du virus sauvage de la rougeole et la façon dont ils prévoient de prévenir la circulation autochtone.
- Examiner la situation actuelle des pays et les progrès vers l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC.
- Examiner la situation actuelle concernant les oreillons.
- Examiner les résultats de la Semaine de Vaccination aux Amériques (SVA) 2005 et planifier la SVA 2006.¹

¹ Voir le *Bulletin d'immunisation*, vol. XXVII, numéro 5, octobre 2005.

- Analyser l'état actuel de la vaccination contre la grippe saisonnière et examiner certaines stratégies de vaccination en cas de pandémie.
- Analyser l'état actuel et les perspectives futures concernant l'introduction de nouveaux vaccins.
- Examiner les aspects de la gestion du programme d'immunisation tels que la pérennité, l'évaluation du Fonds renouvelable de l'OPS et le contrôle de qualité des seringues.

Rougeole

Trois cas de rougeole ont été notifiés en Amérique du Sud en 2003 (deux au Brésil et un au Chili), aucun n'a été notifié en 2004 et six l'ont été en 2005 (faisant tous partie d'une flambée au Brésil). Tous ces cas étaient importés ou liés à une importation; la majorité des patients n'avait pas été vaccinée contre la rougeole.

L'expérience montre que lorsqu'on obtient une couverture élevée et uniforme avec le vaccin antirougeoleux, une détection fiable jointe à une surveillance agressive des cas présumés limiteront l'impact des importations du virus rougeoleux. Tous les pays de la sous-région sauf un ont

notifié une couverture vaccinale antirougeoleuse supérieure à 90% en 2003 et 2004. Le Venezuela a notifié une couverture de 82% en 2003 et de 80% en 2004. De plus, six pays – l'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Paraguay et l'Uruguay – ont recommandé une deuxième dose de vaccin antirougeoleux dans leur calendrier national de vaccination. Le Paraguay et l'Uruguay (2003), le Brésil (2004) et l'Argentine (2005) ont mené des campagnes de suivi afin de limiter l'accumulation des sujets susceptibles. Le Chili commencera une campagne de suivi en novembre 2005. C'est au Venezuela que l'on trouve la plus grande accumulation de sujets susceptibles à la rougeole car la dernière campagne de suivi a eu lieu en 2001. Une campagne prévue pour 2005 a été reportée à 2006. Malgré les taux globaux élevés de couverture vaccinale antirougeoleuse, il existe d'importantes poches de sujets susceptibles en Amérique du Sud. Selon les données de 2004 (ou de 2003 si les données de 2004 ne sont pas disponibles), la couverture antirougeoleuse dans 48% des municipalités était inférieure à 95%. La proportion de municipalités ayant une couverture inférieure à 80% est particulièrement importante en Colombie (57%), au Venezuela (55%) et en Bolivie (53%), bien qu'il soit possible que certains de ces résultats attestent de problèmes de dénominateur.

Tous les pays ont réalisé une bonne intégration de la surveillance de la rougeole et de la rubéole. Toutefois, il reste des défis concernant certains indicateurs de surveillance et il faut adapter les solutions à la réalité de chaque pays. Un niveau élevé de coordination inter-pays est essentiel à la réussite d'une surveillance intégrée dans les zones frontalières.

Recommandations:²

- Les pays doivent continuer à contrôler l'accumulation des sujets susceptibles à la rougeole. Les pays recommandant une deuxième dose de vaccin antirougeoleux dans le calendrier de vaccination systématique doivent invariablement collecter les données de couverture. Une campagne de suivi continue de s'imposer chaque fois qu'il existe des preuves d'une accumulation de sujets susceptibles.
- Les pays doivent renforcer leurs efforts pour atteindre une couverture vaccinale antirougeoleuse supérieure à 95% dans toutes les municipalités. Il faudra identifier les municipalités à risque et développer et mettre en œuvre des plans d'action pour améliorer la couverture.
- Les groupes de population éloignés ou marginalisés nécessitant une vaccination supplémentaire, par exemple dans le contexte de la SVA, doivent être identifiés.
- Une surveillance épidémiologique active de la rougeole et de la rubéole doit prendre place dans toutes les municipalités, comprenant le dépistage actif dans les municipalités à risque

élevé et dans les zones épidémiologiquement muettes. Il faut aussi assurer l'investigation épidémiologique rapide (avant la disponibilité des résultats sérologiques), c'est-à-dire l'obtention d'échantillons représentatifs pour la détection virale.

- Les pays doivent réévaluer l'accomplissement des indicateurs de surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole. Ils doivent prendre des mesures pour garantir une surveillance adéquate, telle que la mise en place de nouveaux moyens de collecte d'échantillons sanguins (papier filtre) et l'utilisation de prélèvements buccaux, et envisager de nouvelles solutions.
- Il faut mettre en place des plans pour répondre aux importations et veiller à ce qu'une équipe responsable et des fonds disponibles puissent être libérés rapidement.

Rubéole et SRC

À la suite de la résolution en faveur de l'élimination de la rubéole et du SRC d'ici 2010, adoptée par le 44e Conseil directeur de l'OPS en 2003, les pays de la Région andine et du Cône Sud ont fait état de progrès notables dans l'exécution de stratégies visant une interruption effective de la transmission de la rubéole endémique. Le Chili (1999) et le Brésil (2001-2002) ont mené des campagnes de vaccination destinées uniquement aux femmes. L'Équateur (2004) et le Paraguay (2005) ont mené des campagnes de vaccination en masse ciblant les adolescents et les adultes (hommes et femmes), atteignant des niveaux de couverture supérieurs à 95%. Le Venezuela a réalisé la première phase de sa campagne, en vaccinant les enfants de moins de 16 ans, en juin 2005. À l'heure de la réunion, la Colombie était au milieu d'une campagne ciblant les hommes et les femmes de 14 à 39 ans. Les dix pays notifient tous les cas de rubéole à l'OPS sur une base hebdomadaire. Sept d'entre eux notifient également les cas de SRC toutes les semaines; toutefois, la surveillance du SRC demeure encore incomplète.

Recommandations:²

- La complexité de la vaccination adulte et les leçons apprises des campagnes récemment menées dans la Région ont montré qu'une très bonne planification est requise, en particulier une microprogrammation avec la participation communautaire pour la recherche des ressources. Les données de surveillance présentées ont également montré le besoin d'inclure les hommes dans les campagnes de vaccination.
- À travers la coordination inter-agences, intersectorielle et interinstitutionnelle, les pays doivent poursuivre leurs efforts pour mobiliser et allouer les ressources requises pour garantir tous les aspects du plan d'élimination de la rubéole, en particulier pour exécuter des campagnes de vaccination dans les pays restants.

- Les pays qui ont mené des campagnes de vaccination de masse visant uniquement les femmes doivent déterminer le degré de transmission du virus de la rubéole et de susceptibilité parmi les hommes. Cette action permettra de trouver la stratégie la plus appropriée pour réduire le nombre d'hommes susceptibles.
- À ce stade de l'élimination, il faut arriver à l'intégration totale de la surveillance active de la rougeole et de la rubéole, à une investigation épidémiologique appropriée et au contrôle des contacts. Il est recommandé d'atteindre et de maintenir les indicateurs de surveillance supérieurs à 80%, et d'au moins 95% pour les cas écartés par les laboratoires. Les pays doivent s'évertuer à identifier la source d'infection des cas confirmés et les classer comme des cas importés, des cas liés à une importation ou des cas autochtones.
- Les agents de santé doivent prélever des échantillons pour détection et isolement viraux au premier contact avec le patient (0-5 jours). Les prélèvements nasopharyngés sont le premier choix pour l'isolement viral. Dans des chaînes de transmission étendues telles que les flambées, il faudra collecter des échantillons de 5-10 cas au début de la flambée, suivis par des échantillons subséquents prélevés à des intervalles périodiques tous les 2 à 3 mois, et d'autres échantillons vers la fin de la flambée.
- Pour les situations spéciales, comme les femmes enceintes, les cas estimés être liés au vaccin et les cas « faux positifs » ou les cas de « réactions croisées », il faut procéder à une analyse épidémiologique détaillée au cas par cas. Il faut toujours envisager d'autres méthodes de confirmation de laboratoire, telles que la détection et l'isolement viraux. Les cas spéciaux devront être classifiés par un panel national d'experts qui font partie du Comité national sur les pratiques de vaccination.
- Les activités de surveillance du SRC doivent être renforcées en a) améliorant le contrôle des femmes enceintes exposées à la rubéole ou atteintes de la rubéole durant la grossesse; b) identifiant les signes qui pourraient déclencher une alerte de présomption du SRC au premier niveau de soins (bilan périodique des enfants sains); c) utilisant le système de surveillance informatisé du SRC pour les rapports hebdomadaires; et d) prélevant des échantillons pour le test d'IgM et la détection virale de tous les cas présumés de SRC.

Oreillons

En 2005, l'Uruguay a subi une flambée importante d'oreillons avec 1171 cas notifiés jusqu'à la semaine épidémiologique 40. Cette flambée a principalement affecté les jeunes de milieu socio-économique élevé de la tranche d'âge 17-26 ans, dont la plupart avaient reçu une dose unique de vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR). Depuis

² Pour les recommandations complètes, veuillez vous adresser à l'Unité d'immunisation à fch_im@paho.org.

2005, tous les pays des Amériques à l'exception de Haïti incluent une ou deux doses de vaccin ROR dans leurs calendriers de vaccination.

Recommandations:²

- Les pays sont exhortés à considérer les oreillons, comme une maladie devant être notifiée, ou à intensifier la surveillance si elle existe déjà, afin de mieux comprendre le comportement de cette maladie dans la Région.
- Les données sur les oreillons doivent être présentées à la prochaine réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination afin d'évaluer leur importance dans le contexte des plans d'élimination de la rougeole et de la rubéole.

Grippe

Le monde se trouve actuellement en phase 3 des six phases de l'OMS d'alerte pandémique en raison de l'activité accrue de la grippe aviaire A hautement pathogène (H5N1), provoquant quelques cas chez les humains mais une transmission limitée d'être humain à être humain. L'OMS et l'OPS ont exhorté les pays à élaborer un plan de préparation à la pandémie de grippe. À ce jour, l'Argentine, le Brésil et le Chili ont préparé ces plans.

La vaccination systématique contre la grippe saisonnière ciblant les groupes à risque élevé de complications contribue à la réduction du fardeau de la grippe. En outre, l'usage annuel systématique du vaccin aide à accroître la capacité de production globale, ce qui est important pour la fabrication du vaccin contre la pandémie.

Dans un effort visant à élargir l'équité et l'accès à la vaccination antigrippale dans la Région, le Fonds renouvelable de l'OPS a commencé à offrir le vaccin contre la grippe saisonnière en 2003. À présent, 12 pays achètent le vaccin par l'intermédiaire du Fonds et 19 pays de la Région ont demandé le vaccin pour 2006.

L'OPS appuie les pays d'Amérique latine, en particulier le Mexique et le Brésil, pour accroître leur capacité de production de vaccin antigrippal. À cette fin, des alliances avec des laboratoires producteurs de vaccins sont en train d'être forgées pour faciliter le transfert de technologie aux pays de la Région.

Recommandations:

- Les pays doivent établir les priorités pour le développement de plans de préparation à la pandémie de grippe. Étant donnée la disponibilité limitée d'un vaccin contre la pandémie, différents scénarios doivent être envisagés pour définir les groupes à risque élevé devant être vaccinés lors d'une pandémie.
- Les responsables de l'immunisation sont instamment priés de participer activement aux Comités nationaux de préparation à la pandémie et au développement et à l'exécution des plans de préparation à la pandémie.
- En réponse aux flambées de grippe aviaire dans la Région, les travailleurs agricoles exposés aux oiseaux infectés par le virus aviaire doivent être vaccinés contre la grippe saisonnière afin de minimiser le risque de co-infection avec les virus aviaire et humain.

- Les pays doivent effectuer des études sur le fardeau de la maladie et l'impact économique des épidémies annuelles de grippe pour servir de base à la formulation et à l'exécution des politiques de vaccination dans le contexte d'autres priorités nationales de la santé.
- Les groupes à risque tels que les personnes âgées, les patients souffrant de maladies chroniques, les populations immunodéficientes, les professionnels de la santé, les femmes enceintes et les enfants âgés de 6 à 23 mois doivent être vaccinés contre la grippe saisonnière comme l'ont recommandé l'OMS et le GCT en 2004. Si les ressources sont restreintes, il faudra donner la priorité aux personnes âgées.

Gestion programmatique

Les pays ont été invités à se pencher sur l'agenda inachevé de l'amélioration de la couverture vaccinale dans les districts à faibles résultats, tout en introduisant les vaccins sous-utilisés, dont ceux contre la grippe saisonnière et la fièvre jaune, et les nouveaux vaccins (quand ils sont indiqués sur le plan épidémiologique) dans les calendriers de vaccination systématique.

Le coût à la hausse du paquet de base des vaccins a été souligné. De nouvelles approches pour un financement durable, focalisé sur la création d'un espace budgétaire et le rôle crucial d'une législation nationale efficace en faveur de la vaccination, ont été présentées. Les initiatives actuelles de l'OPS pour améliorer l'efficacité du Fonds et le plan régional pour le contrôle de la qualité et la sécurité des seringues ont également été discutés.

Recommandations concernant les nouveaux vaccins

Recommandations générales

- Tous les programmes nationaux de vaccination doivent demander que les Comités nationaux sur les pratiques de vaccination évaluent les risques et les avantages des nouveaux vaccins et établissent les priorités des problèmes liés à l'introduction des vaccins.
- Les Comités nationaux sur les pratiques de vaccination doivent participer à part entière au processus d'évaluation des nouveaux vaccins. Il faut accorder une attention spéciale à la pérennité financière; la législation peut constituer un outil pour assurer l'acquisition des vaccins.
- Il faut établir un engagement pour maintenir un approvisionnement permanent de vaccins. La surveillance doit être en place pour suivre l'impact de l'intervention.

Rotavirus

Avec la possibilité présente de l'introduction du vaccin contre le rotavirus, il est impératif que les

pays mettent en œuvre un système de surveillance de la diarrhée à rotavirus. L'OPS appuie les pays dans l'établissement de systèmes de surveillance sentinelle hospitalière de la diarrhée à rotavirus des enfants âgés de moins de 5 ans.

Recommandations:²

- Les pays qui ont mis en place des systèmes de surveillance sentinelle du rotavirus doivent les renforcer. Les pays qui n'ont pas commencé cette mise en place sont exhortés à préparer leurs protocoles d'étude et à rapidement mettre en œuvre la surveillance.
- Afin de permettre les comparaisons de données entre pays, il est recommandé d'utiliser les définitions normalisées de cas, de critères d'exclusion, de techniques de laboratoire et de collecte des données suivant le protocole générique de l'OMS.
- La méthodologie concernant les études économiques telles que les études de coûts-avantages et de coût-efficacité doit être normalisée afin de faciliter la comparaison entre les pays.

- Les pays doivent renforcer leurs systèmes pour surveiller des manifestations adverses suite à la vaccination, en coordination avec les autorités nationales de réglementation.

Virus du papillome humain

En Amérique latine et dans les Caraïbes, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer invasif du col utérin est de 77 291, dont 30 570 résultent en un décès. Les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH), cause majeure du cancer du col utérin, seront probablement disponibles à partir de 2006.

Recommandations:

- Les pays doivent collecter les données pertinentes sur le cancer du col utérin, en particulier sur le fardeau de la maladie et ses coûts.
- Il faudra mener des études de coût-efficacité et des études sur l'acceptabilité d'un vaccin contre le VPH dans nos pays.
- Il faut encourager le plaidoyer pour la prévention du cancer du col utérin à l'aide de vaccins contre le VPH.

Recommandations:

• Les pays doivent utiliser la législation sur l'immunisation pour assurer une rubrique budgétaire pour les vaccins et les fournitures, ouvrant ainsi un espace budgétaire pour les programmes de vaccination. Les pays qui ne disposent pas de cette législation sont encouragés à travailler avec leur ministère des

finances et leur congrès pour créer une rubrique budgétaire pour l'immunisation.

• L'évaluation du Fonds doit être terminée afin d'élargir son rôle en tant qu'acheteur de vaccins en grande quantité, d'améliorer son efficacité et de le positionner pour l'avenir dans le contexte de l'introduction de nouveaux vaccins. De plus, le Fonds peut avoir une influence sur la création

d'un espace budgétaire pour les vaccins au niveau national.

• Le plan régional de contrôle de qualité pour les seringues achetées par l'intermédiaire du Fonds, de leur acquisition à leur destruction finale, doit être achevé. ■

Partenariat pour l'introduction du vaccin contre le VPH

Le 5 octobre 2005, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a tenu une réunion à Washington, D.C. sur l'établissement d'un partenariat pour l'introduction du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). L'objectif spécifique de cette réunion était d'accélérer et de renforcer le dialogue entre agences partenaires invitées¹ concernant leur intérêt et leurs plans relatifs à l'introduction des vaccins contre le VPH. Neuf agences partenaires et deux fournisseurs de vaccins² ont participé à cette réunion.

Certains des défis majeurs apparentés à l'introduction et à la pérennité de nouveaux vaccins ont été identifiés: les coûts; les budgets nationaux et les priorités de santé publique; les inégalités entre pays développés et pays en développement concernant le rythme d'adoption des nouveaux vaccins; et l'approvisionnement insuffisant en vaccins pour satisfaire la demande mondiale. Parmi les conditions préalables pour minimiser ces défis, il faut compter:

- Le besoin de créer des partenariats mondiaux efficaces pour appuyer la recherche et le développement des vaccins tout en renforçant la probabilité que les nouveaux vaccins deviennent disponibles à des prix abordables;
- Le besoin pour les gouvernements de créer un espace budgétaire dans leurs budgets nationaux afin de résoudre les questions de pérennité; et
- Le besoin constant de promouvoir le développement du Fonds renouvelable de l'OPS en tant que mécanisme régional d'acquisition des vaccins.

Le fait que l'introduction de la vaccination contre le VPH doit être considérée comme complémentaire au dépistage du cancer du col utérin dans la période

postérieure au vaccin a été un des thèmes récurrents émergeant de cette réunion. Les participants ont identifié plusieurs domaines de travail et de recherche conjoints et complémentaires. Les expressions d'intérêt et la volonté des partenaires à travailler avec l'OPS se sont principalement focalisées sur les domaines suivants:

- La formulation conceptuelle et technique et le développement de systèmes de surveillance et d'outils pour le VPH;
- Le développement d'autres systèmes pour surveiller l'impact du vaccin contre le VPH;
- Le dépistage cervical dans la période postérieure au vaccin contre le VPH afin d'intensifier la possibilité du contrôle global du cancer;
- L'étude de différentes stratégies pour atteindre les populations insuffisamment desservies et réduire les disparités du fardeau du cancer;
- L'application des leçons apprises concernant les opérations du Fonds renouvelable de l'OPS; et
- Le partage des données des études cliniques et des modèles mathématiques afin d'apporter des

preuves au plaidoyer et aux décisions en matière de santé publique.

Parmi les recommandations qui ont émergé de la réunion, on peut citer:

- Un atelier technique postérieur, réunissant un groupe plus large de partenaires et de chercheurs, sera organisé avec les membres du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination en mai 2006.
- Le partenariat examinera la note de synthèse technique de l'OMS sur les vaccins contre le VPH, lorsque cette dernière sera disponible lors du premier trimestre de 2006.
- Le rapport de cette réunion devra être partagé avec tous les États Membres de l'OPS.
- Il faut saisir l'opportunité de promouvoir les recommandations émergeant de cette réunion lors du Congrès mondial du cancer parrainé par l'UICC, qui doit se tenir en juillet 2006 à Washington, D.C.

En plus d'approfondir le travail déjà commencé, l'OPS invitera les pays à participer au cours des mois à venir et procédera à la consolidation et à la formalisation de ce partenariat. ■



Les participants à la réunion sur le partenariat pour l'introduction du vaccin contre le virus du papillome humain lors d'une pause.

¹ L'OPS, l'OMS, l'Union internationale contre le cancer (UICC), American Cancer Society (ACS), l'Agences des États-Unis pour le Développement International (USAID), United States National Cancer Institute (NCI), Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique), Program for Appropriate Technology in Health (PATH) et la Fondation Bill and Melinda Gates.

² GlaxoSmithKline Biologicals et Merck & Company, Inc.

Cas rapportés de maladies sélectionnées, 2003-2004

Nombre de cas de rougeole, rubéole, syndrome de rubéole congénitale (SRC), poliomyélite, tétanos, diphtérie et coqueluche

Pays	Rougeole confirmée		Rubéole confirmée		SRC	Polio		Tétanos				Diphtérie		Coqueluche	
	2004*	2003*	2004*	2003		2004	2003	Non néonatal		Néonatal		2004	2003	2004	2003
							2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	...	0	-	0	-	-	...	0
Antigua et Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	...	...	...	...	-	...	...
Argentine	-	-	6	8	-	-	-	25	25	-	-	-	1	976	643
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...	-	-	-	...
Barbade	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	...	-	...	-
Bélice	-	-	0	0	-	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0
Bermudes	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	-	-	-	0
Bolivie	-	-	12	41	-	-	-	29	16	4	3	2	3	6	46
Brésil	-	2**	319	563	16	-	-	463	513	14	15	15	49	1.146	1.110
Îles vierges britanniques	-	-	-	-	...	-	-	-	...	...	-	-	-	...	-
Canada	7**	15**	...	...	1	-	-	2	-	-	-	1	2	2.697	1.863
Îles Caïman	-	-	-	-	...	-	-	-	-	-	-	...	...	...	-
Chili	-	1**	3	2	-	-	-	10	10	-	-	-	-	1.059	1.106
Colombie	-	-	45	47	-	-	-	...	0	8	7	-	1	25	140
Costa Rica	-	1**	0	0	-	-	-	-	0	-	1	-	-	13	27
Cuba	-	-	18	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Dominique	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	...	-	...	-
République dominicaine	-	-	7	4	-	-	-	49	53	5	4	122	38	53	23
Équateur	-	-	79	94	...	-	-	4	...	12	7	-	-	-	127
El Salvador	-	-	1	3	-	-	-	7	6	1	0	-	-	1	8
Guyane française	-	-	...	-	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenade	-	-	-	-	...	-	-	-	0	-	-	-	-	...	-
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	-	-	36	5	2	-	-	3	5	1	1	-	-	391	350
Guyane	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	...	-
Haïti	-	-	3	2	...	-	-	-	0	33	4	37	2	44	5
Honduras	-	-	1	1	-	-	-	13	23	1	4	-	-	104	93
Jamaïque	-	-	-	-	-	-	-	11	2	-	-	-	-	5	5
Martinique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	64	44**	699	35	5	-	-	68	82	4	4	-	-	137	72
Montserrat	-	-	-	-	...	-	-	...	0	...	-	...	-	...	-
Antilles néerlandaises	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	-	-	6	5	-	-	-	5	5	-	0	-	-	-	0
Panama	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	0	-	-	12	11
Paraguay	-	-	1	11	1	-	-	12	22	5	4	4	2	40	48
Pérou	-	-	1.759	328	1	-	-	52	58	4	11	-	-	201	68
Porto Rico	-	-	-	-	...	-	-	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint Vincent et les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...	-	...	-	...
Saint Kitts et Nevis	-	-	-	-	-	-	-	...	0	-	-	-	-	-	-
Sainte Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	...	-	...	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Trinité et Tobago	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	-	...	-	...
Îles turques et caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...	-
États-Unis d'Amérique	37§	56†	10	7	1	-	-	34	20	...	...	-	1	25.827	10.098
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1
Venezuela	-	-	96	36	...	-	-	35	34	-	0	-	-	715	408
TOTAL	108	119	3.101	1.192	27	-	-	825	881	93	65	181	99	33.452	16.252

... donnée non disponible
- magnitude zéro

* cas confirmés par laboratoire ou cliniquement
** dû à une importation

§ desquels 23 cas ont été importés
† desquel 24 cas ont été importés

Source: rapports des pays à l'Unité d'immunisation

Mis à jour le 21 décembre 2005

Nouvelles publications de l'Unité d'immunisation: une série de six guides de terrain sur la vaccination

Afin de promouvoir la meilleure qualité technique possible, l'Organisation panaméricaine de la Santé publie six guides de terrain pratiques préparés par l'Unité d'immunisation (Domaine de la santé familiale et communautaire). Les guides de terrain sur la poliomyélite, la rougeole et le tétanos néonatal sont des deuxièmes éditions de publications antérieures. Les guides de terrain sur la rubéole, sur la fièvre jaune et sur la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, *Haemophilus influenzae* type b et l'hépatite B sont trois nouvelles publications. Les techniques les plus récentes pour l'élimination des maladies et le perfectionnement et l'accélération du contrôle des maladies évitables par la vaccination sont présentées dans les guides de terrain. Ces guides comportent également des méthodes et procédures normalisées pour mener la surveillance épidémiologique et maintenir un système d'information actualisé qui facilite la prise de décisions efficaces et en temps voulu.

Ces guides de terrain se fondent sur l'information scientifique la plus récente et ils rassemblent l'expérience d'éminents professionnels de la santé sur le terrain. Par conséquent, ils sont particulièrement appropriés à la promotion de stratégies ayant déjà fait leurs preuves. Le renforcement des activités de prévention, la réduction des inégalités en santé et la promotion de l'expertise technique dans les services de vaccination sont les principes directeurs ayant régi la préparation des guides.

Pour plus amples information, veuillez consulter: http://www.paho.org/english/ad/fch/im/FieldGuide_Index.htm. ■



Errata: calendriers de vaccination 2005

Suite à la publication dans notre numéro d'avril (Vol. XVII, numéro 2) des calendriers de vaccination pour l'Amérique latine, des changements pour le Chili, la Colombie et le Costa Rica nous ont été signalés. Voir <http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/sne2702.pdf> pour calendrier actualisé.

Suite à la publication dans notre numéro d'août (Vol. XVII, numéro 4) des calendriers de vaccination pour les Caraïbes, le Canada et les États-Unis, des changements pour Anguilla, Aruba, les Antilles néerlandaises (Bonaire, Curaçao, Saba, Saint-Eustache, Saint-Martin), les îles vierges britanniques

et Saint-Vincent et les Grenadines nous ont été signalés. Voir <http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/sne2704.pdf> pour calendrier actualisé.

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 XXVII, Numéro 6 • Décembre 2005

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)