



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXIX, NUMÉRO 1 ► FÉVRIER 2007

- 1 Mise à jour sur les flambées de rougeole
- 1 Mise à jour sur la vaccination antigrippale
- 3 Hospitalisation des enfants due à la pneumonie en Uruguay
- 5 Semaine de la Vaccination aux Amériques
- 5 Prix des vaccins du Fonds de roulement, 2007
- 6 Élimination de la rubéole aux Amériques
- 7 Indicateurs de PFA et de rougeole/rubéole, 2006

Mise à jour sur les flambées de rougeole aux Amériques

La transmission endémique du virus rougeoleux autochtone a été interrompue aux Amériques en novembre 2002. Toutefois, des cas et des flambées sporadiques associés à des importations continuent à se produire. [1] Le présent article décrit les flambées récentes de rougeole au Brésil et au Venezuela à l'heure de la post-élimination.

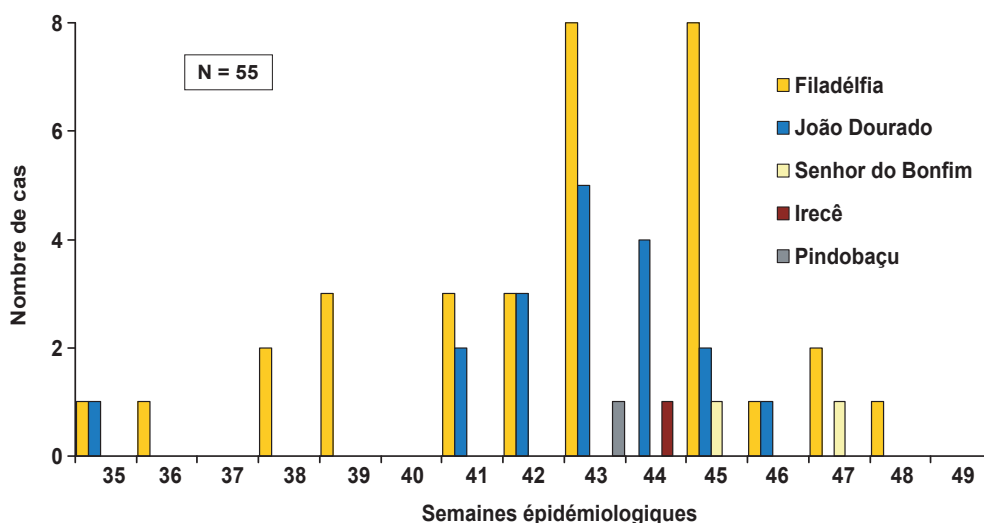
Brésil, août-novembre 2006

Le Brésil a interrompu la transmission autochtone de la rougeole en 2000. Entre 2001 et 2004, seuls quatre cas de rougeole ont été notifiés, tous importés d'Europe et du Japon. En 2005, une flambée de six cas s'est produite à la suite d'une importation provenant des îles Maldives. [2]

En novembre 2006, l'État de Bahia a notifié une flambée de rougeole de 55 cas confirmés. Le début de l'éruption des premiers cas s'est produit à la fin du mois d'août (semaine épidémiologique/SE 35) et le dernier cas s'est produit au cours de la SE 49 2006 (figure 1). Les cas se sont produits dans cinq municipalités rurales: João Dourado (18 cas), Filadélfia (33), Irecê (1), Senhor do Bonfim (2) et Pindobaçu (1). João Dourado et Irecê sont des municipalités contigües, tout comme le sont Filadélfia et Senhor do Bonfim. Les cas de João Dourado et Filadélfia ont représenté 93% du total de cas. La majorité des cas était des hommes: 55% à João Dourado et 79% à Filadélfia. L'âge des cas allait de sept mois à 37 ans (figure 2). Aucun d'entre eux n'avait été vacciné. Sept cas ont été hospitalisés. Il n'y a pas eu de décès. Le génotype de la rougeole identifié à João Dourado était le D4, génétiquement lié au virus rougeoleux importé au Canada en 2006. Le D4 a été isolé en Europe, en Afrique et en Asie.

Les flambées à João Dourado/Irecê et à Filadélfia/Senhor do Bonfim se sont produites simultanément. Les cas à Filadélfia/Senhor do Bonfim ont été identifiés et notifiés avec retard. À João Dourado/Irecê, les cas se sont produits

Figure 1. Cas confirmés de rougeole par semaine épidémiologique de début d'exanthème. Municipalités de l'État de Bahia, Brésil, 2006.



Source: Ministère de la Santé, Brésil. Données au 13 février 2007.

Mise à jour sur la vaccination antigrippale dans la Région des Amériques

La grippe est une maladie virale qui frappe des millions de personnes dans le monde et cause approximativement un million de décès chaque année. Toutefois, un grand nombre de ces cas et de ces décès peuvent être évités grâce à des vaccins sûrs et très efficaces. La 56^e Assemblée mondiale de la Santé, qui s'est tenue en mai 2003, a exhorté les États Membres à accroître la couverture vaccinale antigrippale dans tous les groupes à risque élevé et à obtenir une couverture de 50% chez les personnes de plus de 65 ans en 2005 et une couverture de 75% dans le même groupe d'ici 2010. En 2006, le Groupe consultatif technique (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur les maladies évitables par la vaccination a recommandé la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière pour les enfants de 6 à 23 mois, les agents de santé, les personnes souffrant des maladies chroniques et les personnes âgées. Il a en outre recommandé de renforcer la surveillance, de produire des données de couverture et de documenter les enseignements tirés, qui seront utiles dans le cas d'une pandémie.

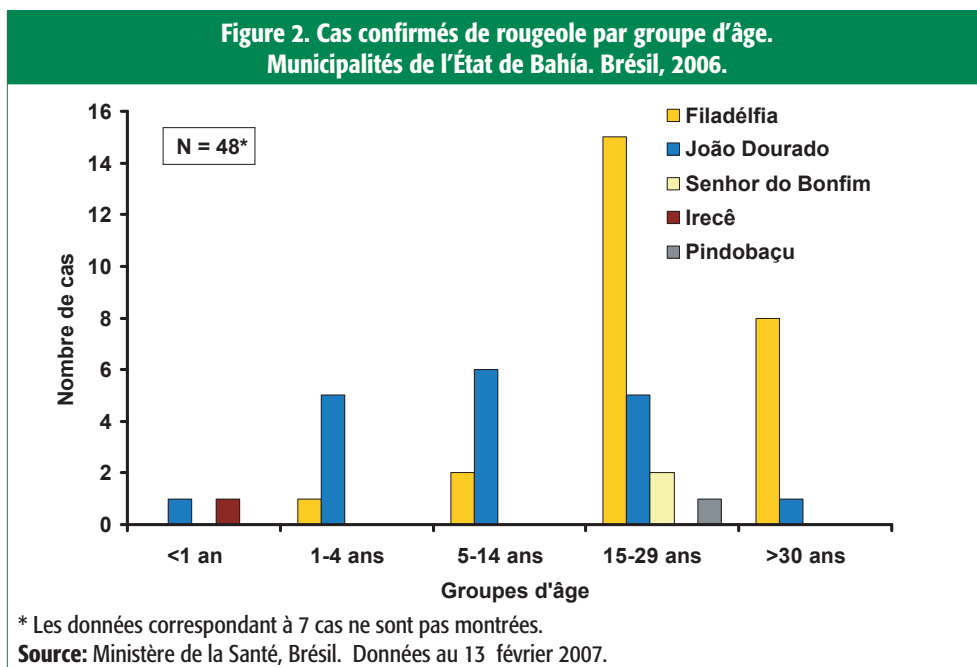
Afin de déterminer la situation actuelle de la vaccination antigrippale dans la Région, l'OPS a demandé aux responsables des programmes d'immunisation des Amériques de répondre à deux enquêtes – l'une préparée par l'OPS et l'autre par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) – sur la vaccination contre la grippe saisonnière et les plans futurs en cas de pandémie.

Voir GRIPPE page 3

parmi des personnes vivant dans la même rue. La plupart des cas se sont produits chez des personnes âgées de moins de 15 ans (figure 2). Par contre, à Filadélfia/Senhor do Bonfim, la plupart des cas étaient des hommes âgés de plus de 15 ans. La source du virus et le lien épidémiologique entre les cas à João Dourado/Irecê et à Filadélfia/Senhor do Bonfim n'ont pas encore été identifiés. Les zones affectées à Bahia sont des zones fortement fréquentées en raison du commerce important de produits agricoles et de la migration de travailleurs agricoles et miniers.

Tous les cas présumés ont fait l'objet d'une investigation au moyen de visites à domicile, de suivi intensif des contacts et de prélèvement de sang pour tests sérologiques et d'échantillons nasopharyngés pour isolation virale. Les difficultés à assurer un prélèvement ponctuel des échantillons et les ruptures de stock des kits de laboratoire ont eu pour conséquence des confirmations de laboratoire retardées pour certains cas et l'incapacité à isoler le virus de Filadélfia. Des efforts de vaccination élargie ont été entrepris pour atteindre les personnes susceptibles vivant dans la zone de la flambée. La vaccination systématique a été renforcée. Des recherches actives de cas ont été menées dans les établissements de santé et la communauté, y compris les écoles, les entreprises et les zones commerciales. Près de 30 000 personnes ont été vaccinées. Une alerte à la rougeole et une information technique ont été disséminées dans l'ensemble du pays.

En raison de la demande accrue de vaccin à la suite de cette flambée et des flambées de rubéole dans le Minas Gerais et à Rio de Janeiro, le Brésil a acheté 1 million de doses de vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) et 4,2 millions de doses de vaccin rougeole-rubéole (RR) par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS. Le pays a commandé au Fonds renouvelable 5 millions de doses supplémentaires de RR et de ROR, car il est prévu de mener des activités de vaccination contre la rougeole et la



rubéole dans les groupes susceptibles en 2007.

Venezuela, novembre 2006 – février 2007

De février à juin 2006, le Venezuela a notifié une flambée de rougeole de 81 cas confirmés (45 dans la capitale Caracas, 29 dans l'État de Carabobo, quatre dans l'État de Nueva Esparta et trois dans l'État de Zulia) (figure 3). Le cas indice s'est rendu en Espagne pendant la période d'exposition. Le virus isolé de cette flambée était le B3, le même génotype circulant en Espagne. Le Venezuela n'a pas notifié de cas depuis 2002. [3]

Après un silence épidémiologique, le Venezuela a notifié a un autre groupe de 12 cas confirmés en novembre 2006. Tous les cas résidaient dans la

municipalité de Camaguán dans l'État de Guárico. Le génotypage est en cours.

En décembre 2006, le pays a notifié une autre flambée de rougeole à Puerto Ayacucho, dans l'État d'Amazonas. Un total de 25 cas ont été confirmés. La date de début d'éruption du dernier cas était le 15 février 2007. Vingt-trois des cas confirmés sont des enfants de moins de 5 ans et 14 cas sont des nourrissons de moins d'un an. Les niveaux de couverture dans l'État d'Amazonas sont historiquement faibles. Des recherches actives de cas de rougeole sont menées à Puerto Ayacucho et seront étendues au reste du pays. Sur les 118 cas confirmés notifiés depuis février 2006, seuls 4 avaient des antécédents vaccinaux.

Conclusion

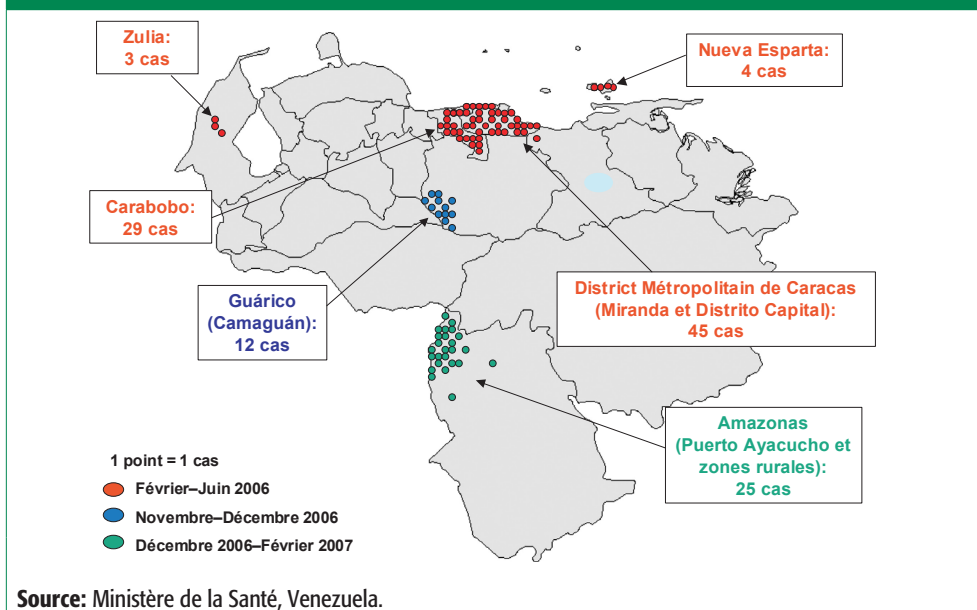
Les meilleures pratiques de riposte aux flambées comprennent la surveillance épidémiologique, des investigations de qualité des cas et le suivi des contacts.

Les activités de vaccination visent à devancer la transmission virale et doivent être menées auprès des contacts et des personnes dans les endroits où la transmission et/ou l'exposition peuvent avoir lieu, tout comme dans les endroits couramment fréquentés par le cas. ■

Références :

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Importations du virus rougeoleux: une menace constante pour l'élimination de la rougeole aux Amériques. Bulletin d'immunisation 2006;28(3).
2. de Barros FR, Danovaro-Holliday MC, Toscano C, Segatto TC, Vicari A, Luna E. Measles transmission during commercial air travel in Brazil. J Clin Virol. 2006 Jul; 36(3):235-6.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Flambée de rougeole au Venezuela. Bulletin d'immunisation 2006;28(2).

Figure 3. Distribution géographique des cas confirmés de rougeole, Venezuela, 2006-2007



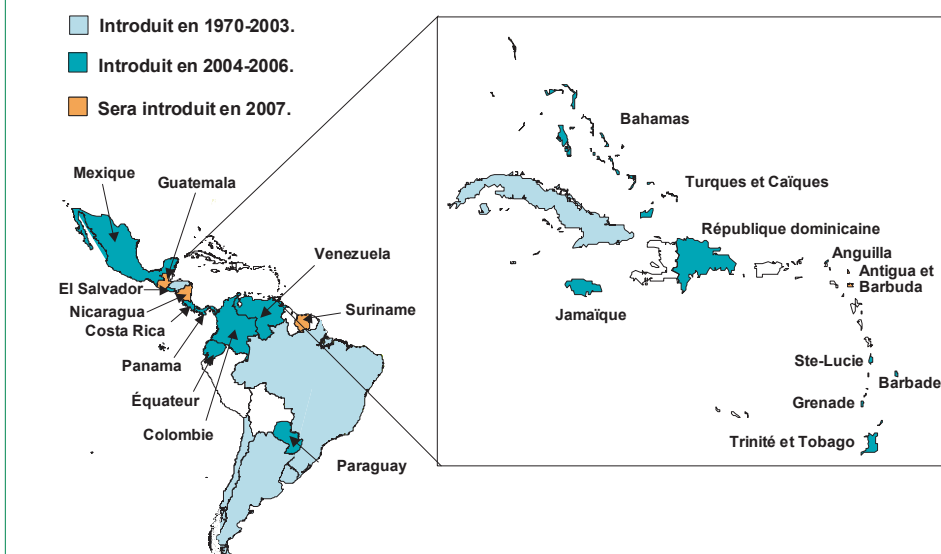
GRIPPE suite de la page 1

Quarante-cinq pays et territoires ont répondu à l'une ou l'autre de ces enquêtes ou aux deux: 19 d'Amérique latine, 22 des Caraïbes non hispanophones, le Canada et les États-Unis. À partir de 2006, la vaccination antigrippale a été introduite dans le secteur public de 30 (67%) des 45 pays ou territoires. Neuf des 30 pays ont introduit le vaccin en 2006. Quatre autres pays prévoient de l'introduire en 2007 (figure 1). Deux pays (Haïti et le Pérou) prévoient son introduction en 2008. Seuls 9 pays ou territoires (22%) n'ont pas de plans immédiats pour l'introduction de la vaccination dans le secteur public.

La formulation utilisée et l'époque de l'année à laquelle le vaccin est administré varient selon l'emplacement géographique du pays. Quinze des 30 pays (50%) ayant introduit la vaccination antigrippale dans le secteur public prévoient de l'étendre à des groupes supplémentaires ou d'ajouter la vaccination antigrippale à leurs calendriers d'immunisation. Les groupes cibles varient entre pays; toutefois, la plupart des pays ciblent les personnes très jeunes ou âgées. Dix pays ou territoires parmi ceux où la vaccination est publique (33%) immunisent actuellement ou prévoient d'immuniser les populations en contact étroit avec les oiseaux. Le Brésil a également inclus la vaccination d'autres groupes à risque, comme les populations autochtones et les prisonniers. Vingt-sept (90%) pays vaccinent leurs agents de santé contre la grippe. Parmi les pays ayant répondu au questionnaire de l'OPS (39), 33 (85%) ont des systèmes de surveillance sentinelle pour la grippe. La majorité des pays et des territoires font état d'une amélioration de la surveillance depuis que la dernière enquête a été menée (2004). Toutefois, il existe toujours un manque d'information concernant les zones tropicales.

Les pays s'approvisionnent en vaccins antigrippaux

Figure 1. Introduction du vaccin contre la grippe saisonnière en Amérique latine et dans la Caraïbe, 1970-2007



Source: enquête auprès des responsables du PEV, 2004-2006; enquête de l'OMS sur la grippe, 2006. La Guyane française n'est pas incluse.

chez différents fournisseurs. En 2006, 22 (73%) pays où la vaccination antigrippale est publique ont acheté leurs vaccins par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS. La demande pour le vaccin antigrippal est forte, à mesure que les pays l'introduisent dans leurs calendriers d'immunisation, et il y a eu une pénurie de vaccin, en particulier pour les pays utilisant la formulation pour l'hémisphère nord. Le Brésil et le Mexique ont des accords de transfert de technologie pour produire le vaccin antigrippal dans la Région.

Avant 2004, l'introduction de la vaccination antigrippale a été progressive dans la Région mais, depuis 2004, elle s'est accélérée de manière spectaculaire, tel que recommandé par le GCT de 2004 de l'OPS. Il faudra continuer à établir des politiques

publiques en faveur de l'introduction du vaccin dans le secteur public pour réduire la morbidité et la mortalité dues à la grippe dans les groupes à risque élevé. Il faut espérer que l'accroissement de la demande donne lieu à une augmentation de la production de vaccin. Une surveillance de grande qualité est essentielle pour déterminer la formulation et l'époque appropriée pour l'administration du vaccin dans chaque sous-région, en particulier les zones tropicales où plus de renseignements sont nécessaires pour comprendre les schémas de transmission. L'OPS collabore actuellement avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis pour renforcer la surveillance en Amérique latine. ■

Hospitalisation des enfants due à la pneumonie en Uruguay et vaccination contre la grippe et le pneumocoque

Antécédents

L'immunisation est l'une des interventions les plus efficaces pour lutter contre la mortalité infantile. Pourtant, des opportunités perdues de vaccination continuent de se produire et des vaccins qui sauvent des vies sont encore insuffisamment utilisés. Cet article présente des données sur des cas de pneumonie chez des enfants en Uruguay et discute des recommandations actuelles en matière d'immunisation.

Méthodologie

Avec l'appui de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), une étude de la pneumonie basée sur

la population a été réalisée en Uruguay parmi des enfants de 0 à 14 ans hospitalisés dans des hôpitaux publics des Départements occidentaux de Paysandú et Salto et à l'hôpital de référence national pour enfants de Montevideo au cours de la période de juin 2001 à mai 2004.[1] Un total de 5346 hospitalisations dues à la pneumonie a été analysé.

Résultats

Sur les 2651 enfants de 0 à 14 ans hospitalisés à Paysandú et Salto, 40,5% étaient âgés de 6 à 23 mois. À Paysandú et Salto, 32,6% des patients âgés de plus de 23 mois souffraient de co-morbidité et 38,2% avaient été préalablement hospitalisés.

À l'hôpital de référence national de Montevideo, 1489 enfants âgés de plus de 23 mois ont été hospitalisés. Le *Streptococcus pneumoniae* a été isolé dans le sang ou le fluide pleural de 259 d'entre eux.

Discussion

Depuis 2004, l'Uruguay offre la vaccination antigrippale gratuite aux enfants de 6 à 23 mois (en plus de la vaccination des personnes âgées). Toutefois, les taux de couverture n'ont pas été adéquats durant la première année (15%), et encore moins durant la deuxième année où 127 494 doses de vaccin de moins ont été administrées. [2] D'après l'étude, les enfants de 6 à 23 mois représentaient la proportion la plus élevée d'enfants hospitalisés pour pneumonie. Étant donné que cette tranche d'âge avait droit à recevoir le vaccin antigrippal, une proportion de ces cas de pneumonie aurait pu être évitée par le biais de la vaccination antigrippale. La vaccination des enfants (2 doses) doit

avoir lieu avant la saison grippale. En Uruguay, la circulation commence à la fin avril ou début mai, selon les données du Centre de référence national pour la grippe.

L'Uruguay n'a pas encore introduit un vaccin conjugué antipneumococcique. Toutefois, le vaccin polysaccharide 23-valent existant peut être administré aux personnes à risque âgées de plus de 2 ans. Grâce à douze années de surveillance de la maladie pneumococcique invasive, l'Uruguay a documenté l'absence de changements significatifs dans les sérotypes invasifs les plus prévalents circulant chez les enfants et les adultes, appuyant la pertinence de la formulation du vaccin polysaccharide. [3] La proportion élevée d'enfants ayant des co-morbidités qui ont été hospitalisés pendant la période de l'étude met à nouveau l'accent sur l'importance d'envisager la vaccination antipneumococcique dans ce groupe à risque élevé en Uruguay.

Note de la rédaction

La pneumonie pneumococcique et la grippe sont parmi les causes principales des hospitalisations et des décès des enfants dans le monde entier. Selon les estimations, la maladie pneumococcique provoque environ 1,6 million de décès par an, dont 800 000 se produisent chez des enfants de moins de 5 ans. En ce qui concerne la grippe, la littérature aux États-Unis indique que 30% des enfants sont infectés chaque année par des virus grippaux. La durée de la maladie et l'excrétion virale sont plus prolongées chez les enfants, ce qui contribue au fait que ceux-ci sont la source principale de transmission dans la communauté. [4] L'hospitalisation excessive moyenne due à la grippe est de 40 pour 100 000 enfants en âge scolaire à 1000 pour 100 000 nourrissons âgés de 6 mois. De plus, l'infection grippale peut provoquer une pneumonie pneumococcique grave. [5]

Le vaccin antigrippal utilisé le plus souvent est un vaccin trivalent inactivé contenant deux sous-types A (H3N2 et H1N1) et un virus de type B. Le vaccin antigrippal ne doit pas être administré aux enfants de moins de 6 mois et les enfants de 6 à 36 mois doivent recevoir une demi-dose du vaccin destiné aux adultes. Afin d'assurer la protection, deux injections données à un mois de distance doivent être administrées aux enfants de moins de 9 ans n'ayant jamais reçu le vaccin. La vaccination est

recommandée annuellement car le vaccin est reformulé chaque année, conformément aux données concernant les souches grippales en circulation. L'objectif principal de la vaccination contre la grippe saisonnière est d'éviter une grippe grave et ses complications.

Le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination recommande la vaccination antigrippale pour les enfants de 6 à 23 mois, en plus de la vaccination des agents de santé, des personnes souffrant de maladies chroniques et des personnes âgées. [6] Depuis fin 2006, la vaccination des enfants de 6 à 23 mois est recommandée par 13 pays/territoires des Amériques et trois autres pays vaccinent les enfants de moins de 5 ans à risque élevé. Toutefois, après suivi, les niveaux de couverture sont considérablement inférieurs à ceux des autres vaccins systématiques administrés aux enfants.

Les vaccins antipneumococciques conjugués de polysaccharide-protéine sont efficaces chez les enfants de moins de 2 ans, quand les taux de maladie pneumococcique invasive sont plus élevés. Les données du réseau de surveillance régional OPS/SIREVA indiquent que le sérotype 14 est le plus souvent isolé dans la majorité des pays. Le vaccin existant heptavalent couvrirait 65% des sérotypes, un vaccin 9-valent 77% et un vaccin 11-valent 83%. Les vaccins conjugués contre le pneumocoque peuvent être facilement intégrés aux calendriers de vaccination systématique. L'immunisation systématique avec ces vaccins doit commencer avant l'âge de six mois et peut commencer dès l'âge de six semaines. Les vaccins conjugués antipneumococciques peuvent être administrés en même temps, mais à un lieu anatomique différent, que les autres vaccins des programmes de vaccination du nourrisson (DTC, Hib, hépatite B, polio). Les coûts élevés des vaccins conjugués antipneumococciques, associés à la rareté des données locales relatives aux sérotypes en circulation, ont limité la production de ces vaccins aux Amériques. Le vaccin antipneumococcique polysaccharide 23-valent peut être administré à n'importe quel moment de l'année aux personnes âgées de moins de 2 ans. Il contient des polysaccharides capsulaires purifiés de vingt-trois des sérotypes les plus courants du pneumocoque. La vaccination est généralement prescrite aux personnes ayant des facteurs de risque pour la maladie pneumococcique et celles âgées de 65 ans ou plus. La revaccination après cinq ans n'est indiquée

que pour les personnes à risque élevé.

L'OMS considère le vaccin conjugué antipneumococcique comme une priorité à inclure dans les programmes nationaux d'immunisation et encourage les pays à mener la surveillance contre la maladie invasive pneumococcique. En 2006, les recommandations du GCT ont porté sur le renforcement de la surveillance pneumococcique normalisée dans l'ensemble de la Région des Amériques. [6] La surveillance de la pneumonie et de la méningite chez les enfants âgés de moins de 5 ans permettra d'estimer le fardeau de la maladie et son profil dans la population et d'évaluer l'impact de la vaccination une fois le vaccin introduit dans un pays. ■

Contribution de: Dr María Hortal et Dr Inés Iraola. Programme national de la santé infantile, Ministère de la Santé publique, Uruguay.

Références :

1. Hortal M, Estevan M, Iraola I, De Mucio B. A population-based assessment of the disease burden of consolidated pneumonia in hospitalized children under five years of age. *Int J Infect Dis*. 2006 Sep 22; [Epub ahead of print]
2. De Mucio B, Iraola I, Laurani H, Goñi N, Hortal M. Primera experiencia nacional de vacunación anti-influenza en población infantil. 2006; 77:13-17.
3. Camou T, Palacio R, Di Fabio JL, Hortal M. Invasive pneumococcal diseases in Uruguayan children: comparison between serotype distribution and conjugate vaccine formulations. *Vaccine*. 2003 16;21(17-18):2093-6.
4. Heikkinen T. Influenza in children. *Acta Paediatr*. 2006; 95(7):778-84. Review.
5. O'Brien KL, Walters MI, Sellman J, Quinlisk P, Regnery H, Schwartz B, Dowell SF. Severe pneumococcal pneumonia in previously healthy children: the role of preceding influenza infection. *Clin Infect Dis*. 2000;30(5):784-9.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Groupe consultatif technique sur les maladies évitables para la vaccination. Rapport final. 2006.



Illustration:
Bola Oyeleye / OPS

La SVA et la Coupe du monde de cricket unissent leurs efforts en faveur de la prévention des maladies

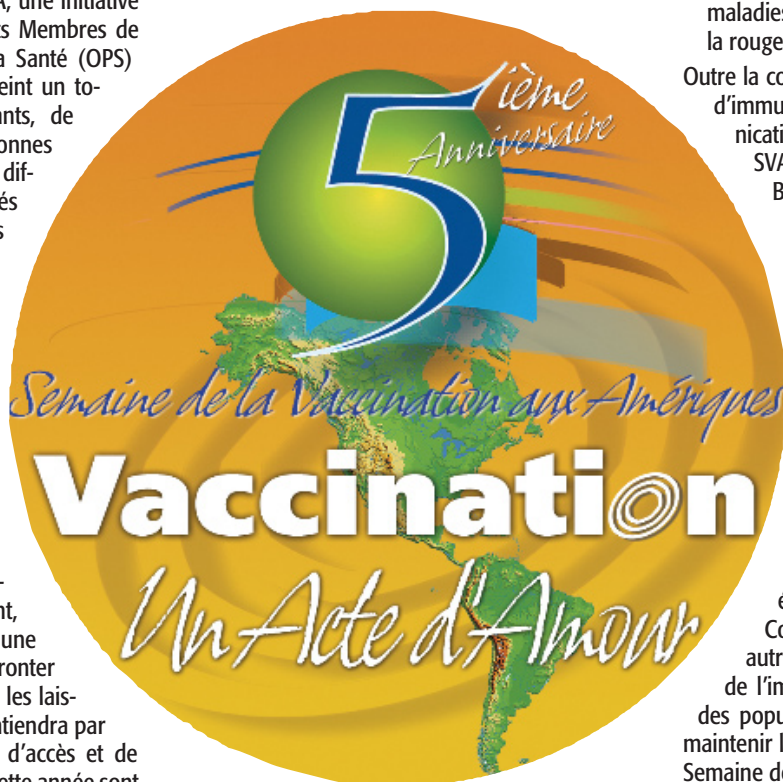
La SVA 2007 aura lieu pendant la semaine de clôture de la Coupe du monde de cricket (CMC) 2007 et l'OPS invite les visiteurs à célébrer la clôture de la SVA lors du dernier match de la CMC, le 28 avril. La CMC commencera en mars et se tiendra dans neuf pays et territoires des Caraïbes. L'OPS reconnaît l'importance de cet événement pour les pays organisateurs et participants car de nombreux joueurs et supporters d'autres Régions se rendront dans les Caraïbes, accroissant ainsi le risque d'importation de maladies. Par conséquent, dans le cadre de la SVA, l'Organisation soutient pleinement les efforts des pays des Caraïbes, avant et pendant la CMC, pour prévenir ces importations par la sensibilisation à la prévention et à la surveillance des maladies. Les activités incluront l'intensification de la surveillance épidémiologique avant, pendant et après la CMC et des efforts d'immunisation parmi les populations à risque élevé et vulnérables.

Cinquième anniversaire de la Semaine de la vaccination aux Amériques

La Semaine de la vaccination aux Amériques 2007 (SVA) se déroulera du 21 au 28 avril. Cette année, les pays de la Région des Amériques célèbreront le cinquième anniversaire de la SVA, une initiative à laquelle ont adhéré tous les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 2003. Depuis lors, la SVA a atteint un total d'environ 147 millions d'enfants, de femmes, d'hommes et de personnes âgées, en visant les populations difficiles à atteindre, les communautés frontalières isolées et d'autres zones où la couverture vaccinale est basse.

Alors que les Amériques se préparent pour la campagne de cette année, la situation de l'immunisation dans la Région a considérablement changé sur les cinq dernières années. La rubéole est au bord de l'élimination, et de nouveaux vaccins sont en cours d'introduction que ceux contre le rotavirus, le pneumocoque et le virus du papillome humain. Pourtant, les inégalités demeurent encore une réalité et les Amériques doivent affronter le défi qui consiste à atteindre tous les laissés pour compte. La SVA 2007 maintiendra par conséquent les principes d'équité, d'accès et de panaméricanisme. Les objectifs de cette année sont les suivants:

- Améliorer la couverture des populations isolées et vulnérables;



- Accroître et renforcer la couverture de l'immunisation systématique;

- Continuer la promotion des soins de santé de base au moyen d'activités intégrées;

- Maintenir l'immunisation sur les agendas politiques des États Membres et les engager à une célébration de la santé mettant en relief la solidarité;
- Maximiser la conscience de la population générale au regard des maladies et des vaccins, y compris les nouveaux vaccins sur le marché; et
- Mettre en évidence le risque d'importation de maladies évitables par la vaccination telles que la rougeole, la rubéole et la polio.

Outre la coopération technique fournie par l'Unité d'immunisation de l'OPS, l'appui à la communication sociale a été crucial au succès de la SVA au cours des années précédentes. Le Bureau d'information publique de l'OPS a conçu un logo spécial et des affiches célébrant le cinquième anniversaire de la SVA. Ils seront bientôt accessibles sur une page web consacrée aux activités de la SVA dans la Région.¹ Des annonces d'utilité publique et radio-phoniques sont en cours de production, mettant l'accent en particulier sur les pays des Caraïbes et les pays prioritaires des Amériques.

Imitant l'exemple des Amériques, les pays européens mèneront leur première Semaine de vaccination en avril également, une semaine avant la SVA. Compte tenu de l'intérêt croissant des autres Régions à maintenir les réalisations de l'immunisation, à améliorer la couverture des populations insuffisamment desservies et à maintenir l'immunisation sur l'agenda politique, la Semaine de la vaccination pourrait un jour devenir une initiative mondiale. ■

1 www.paho.org/English/DD/PIN/vw_2007.htm

Prix des vaccins et des seringues du Fonds renouvelable de l'OPS pour 2007

Le tableau 1 indique les prix pour 2007 des vaccins offerts au travers du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'acquisition de vaccins. En résumé, la moyenne pondérée de l'augmentation des prix pour 2007 comparée à 2006 est de 2,5%. Dans certains cas, le prix moyen des vaccins a baissé, comme pour le vaccin pédiatrique antihépatite B (-9%) et le pentavalent (-2%). Ceci a été rendu possible par la présence de nouvelles sources d'approvisionnement et des relations de travail plus efficaces entre États membres, l'OPS et les fournisseurs dans la gestion des fluctuations des prévisions de la demande et des processus de production en 2006. Toutefois, des augmentations

de prix se sont également produites en 2007, plus particulièrement pour le DTC 10 (+32%), le vaccin antigrippal (11%) et le ROR (+8%), dues à un approvisionnement limité, à une précision médiocre des prévisions de la demande et au comportement du marché.

Dans l'ensemble, le nombre de présentations de vaccins continue à s'élargir en 2007 avec l'inclusion du pentavalent liquide et du VPO en ampoule de verre. Le vaccin antigrippal hémisphère nord, adulte et pédiatrique, n'apparaît pas dans le tableau. Il est prévu que les fournisseurs seront en meilleure position pour se conformer aux conditions de l'OPS concernant la présentation pédiatrique du vaccin

de la grippe saisonnière plus tard dans l'année. Également, la fourniture initiale de vaccin antirotavirus devrait être disponible en juin 2007, suite à la préqualification de l'OMS en janvier 2007.

En prévision de possibles pénuries en 2007 dans l'approvisionnement des vaccins ROR, polio, antigrippal et pentavalent, le Fonds renouvelable continuera à renforcer ses relations de travail avec les pays et les fournisseurs pour gérer les fluctuations de la demande et de l'offre et garantir un flux régulier et constant de vaccins et l'absence de ruptures de stocks.

Enfin, les prix de 2007 pour les seringues sont disponibles au lien suivant: <https://intranet.paho.org/AM/PRO/PRO.asp>. Il est important de mentionner que l'OPS a lancé en 2006 un plan pour le contrôle de la qualité des seringues en collaboration avec les États Membres et l'OMS.

Tableau 1. Prix des vaccins achetés par l'entremise du Fonds renouvelable de l'OPS, 2007 (prix en dollars américains)

Vaccin		Doses par ampoule	Coût moyen	Vaccin		Doses par ampoule	Coût moyen	
BCG		10	\$0,1036	Polio	verre	20	\$0,1478	
DTC		10	\$0,1580		plastique	20	\$0,1500	
dT (adulte)		10	\$0,0750	Polio (plastique)		25	\$0,1550	
DT (pédiatrique)		10	\$0,0891	Polio inactivé (avec seringue)		1	\$3,3000	
DTaC triple acellulaire		1	\$8,1250	Antirabique humain/ culture de cellules inactivées purifiées	origine française	1	\$10,5000	
DTC-Hib		1	\$3,4000		origine allemande	1	\$11,5000	
DTC- Hépatite B-Hib		10	\$3,1500	TT		10	\$0,0645	
		lyophilisé	1	\$3,9200	Fièvre jaune		5	\$0,6500
Hib		lyophilisé	1	\$3,1500	Grippe adulte hémisphère sud	avec seringue pré-remplie	1	\$3,6500
		liquide	1	\$3,2500		avec seringue	1	\$3,6500
Hépatite B recombinant pédiatrique		1	\$0,2343	Grippe adulte hémisphère sud		10	\$2,6600	
Hépatite B recombinant adulte		1	\$0,4270	Grippe pédiatrique hémisphère sud (avec seringue)		1	\$3,2000	
		10	\$0,2300	Grippe pédiatrique hémisphère sud		20	\$1,3300	
Rougeole/Rubéole		10	\$0,4688	Pneumocoque (avec seringue)		1	\$9,2000	
Rougeole/Oreillons (souche Leningrad)/ Rubéole		1	\$1,5000	Hépatite A pédiatrique	avec seringue pré-remplie	1	\$7,9500	
		10	\$0,9000		avec seringue	1	\$7,6000	
Rougeole/Oreillons (souche Urabe)/ Rubéole		1	\$2,5000	Hépatite A pédiatrique		1	\$7,9500	
		10	\$1,4000	Varicelle		1	\$10,4000	
Polio	verre	10	\$0,1600	Méningocoque A+C		1	\$2,2750	
	plastique	10	\$0,1700					

Élimination de la rubéole aux Amériques: derniers pays à mener des campagnes de vaccination

La Région a fait état de progrès remarquables dans la mise en œuvre de stratégies visant l'interruption effective de la transmission endémique de la rubéole par la vaccination des populations adolescentes et adultes. En 2007, six pays finaliseront des campagnes de masse de haute qualité pour l'élimination de la rubéole: Cuba, la Bolivie (2^e étape), le Guatemala, Haïti, le Mexique (2^e étape) et le Venezuela (2^e étape). De plus, El Salvador et l'Uruguay mèneront des campagnes de suivi pour réduire le nombre de sujets susceptibles à la rougeole et à la rubéole dans leur pays respectif (tableau 1 à la page 8).

Des campagnes de haute qualité sont essentielles. A la suite figurent des facteurs importants à considérer:

1. Le groupe d'âge à vacciner doit être déterminé en fonction de l'épidémiologie de la rubéole dans le pays, d'une évaluation de la population susceptible, de l'année de l'introduction du vaccin, des campagnes subséquentes de vaccination contre la rubéole et du besoin de protéger les femmes en âge de procréer.
2. La communication sociale doit occuper une place prééminente lors de la planification des campagnes.

3. Des campagnes de qualité exigent la vaccination des femmes et des hommes, y compris des adultes susceptibles, et l'obtention de niveaux de couverture proches de 100% de la population ciblée.
4. L'engagement et la participation de personnalités politiques au plus haut niveau doivent être assurés.
5. La participation de la population toute entière, des sociétés scientifiques, des secteurs sociaux et des médias exige des efforts de mobilisation sociale intenses et une micro-planification locale.
6. Les systèmes d'information doivent être pratiques et utiles.
7. Il faut qu'existe la capacité de détecter et de réagir rapidement aux préoccupations de sécurité et autres problèmes émergents pendant les campagnes de vaccination.

Résumé annuel des indicateurs de surveillance des PFA et de la rougeole/rubéole, 2006*

Indicateurs de surveillance des PFA (Paralysies Flasques Aigües) (Période entre les semaines épidémiologiques 01 à 52 2006)

Pays	Nombre de cas	Taux de PFA pour 100 000 <15 ans	% de cas investigués dans les 48 heures	% avec un échantillon prélevé dans les 14 jours suivant le début de l'éruption	% de sites notifiant
Argentine	143	1,40	87	78	74
Bolivie	40	1,10	95	78	52
Brésil	369	0,68	97	72	90
Canada	30	0,53	...	...	...
CAREC	17	0,89	96	57	100
Chili	76	1,77	83	84	96
Colombie	220	1,73	57	81	91
Costa Rica	7	0,57	86	29	...
Cuba	25	1,15	100	96	100
El Salvador	79	3,38	95	87	90
Équateur	32	0,75	97	75	73
Guatemala	97	2,13	91	74	...
Haïti	15	0,37	93	27	73
Honduras	76	2,57	96	93	93
Mexique	447	1,42	98	81	96
Nicaragua	27	1,26	100	93	100
Panama	9	0,92	78	78	93
Paraguay	14	0,70	93	86	92
Pérou	77	0,91	92	60	100
République dominicaine	17	0,54	59	94	82
Uruguay	8	0,98	100	88	75
USA	...	...	...	...	...
Venezuela	68	0,82	94	85	85
Total *	1893	1,10	90	78	89

... non disponible * Canada et USA exclus

Indicateurs de surveillance de la rougeole/rubéole (Période entre les semaines épidémiologiques 01 à 52 2006)

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	85	11	92	74	82	99
Bolivie	52	96	99	82	77	99
Brésil	86	75 ^a	77	44	82	97
Canada	...	...	...	...	...	...
CAREC	99	81	97	28	91	99
Chili	96	26	91	79	93	97
Colombie	92	60	96	79	84	97
Costa Rica	...	...	...	...	...	...
Cuba	95	96 ^a	100	65	100	96
El Salvador	88	80	99	96	93	99
Équateur	67	60	99	87	81	99
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...
Guatemala	49	91	96	77	92	98
Guyane française	...	...	...	...	...	...
Haïti	73	88	83	21	32	90
Honduras	94	94	98	81	89	97
Martinique	...	...	...	...	...	...
Mexique	92	99	97	89	76	99
Nicaragua	100	82	99	57	94	99
Panama	93	73	99	68	95	97
Paraguay	92	70	99	87	100	100
Pérou	98	81	88	74	54	89
Porto Rico	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	81	72	98	59	64	97
Uruguay	59	20	80	100	44	100
USA	...	...	...	...	...	...
Venezuela	72	87	98	66	79	99
Total/Average	86	78	85	59	80	97

^a comprend des informations sur la recherche active de cas. ... non disponible

Source: PESS, MESS et rapports des pays, Unité d'immunisation OPS.

* données au 28 février 2007

RUBÉOLE suite de la page 6

Tableau 1. Pays de la Région des Amériques menant des campagnes de vaccination contre la rubéole en 2007

Pays	Population cible	Groupe d'âge	Date d'exécution	Commentaires
Cuba*	2,1 millions hommes et femmes	12-24 ans	février-mai 2007	La vaccination est fondée sur une étude de susceptibilité et en réponse à une flambée d'oreillons.
Guatemala	7,8 millions hommes et femmes	9-39 ans	13 avril 2007	Une alliance de partenaires a mobilisé les ressources pour les efforts de campagne.
Haïti	4,7 millions hommes et femmes	1-19 ans	octobre 2007	Le vaccin ROR sera introduit dans le programme régulier des enfants âgés d'un an.
Bolivie (2^e étape)	3,5 millions enfants	1-15 ans	septembre 2007	Une campagne de suivi est incluse pour renforcer les efforts d'élimination de la rougeole et de la rubéole.
Venezuela (2^e étape)	9,6 millions hommes et femmes	18-39 ans	octobre 2007	La deuxième étape finalisera l'élimination de la rubéole et de la rougeole.
Mexique** (2^e étape)	20,3 millions hommes et femmes	17-29 ans	novembre 2007	La vaccination contre la rubéole sera réalisée dans l'ensemble des 34 états restants.
El Salvador	800 000 enfants	1-4 ans	juin 2007	Une campagne de suivi est incluse pour renforcer l'élimination de la rubéole et de la rougeole.
Uruguay	200 000 enfants	1-4 ans et population susceptible	octobre 2007	Une campagne de suivi est incluse pour renforcer l'élimination de la rubéole et de la rougeole. Une campagne parmi les populations adolescentes et adultes dépendra des cohortes de sujets susceptibles.

* utilise le vaccin ROR. ** à confirmer.

Note : L'Argentine, le Brésil et le Chili déterminent les cohortes d'adolescents et d'adultes susceptibles pour compléter leur campagne pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale et le renforcement de l'élimination de la rougeole.

Source: Unité d'immunisation, OPS.

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 XXIX, Numéro 1 • Février 2007

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)