



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXIX, NUMÉRO 4 ► AOÛT 2007

- 1 Dépistage des troubles auditifs chez les nouveaux-nés au Costa Rica
- 1 XIXe réunion de la Région d'Amérique centrale, du Mexique et des Caraïbes latines
- 6 Concours sur le recyclage des déchets solides en Bolivie
- 7 Entreposage des vaccins dans les réfrigérateurs des unités de santé
- 8 In memoriam: Gloria García Santibañez

## Transformer des vies: dépistage des troubles auditifs chez les nouveaux-nés au Costa Rica

Lors des activités de vaccination contre la rubéole, le Dr Maria Luisa Ávila, alors directrice du service des maladies infectieuses de l'hôpital national pour enfants du Costa Rica et aujourd'hui ministre de la Santé, le Dr Louis Z. Cooper, conseiller auprès de l'OPS et les Drs Carlos Castillo-Solórzano et Jon Andrus de l'Unité d'immunisation de l'OPS ont envisagé l'éventualité de lancer au Costa Rica un programme de démonstration de la détection et de l'intervention précoces des troubles auditifs (*Early Hearing Detection and Intervention* ou EHD). La déficience auditive à la naissance étant l'indice le plus fréquent du syndrome de rubéole congénitale (SRC), un programme EHD présenterait le double avantage d'offrir un excellent instrument de surveillance du SRC et de transformer la vie des bébés malentendants dès la naissance, en s'appuyant sur les derniers instruments de mesure des facultés auditives et d'amplification du son et sur des programmes d'éducation précoce.

C'est en entendant que le bébé apprend à parler. Les sons environnants ainsi que la voix des personnes qui s'en occupent façonnent le système auditif et le cerveau bien avant que le petit ne prononce sa première parole. Néanmoins, la perte de l'ouïe étant un trouble « invisible », même le professionnel ayant reçu une formation dans ce domaine ne peut diagnostiquer avec certitude la carence auditive chez les jeunes enfants par une simple observation. Or, quand ce trouble passe inaperçu, l'acquisition précoce du langage et, ce faisant, la maîtrise de la lecture, les résultats scolaires et les aptitudes sociales risquent de s'en trouver sérieusement compromis. Un programme EHD est désormais en mesure de prévenir cette morbidité grave et de transformer la vie de ces enfants et de leurs familles, tout en offrant des économies de coûts toute leur vie durant.

Aux États-Unis, 95% des nouveaux-nés subissent un test auditif avant de quitter la maternité ou peu de temps après, un bond spectaculaire par rapport à 3% de nouveaux-nés il y a seulement 15 ans. Grâce au progrès technique, les tests de l'audition sont désormais la norme en matière de soins de santé.

Dans le cadre d'une collaboration entre le ministère de la Santé du Costa Rica, l'OPS, l'Académie de pédiatrie des États-Unis, l'Académie de pédiatrie et de néonatalogie du Costa Rica et le Centre national des États-Unis pour l'évaluation des facultés auditives et la prise en charge des troubles auditifs (*National Center for Hearing Assess-*



Le Dr Karen Muñoz enseigne les techniques de dépistage des troubles auditifs chez le nourrisson.

## XIXe réunion de la Région d'Amérique centrale, du Mexique et des Caraïbes latines

La XIXe réunion sur les maladies évitables par la vaccination de la région d'Amérique centrale, du Mexique et des Caraïbes latines s'est tenue à Santo Domingo, en République dominicaine, du 6 au 8 juin 2007. Des délégations du Costa Rica, de Cuba, de la République dominicaine, du Guatemala, de Haïti, du Honduras, du Mexique, du Nicaragua, du Panama et du Salvador ont participé à la réunion.

Lors de la cérémonie d'ouverture, le Dr Gina Tambini, qui dirige le domaine de la Santé familiale et communautaire de l'OPS, a évoqué la nécessité pour les pays d'accorder la priorité à la finalisation du programme inachevé en matière d'immunisation. Des représentants des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC) et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), de l'Église de Jésus-Christ des saints des derniers jours et de l'UNICEF ont également participé à la réunion.

Lors d'une session extraordinaire, l'OPS a remis des prix au Président de la République, le Dr Leonel Fernández ainsi qu'au Ministre de la Santé publique, le Dr Bautista Rojas Gómez, honorant leur engagement en faveur des Journées nationales de vaccination qui ont eu lieu du 30 octobre au 10 décembre 2006. Ces distinctions récompensent aussi le travail des équipes de vaccination ainsi que les excellents taux de couverture atteints par le pays après les efforts intensifs déployés pour éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC) et maintenir l'élimination de la rougeole.

ment and Management ou NCHAM, qui fait partie de l'université de l'état de l'Utah), un dispositif a été mis en place pour assurer la détection des troubles auditifs chez les nouveaux-nés et des services de suivi pour améliorer la prise en charge de ces enfants. Le ministère de la Santé dirige une initiative destinée au repérage précoce de cette déficience à l'aide d'un programme complet de dépistage, et de soins. Le Dr Karl White, directeur du NCHAM, le Dr Karen Muñoz, spécialiste de l'audiologie, et le Dr Cooper ont évalué ces besoins en collaboration avec le ministère de la Santé en septembre 2006. L'équipe s'est rendue dans divers hôpitaux et a observé des programmes d'interventions pour connaître les services disponibles et assister à des sessions de dépistage.

Pour plus d'informations sur le dépistage et sur la prise en charge des troubles auditifs du nourrisson, consulter les sites web suivants:

- [www.babyhearing.org](http://www.babyhearing.org)
- [www.infantheating.org](http://www.infantheating.org)
- [www.medicalhomeinfo.org/screening/hearing.html](http://www.medicalhomeinfo.org/screening/hearing.html)
- [www.cdc.gov/ncbddd/ehdi/](http://www.cdc.gov/ncbddd/ehdi/)

Pour une vidéo de 6 minutes expliquant les procédures de dépistage, consulter <http://www.infantheating.org/videos/index.html> et choisir la vidéo Sound Beginnings (new).

En février 2007, six médecins du Costa Rica, spécialistes (pédiatres, audiologistes, otolaryngologistes) ou fonctionnaires du ministère de la Santé, se sont rendus à St. Louis, dans l'état du Missouri aux États-Unis, pour faire le point sur les procédures de dépistage, de diagnostic et d'intervention.

Ce fut l'occasion pour eux d'observer le déroulement de programmes « en action » et de discuter des prochaines étapes pour le Costa Rica.

Lorsque le trouble auditif est décelé chez le nourrisson, le mieux pour lui est qu'il puisse bénéficier d'un programme d'intervention précoce avant l'âge de six mois. Le rôle du prestataire de soins de santé est donc essentiel à cet effet. Pour pouvoir identifier chaque enfant atteint de troubles auditifs aussitôt que possible, il faut systématiser l'approche en matière de dépistage et de suivi. C'est précisément le but de cette collaboration avec le Costa Rica. Le facteur temps comptant tellement dans les phases essentielles qui dictent l'acquisition du langage, les objectifs sont le dépistage à un mois, le diagnostic à trois mois, au maximum, et l'intervention, dont amplification du son et intervention éducative, à l'âge de six mois au plus tard.

Si la détection et l'intervention précoces des troubles auditifs posent maints défis, les bienfaits de la mise en œuvre de ces programmes sont tout aussi phénoménaux que ceux que l'on doit au succès d'autres programmes. En fin de compte, le programme de démonstration EHDI au Costa Rica illustre, une fois encore, l'utilité des stratégies d'élimination de la rubéole et du SRC pour promouvoir l'excellence en matière de soins de santé primaire. ■



À l'hôpital México de San José, au Costa Rica, une infirmière apprend les techniques de dépistage des troubles auditifs, avec l'aide du Dr Roger Gonzalez, néonatalogiste.

RÉUNION suite de la page 1

## Objectifs de la réunion

- Passer en revue les progrès effectués par les pays en vue d'éliminer la rubéole, le SRC et la rougeole et de documenter l'interruption de la transmission endémique.
- Discuter des activités que les pays doivent mener pour limiter l'accumulation des sujets susceptibles et détecter, en temps utile, les cas de rougeole et de rubéole importés.
- Discuter de la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA).
- Analyser l'état actuel de la vaccination contre la grippe saisonnière et les considérations concernant la vaccination en cas de pandémie.
- Analyser la situation et les perspectives concernant l'introduction de nouveaux vaccins.
- Discuter de la situation de la coqueluche dans la sous-région.
- Discuter de l'évaluation, du suivi et de la supervision des programmes de vaccination.

- Passer en revue certains aspects de la gestion du programme, notamment faire le point sur le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et le contrôle de la qualité des seringues.

## Rubéole et rougeole

Les pays de la Région ont accompli des progrès dans l'interruption de la transmission endémique de la rubéole.<sup>1</sup> Qui plus est, les campagnes de vaccination massive menées dans la Région ont été essentielles pour renforcer l'élimination de la rougeole. Tous les 345 cas de rougeole, sauf un, rapportés dans la Région des Amériques depuis 2005 l'ont été dans des pays qui n'avaient pas encore mené ou pas encore achevé leur campagne de vaccination de masse contre la rougeole et la rubéole chez les adolescents et les adultes.

Un élément fondamental pour documenter l'élimination de la rubéole et de la rougeole dans la région des Amériques est la surveillance intégrée et

de qualité de ces maladies, y compris la confirmation des cas par analyse de laboratoire. De plus, les données épidémiologiques moléculaires peuvent aussi servir à confirmer l'élimination de la rubéole. Enfin, la surveillance du SRC est recommandée pour identifier les nouveaux-nés qui sont présumés atteints de ce syndrome.

### Recommandations:<sup>2</sup>

- La République dominicaine et le Guatemala doivent être félicités pour l'excellente couverture atteinte grâce à leurs campagnes nationales de vaccination visant à éliminer la rubéole et le SRC. Ces deux pays devraient documenter les enseignements tirés de l'expérience et les rendre publics.
- Haïti et le Mexique doivent être félicités pour avoir décidé de programmer des campagnes de vaccination de masse visant hommes et femmes (adolescents et adultes) avec le vaccin RR (rougeole-rubéole) au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2007

1 Organisation panaméricaine de la Santé. Numéro spécial sur la rubéole. *Bulletin d'immunisation* 2007; 29(3).

2 Les recommandations complètes peuvent être obtenues auprès de l'Unité d'immunisation ([fch-im@paho.org](mailto:fch-im@paho.org)).

et du 1<sup>er</sup> semestre 2008, respectivement. Il faut aussi saluer le Salvador pour avoir mené à bien une campagne de suivi pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en 2007.

- L'accumulation des sujets susceptibles à la rougeole est une question qu'il convient de continuer à suivre. Une campagne de suivi de qualité (taux de couverture supérieur à 95% dans chaque municipalité) reste nécessaire chaque fois qu'une accumulation de sujets susceptibles est établie.
- Les pays doivent identifier les municipalités dont le taux de couverture avec le ROR est inférieur à 95% et formuler des stratégies pour atteindre et maintenir un taux de couverture entre 95 et 100% dans toutes les municipalités.
- Les pays doivent veiller à ce que tous les résidents des Amériques qui se rendent dans des zones endémiques de rougeole et/ou de rubéole soient vaccinés contre ces deux maladies avant leur départ.
- Les pays doivent élaborer des plans en cas d'importation de ces maladies qui garantissent le détachement d'une équipe assignée et le déblocage rapide des fonds disponibles.
- Les pays doivent maintenir une surveillance épidémiologique active de la rougeole et de la rubéole dans toutes les municipalités, selon une sensibilité d'au moins 2 cas présumés pour 100 000 habitants et d'au moins un cas présumé dans les municipalités de moins de 100 000 habitants et mener des recherches actives de cas dans les communes à haut risque et les zones silencieuses. De plus, l'enquête rapide doit être la norme (avant que les résultats de l'analyse sérologique ne soient disponibles) et doit inclure des échantillons représentatifs pour la détection virale.
- L'expérience dans la Région a démontré la multitude de défis que pose la surveillance du SRC. Étant donné que les manifestations cliniques du SRC durant la première année ne sont pas spécifiques et varient beaucoup, il n'est pas toujours facile de soupçonner et de diagnostiquer ce syndrome. Il faut rechercher des méthodes originales permettant d'améliorer la sensibilité et la qualité du système de surveillance, de renforcer le compte rendu par le biais de sites sentinelles et d'encourager le recours à TORCHS<sup>3</sup>, en tant que volet du système de surveillance.
- En phase terminale de l'élimination de la rougeole et de la rubéole, lors de l'enquête sur les cas présumés sporadiques, il est conseillé de prélever un deuxième échantillon aux fins de test sérologique et d'analyser les données épidémiologiques lorsque les résultats des tests ne sont pas concluants. De plus, il convient de recueillir des prélèvements afin d'isoler le virus ou de le détecter par analyse moléculaire.

- Il faut effectuer un second prélèvement aux

fin de détection des IgM de la rubéole chez les femmes enceintes sur lesquelles on a prélevé un échantillon dans les cinq jours suivant l'apparition des symptômes, quel que soit le résultat (positif ou négatif) du test.

- Une étape cruciale pour encourager la coordination et l'échange d'information est d'organiser des réunions entre les épidémiologistes du PEV et le personnel de laboratoire.
- Les pays doivent commencer à documenter l'interruption de la transmission endémique de la rougeole et de la rubéole compte tenu des éléments suivants: a) informations épidémiologiques sur la rougeole, la rubéole et le SRC (impact vaccinal); b) couverture de vaccination et analyse de la protection; c) qualité du système de surveillance; d) données sur l'épidémiologie moléculaire des virus de la rougeole et de la rubéole; et e) données provenant des études de séroprévalence.

### Poliomyélite

En 2006, 4 pays seulement dans le monde ont signalé une circulation endémique du virus de la polio alors qu'en 1998 ils étaient 125. Entre 2003 et 2006, 71 importations du poliovirus de souche sauvage ont été déclarées à destination de 25 pays qui étaient parvenus à éliminer cette maladie. C'est dire l'énorme risque que courent encore les pays des Amériques après avoir fait disparaître la polio du continent.

À l'exception de Haïti et de la République dominicaine, les pays présents à la réunion observent les indicateurs de surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) tels que prescrits aujourd'hui par la Commission mondiale de certification de l'éradication (figure 1). Pour autant, il faut noter la faiblesse

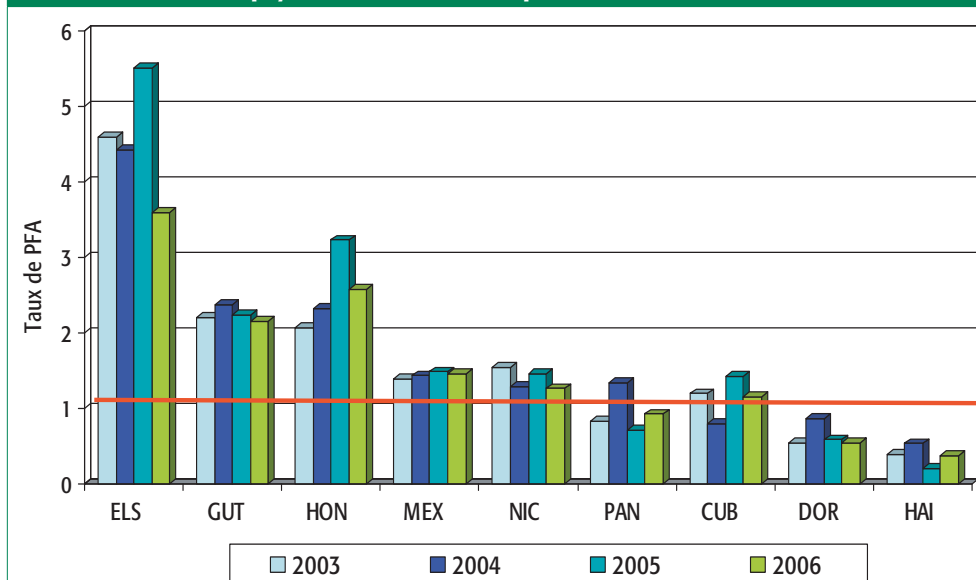
du pourcentage d'échantillons correctement recueilli ces deux dernières années, d'où une réduction du taux d'isolement des entérovirus causant ou non la polio à travers toute la Région (figure 2).

Il faut examiner les progrès effectués par les pays pour terminer la phase I du plan pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et dresser l'inventaire des échantillons de poliovirus et du matériel potentiellement infectieux présents dans les laboratoires.

### Recommandations:

- Le risque d'importation du poliovirus sauvage n'ayant pas disparu de la Région, il faut que les pays qui n'obtiennent pas un taux de couverture VPO de 95% dans toutes les municipalités mènent des campagnes annuelles de vaccination avec le VPO parmi les enfants de moins de cinq ans, quel que soit leur état vaccinal. Les pays doivent aussi maintenir une surveillance adéquate des PFA.
- L'OPS ne doit pas modifier la politique actuelle en matière d'emploi du VPO dans la Région tant que le monde n'est pas certifié exempt de polio.
- Étant donné le risque que présentent les vaccins dérivés de virus, il est essentiel d'effectuer le séquençage de tous les échantillons de poliovirus isolés dans la Région.
- Dans le but d'appuyer les efforts des laboratoires, les épidémiologistes doivent s'assurer que des prélèvements adéquats sont recueillis pour chaque cas de PFA, qu'ils sont soigneusement conservés par la chaîne du froid et qu'ils sont expédiés immédiatement au laboratoire.
- Tous les pays doivent terminer la phase I du confinement en laboratoire des poliovirus sauvages.

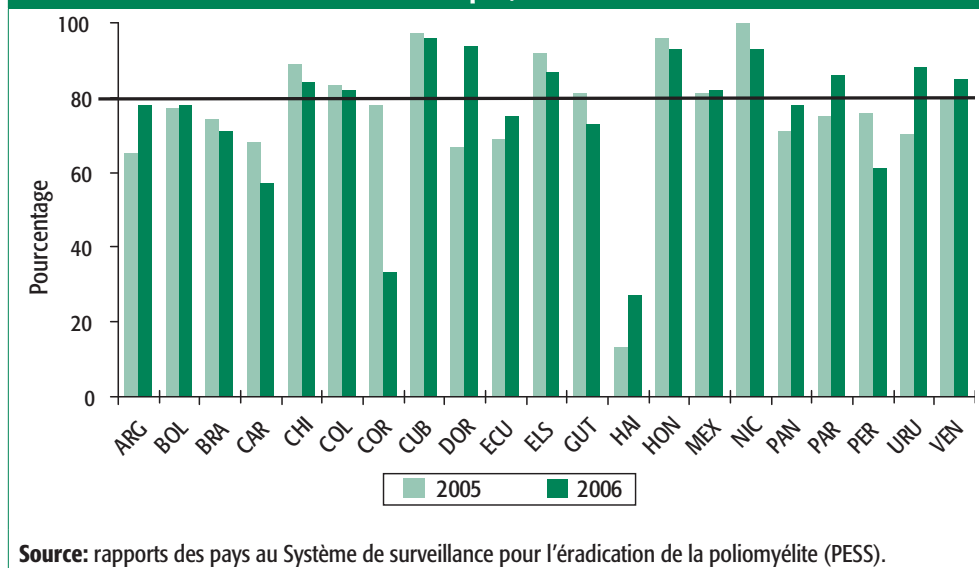
Figure 1. Taux de paralysie flasque aiguë pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans des pays sélectionnés d'Amérique Latine, 2003-2006



Source: Unité d'immunisation, OPS.

3 TORCHS est l'acronyme de Toxoplasma gondii, autres virus (dont VIH), rubéole, cytomégalovirus, herpès simplex et syphilis.

Figure 2. Cas de paralysie flasque aiguë avec échantillons adéquats, par pays, les Amériques, 2005-2006



Source: rapports des pays au Système de surveillance pour l'éradication de la poliomyélite (PESS).

## Grippe

La charge de morbidité de la grippe est élevée due aux épidémies saisonnières qu'elle cause chaque année. La grippe peut aussi provoquer des pandémies avec pour conséquence d'importantes perturbations sociales et des préjudices économiques.

Au vu de l'imminence d'une pandémie, vraisemblablement causée par la souche A/H5N1, l'OPS a élaboré des directives techniques pour dresser des plans nationaux de préparation à une pandémie de grippe. Dans un tel cas de figure, la vaccination est l'un des moyens de contrôle les plus efficaces. Or, en phase initiale de la pandémie, les stocks de vaccins seront très limités, encore plus dans les pays en développement.

### Recommandations:

- Il faut réitérer la recommandation formulée par

le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination qui exhorte les pays à mettre sur pied et à renforcer la surveillance épidémiologique de la grippe dans le but de déterminer les caractéristiques du virus en circulation, notamment en zone tropicale. Les responsables du PEV doivent participer activement à l'application du nouveau protocole de surveillance épidémiologique de l'OPS et des CDC.

- Les groupes à risque, dont les personnes âgées, les malades chroniques, les populations immunodéficientes, les professionnels de la santé, les femmes et les enfants qui ont entre 6 et 23 mois, doivent être vaccinés. Pour la situation en 2006, voir le tableau 1.
- Les pays qui n'ont pas de politique nationale de vaccination doivent évaluer le fardeau de la maladie et l'impact économique des épidémies

Tableau 1. Utilisation du vaccin contre la grippe saisonnière en Amérique centrale, au Mexique et aux Caraïbes latines, 2006

Pays	Enfants	Adultes d'âge avancé	Autres groupes à risque			
			Agents de santé	Maladies chroniques	Employés d'élevages avicoles	Autres
Costa Rica	6m-5a	65a		✓		
Cuba	...	65a	✓	✓	✓	✓
République dominicaine	...	>60a <sup>a</sup>				
El Salvador	6m-23m	>60a	✓	✓		
Honduras	...	>65a	✓		✓	
Mexique	6m-23m	50a	✓	✓		
Panama	6m-23m	>60a <sup>b</sup>	✓			

... non disponible; (a) en maison de retraite; (b) en institution.

Source: rapports des pays au travers du formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF), 2007 et à FCH-IM/OPS.

annuelles de grippe en vue de modifier ces politiques. Il est conseillé de s'appuyer sur les outils d'étude économique de l'initiative Pro-Vac.

- Les pays doivent s'engager à tenir à jour les plans de préparation contre la pandémie. Ces plans doivent établir un ordre de priorité entre les groupes de population jugés à plus haut risque et nécessitant d'être vaccinés.

## Introduction de nouveaux vaccins

Plusieurs nouveaux vaccins ont été élaborés ces dix dernières années et d'autres, en cours d'élaboration, ne devraient pas tarder à être disponibles. Les pays se heurtent donc au défi d'intégrer ces nouveaux vaccins dans leurs programmes nationaux de vaccination, le cas échéant.

Parmi les vaccins déjà disponibles, l'OMS a qualifié de vaccins prioritaires ceux contre le pneumocoque, le rotavirus et le virus du papillome humain (VPH). Cependant, la décision de les introduire dans le programme de vaccination doit être fondée sur les preuves scientifiques, une analyse de coût-efficacité et les moyens opérationnels et financiers du programme.

### a. Recommandation générale:

- Les pays doivent rechercher et élargir le soutien financier en faveur des programmes nationaux de vaccination pour minimiser le décalage entre le moment où sont élaborés de nouveaux vaccins qui sauvent des vies humaines et celui où la population qui en a le plus besoin en dispose.

### b. Recommandations sur le pneumocoque:

- Selon les directives de l'OPS, tous les pays doivent mettre en œuvre la surveillance épidémiologique des pneumonies et de la méningite chez les enfants de moins de 5 ans pour déterminer le fardeau de la maladie.
- Les pays doivent renforcer les capacités de laboratoire de chaque hôpital sentinelle afin de satisfaire aux exigences concernant la culture et l'identification bactériennes de routine au moyen de tests rapides sur des échantillons cliniques tels que liquide céphalorachidien, pleural et sang.

### c. Recommandations sur le rotavirus:

- Les pays doivent engager la surveillance virologique pour le rotavirus avant d'introduire le vaccin car il est essentiel de savoir quelles sont les souches virales circulant dans le pays.
- Les pays doivent instituer un système de surveillance normalisé et de haute sensibilité des maladies diarrhéiques dues au rotavirus dans les hôpitaux sentinelles.
- Les pays doivent envoyer chaque mois leurs données de surveillance sur les maladies diarrhéiques dues au rotavirus au système régional de surveillance de l'OPS pour que ces informations soient consolidées et communiquées en retour aux États membres.

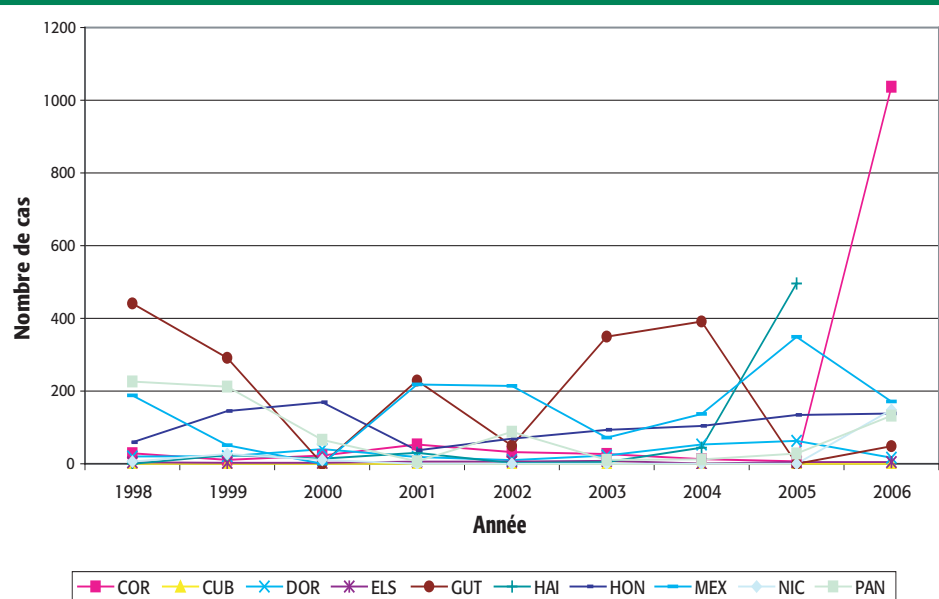
## La coqueluche en Amérique centrale, au Mexique et dans les Caraïbes latines

La coqueluche a été un sujet de discussion lors de la XIX<sup>e</sup> réunion de la région d'Amérique centrale, du Mexique et des Caraïbes latines. Les participants se sont demandés si son incidence avait ou non changé et s'il convenait d'introduire de nouveaux vaccins pour faire reculer la mortalité chez les enfants de moins d'un an et l'incidence chez les jeunes adultes et les personnes âgées. Les informations disponibles n'indiquent aucune hausse marquée du nombre de cas lors des cinq dernières années (figure 1).

### Recommandations:

- Les interventions destinées à protéger contre la coqueluche doivent tendre à un taux de couverture vaccinale du DTC3 (ou équivalent) supérieur à 95% dans chaque municipalité.
- Par le biais de la surveillance de la coqueluche, il faut veiller à ce que les cas rapportés ou confirmés correspondent à la définition de cas et disposent d'échantillons de laboratoire et à ce que soient recueillies les informations nécessaires pour mener une analyse épidémiologique adéquate au niveau national.
- Le processus de prise de décision conduisant à l'introduction de nouveaux vaccins, dont le Tdap, doit tenir compte de toutes les conditions énoncées dans les directives de l'OPS en matière de politique pour l'introduction de nouveaux vaccins.

Figure 1. Nombre de cas de coqueluche dans des pays sélectionnés, 1998-2006



Source: Unité d'immunisation, OPS.

- Les pays doivent détecter le rotavirus à l'aide de la méthode ELISA pour standardiser le diagnostic et pouvoir comparer les résultats d'analyse. Pour savoir quel sérotype ou génotype circule dans un pays, il faudra tester 20% des échantillons ELISA positifs.
- L'OPS doit prêter assistance au renforcement des laboratoires nationaux pour le diagnostic des maladies diarrhéiques dues au rotavirus.
- Les pays doivent évaluer les capacités de leur chaîne du froid à tous les niveaux, leurs calendriers de vaccination et la disponibilité des ressources humaines, tout en envisageant la formation de leurs agents de santé en matière d'utilisation du vaccin contre le rotavirus avant son introduction.
- Il faut renforcer le système de suivi et d'enquête sur les événements supposément attribuables à la vaccination et l'immunisation (ESAVI) pour pouvoir détecter de manière précoce tout événement indésirable dus aux nouveaux vaccins.

### d. Recommandation sur le VPH:

- Le vaccin contre le VPH étant source de défis non négligeables pour les programmes de vaccination nationaux aux plans opérationnel et financier, les pays doivent renforcer les procédures en matière d'introduction de nouveaux vaccins et veiller à ce que leurs décisions soient fondées

sur des preuves et étayées par des plans globaux pour une introduction pérenne.

## Renforcement des programmes de vaccination de routine

Pour ne pas entamer les acquis des programmes de vaccination et conforter l'intervention dans son ensemble, il est essentiel de maintenir et de renforcer l'évaluation, le suivi et la supervision systématique du programme. Ces processus doivent être standardisés à tous les échelons des services de santé et adaptés aux buts et aux objectifs du PEV.

### Recommandations:

- Conformément à la recommandation formulée en 2006 par le GCT, tous les pays doivent renforcer la supervision des programmes de vaccination à l'aide de protocoles de supervision normalisés englobant tous les volets du programme.
- Les pays doivent allouer des moyens financiers suffisants pour l'évaluation, le suivi et la supervision périodique. Ces volets doivent toujours figurer dans les plans d'action nationaux et locaux.
- Les indicateurs de vaccination doivent servir à surveiller les processus d'intégration des interventions de prévention au niveau des services de soins de santé primaire.

Le taux de **couverture vaccinale** constitue une mesure clé de la performance des programmes de vaccination.

### Recommandations:

- Tous les pays doivent améliorer la validité, la cohérence, l'intégrité et l'opportunité des données de couverture.
- L'analyse et à l'utilisation des données ainsi que l'évaluation systématique et périodique de la validité, cohérence, intégrité et opportunité des données de couverture doivent devenir des activités courantes dans les programmes de vaccination pour l'évaluation et la supervision de leurs activités. Il faut aussi établir et appliquer un plan pour remédier aux insuffisances du système de suivi et le réévaluer à intervalles réguliers.
- De concert avec l'OPS, les pays doivent discuter de la question des dénominateurs et du recensement dans les forums multisectoriels et internationaux pour renforcer les dispositifs de l'état civil et de recensement.
- L'OPS doit préparer la version finale des directives concernant le suivi de la couverture et la qualité des données. Il convient de faire connaître ces directives et les outils disponibles dans la Région afin que les pays puissent les adapter et les mettre à profit.

## Législation sur la vaccination, Fonds renouvelable et plan régional concernant les seringues

- Les pays doivent recourir à une législation établissant une affectation budgétaire comme outil dans leur recherche de ressources pour garantir la pérennisation de leurs programmes nationaux de vaccination. Un tel outil législatif facilite la création de l'espace budgétaire requis pour un bon fonctionnement du programme. Les pays qui ne disposent pas encore de législation spécifique sur la vaccination doivent encourager leur parlement et le ministère des Finances à collaborer à la création d'une rubrique budgétaire assignée aux vaccins.
- L'OPS doit procéder à l'évaluation du Fonds renouvelable pour en élargir le rôle de ce mécanisme d'achat en gros, améliorer son efficacité au nom des pays et le positionner pour l'avenir, dans le contexte de l'introduction de nouveaux vaccins.
- L'OPS doit appliquer le plan régional sur le contrôle et la sécurité des seringues achetées par l'entremise du Fonds, à partir de leur acquisition et jusqu'à leur élimination définitive.
- Les pays ayant déjà reçu une formation concernant la déclaration des incidents liés aux seringues sur le site web de l'OPS prévu à cet effet doivent commencer à le faire. ■

## Concours sur le recyclage des déchets solides en Bolivie

Le ministère de la Santé bolivien a mené une campagne nationale de vaccination contre la fièvre jaune du 15 avril au 31 mai 2007 chez les personnes de 2 à 44 ans. Les campagnes de vaccination étant sources de déchets, les autorités sanitaires ont lancé une initiative originale pour encourager le recyclage des produits solides, tels que carton, papier, verre et aluminium, que l'on peut retraiter et réutiliser. Les autres déchets de la campagne de vaccination comme les aiguilles et les seringues doivent être éliminés pour de bon, et selon les protocoles appropriés.

Avec l'appui de l'OPS, le Programme élargi de vaccination (PEV) a organisé un concours à travers le pays pour récompenser les meilleures initiatives de recyclage qui profiteront, en dernière instance, à l'environnement et à la santé des collectivités. Parmi les participants au concours figuraient des dispensaires, des municipalités et des réseaux divers.

Des projets de recyclage ont été menés dans sept départements du pays. Un comité composé de représentants de l'OPS et de l'UNICEF a sélectionné les trois meilleures initiatives et, le 14 août, les trois organisations ont reçu leur prix, récompensant leur travail et la créativité déployée au cours de la campagne.

Le premier prix a été décerné au centre de santé de Villa Ingenio, dans la ville de El Alto de La Paz. Le directeur du centre, le Dr Bacarreza, a déclaré que le concours de recyclage avait été une réelle occasion d'apprendre. « La mission de nos centres est de contribuer à la pérennité de l'environnement », a-t-il offert, ajoutant que le concours et le prix étaient sources de « grande motivation à continuer nos efforts ». Il a poursuivi en disant que le centre continuerait à recycler lors des campagnes à venir. Enfin, selon lui, le recyclage doit devenir la norme lors des campagnes de vaccination, conformément

à la loi des quatre « R » : réduire, réutiliser, recycler et retraiter.

Le deuxième prix a été attribué à la direction du réseau de santé de Tarata du département de Cochabamba. Le thème des activités de recyclage était « *Tous les déchets hospitaliers ne sont pas source d'infection* ». En acceptant le prix au nom du réseau, Analía Almanza, a dit à quel point le projet de recyclage avait été crucial puisqu'il a permis de dégager des revenus pour la formation du personnel. À son sens, ce projet était aussi une étape vers la réalisation de l'objectif de développement pour le millénaire visant à assurer un environnement durable.

Le troisième prix est allé à la municipalité urbaine de Trinidad du département de Beni. Ana María

Bejarano, représentante de la ville et responsable locale du PEV, a repris le thème utilisé par la ville: « *Des enfants vaccinés, dans un environnement sain* ». D'après elle, le plus gros problème pendant la campagne a été que Beni n'a qu'une entreprise de recyclage, ce qui a limité l'ampleur des efforts. Le projet a néanmoins suscité beaucoup d'intérêt chez le personnel du centre de santé et des suggestions ont été faites pour également recycler les déchets à la maison.

L'initiative de recyclage mise en œuvre en Bolivie lors de la campagne de vaccination contre la fièvre jaune a été rendu possible grâce aux efforts consentis et à la volonté de tous les agents de santé participants. L'UNICEF a aussi prêté une assistance particulière. Le succès de cette initiative représente un premier pas crucial vers la promotion d'un environnement plus salubre, sous l'impulsion du PEV. ■



Centre de santé Villa Ingenio de El Alto de la Paz: un agent de santé fait la démonstration du recyclage des capuchons de seringue.



**Les réfrigérateurs destinés aux vaccins NE DOIVENT PAS être utilisés pour entreposer des médicaments, des sérums, des échantillons cliniques, des réactifs, des aliments ou des boissons.**

Les réfrigérateurs domestiques conventionnels (y compris les modèles "no-frost") peuvent être utilisés pour entreposer les vaccins si:

- Les vaccins et les diluants sont organisés en rangées espacées de 3 cm pour permettre la circulation uniforme de l'air froid;
- La source d'énergie est constante et permanente;
- La température est contrôlée deux fois par jour, en début et en fin de journée;
- La maintenance préventive est menée régulièrement;
- Ils sont installés dans un endroit frais et ventilé;
- Ils sont placés à l'ombre et loin de toute source de chaleur;
- Une distance de 15-20 cm les sépare du mur; et
- Ils sont placés sur une surface plane (en particulier les réfrigérateurs à absorption).

### Comment protéger les vaccins de la chaleur ou du gel:

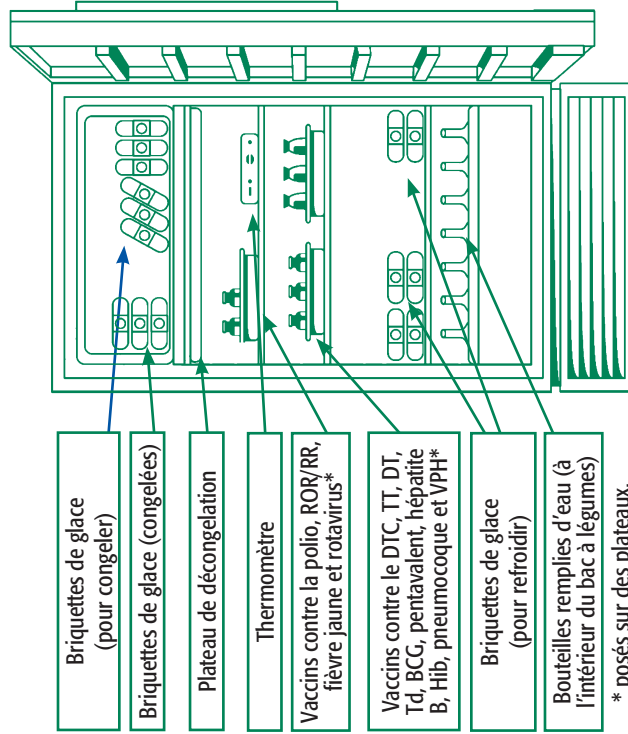
- Il faut maintenir la température à l'intérieur du réfrigérateur entre 2° et 8° Celsius.
- La porte du réfrigérateur ne doit pas être ouverte plus de deux fois par jour, une fois le matin et une autre l'après-midi.
- Des plans écrits en cas d'urgence ou de contingence doivent être disponibles et décrire les dispositions qu'il faut prendre si le réfrigérateur ne peut pas maintenir les températures requises ou en cas de panne mécanique.
- Pour éviter que les vaccins sensibles au gel ne congèlent, il se peut que le thermostat doive être ajusté si le thermomètre, ou un autre dispositif de mesure de la température, indique des températures égales ou inférieures à 0° Celsius.

### Organisation d'un réfrigérateur vertical pour le stockage des vaccins

- Les vaccins ne doivent pas être entreposés dans les réfrigérateurs plus d'un mois.
- Les vaccins ne doivent pas être entreposés dans la porte du réfrigérateur.
- Le réfrigérateur doit être nettoyé et dégivré chaque fois que la glace dans le congélateur atteint une épaisseur de 5 mm.
- Les bouteilles remplies d'eau froide, ou les briquettes de glace, doivent être placées dans la partie inférieure du réfrigérateur.
- **Il ne faut pas placer le volume total de bouteilles remplies d'eau dans le réfrigérateur en une fois.** Cela provoquera une augmentation rapide de la température dans le réfrigérateur et il faudra probablement de nombreuses heures pour que la température redescende à un niveau approprié pour le stockage des vaccins. Placez d'abord l'équivalent de 2 à 4 litres de bouteilles remplies d'eau ou de briquettes de glace dans le réfrigérateur. Attendez 24 heures avant d'ajouter d'autres bouteilles remplies d'eau ou des briquettes de glace.

### Gel des vaccins à l'intérieur du réfrigérateur

L'air froid qui passe par l'évaporateur sort à l'arrière de l'étagère supérieure, où, durant la matinée, les températures peuvent tomber en dessous de 0° C. Par conséquent, l'étagère supérieure n'est appropriée que pour le stockage des vaccins capables de subir un gel accidentel (vaccins polio oral et contre la rougeole et la fièvre jaune).



### Références de l'OMS concernant les informations sur les produits

Les Product Information Sheets (PIS) fournissent des informations générales sur le choix de matériel et des données spécifiques sur le plan technique et pour l'achat concernant certains articles. Une révision du système PIS est en cours pour mieux répondre aux développements à l'échelle mondiale. La nouvelle approche est fondée sur trois critères clés: Performance, Qualité et Sécurité (PQS). Les performances techniques de tous les exemples d'un produit sélectionné doivent correspondre aux normes pertinentes de spécification, qualité et fiabilité qui sont adaptées aux conditions sur le terrain. De même, tous les exemples d'un produit sélectionné doivent disposer de caractéristiques de sécurité pour le cycle de vie entier garantissant qu'aucun dommage n'est causé aux utilisateurs, aux patients ou à l'environnement lors de la vie utile du produit. Les versions préliminaires des spécifications PQS et des protocoles de vérification sont disponibles pour revue.

- Product Information Sheets: [http://www.who.int/immunization\\_standards/vaccine\\_quality/pis/en/index.html](http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pis/en/index.html)
- PQS: [http://www.who.int/immunization\\_standards/vaccine\\_quality/pqs/en/index.html](http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pqs/en/index.html)
- Version préliminaires des spécifications PQS et des protocoles de vérification: [http://www.who.int/immunization\\_standards/vaccine\\_quality/specs\\_intro/en/index.html](http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/specs_intro/en/index.html)

## In memoriam: Gloria García Santibáñez, première directrice nationale du PEV du Panama

Gloria García Santibáñez s'est éteinte le 30 juillet 2007 à Panama City, au cours d'une opération à cœur ouvert pour remplacer une valve cardiaque défectueuse. Née au Mexique en 1943, c'est dans ce pays qu'elle avait obtenu son diplôme d'infirmière en 1964 avec honneurs. Peu de temps après, elle s'était installée au Panama où elle eut une longue et brillante carrière en santé publique.

Après plusieurs années de travail en qualité d'infirmière, Mme García est devenue la première responsable du Programme élargi de vaccination (PEV) du Panama, un poste qu'elle occupera de 1976 jusqu'à sa retraite en 1996. À partir de 1992, elle est aussi Directrice du *Depósito Nacional de Biológicos* (Entrepôt national des produits biologiques). C'était un projet qu'elle avait activement promu, depuis sa planification jusqu'à sa construction. En 1998, lors d'une cérémonie commémorant le 20<sup>e</sup> anniversaire du PEV au Panama, le gouvernement donnera au *Depósito Nacional de Biológicos* le nom de Mme García.

Mme García fut Secrétaire ad hoc et membre fondateur de la Commission nationale pour la surveillance épidémiologique de la poliomyélite

(1989-1996) et Secrétaire ad hoc de la Commission nationale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite (1994). Elle est l'auteur de plusieurs publications, dont *La surveillance épidémiologique*



*de la poliomyélite au Panama (1990), L'évaluation de la surveillance épidémiologique de la rougeole au Panama (1999) et L'évaluation de la surveillance épidémiologique du tétanos néonatal au Panama (2000).* Elle fut aussi volontaire de la Croix-Rouge au Nicaragua à plusieurs reprises.

Mme García restera dans les mémoires comme un agent de santé profondément dévoué qui, dès le début de sa carrière, s'est attiré le respect et l'admiration de ses pairs, n'hésitant jamais à se rendre en zone reculée, à pied, à cheval ou en canoë, pour mettre la vaccination à la portée de tous. Sourire et altruisme sont deux des attributs de celle qui toucha la vie de tant de personnes qui l'appelaient simplement « Miss Gloria ». ■

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 4 • Août 2007

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Pan American  
Health  
Organization**



Regional Office of the  
World Health Organization

**Unité d'immunisation**

525 Twenty-third Street, N.W.

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

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