



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXII, NUMÉRO 4 ► AOÛT 2010

- 1 Le rôle de l'UNASUR dans la vaccination contre la grippe pandémique
- 1 Polio au Tadjikistan: un rappel du risque d'importations vers les régions exemptes de polio
- 3 Déclaration du Directeur général de l'OMS suite à la neuvième réunion du Comité d'urgence
- 3 Haïti: campagne de vaccination à la suite du séisme
- 5 Progrès en matière de prévention du cancer du col en Amérique latine
- 5 Nouveautés concernant la surveillance des nouveaux vaccins
- 7 Questions et réponses sur la vaccination
- 8 Histoire du PEV en Colombie

Le rôle de l'UNASUR dans la vaccination contre la grippe pandémique

Antécédents

L'Union des nations sud-américaines (UNASUR) a été fondée le 23 mai 2008 dans la ville de Brasilia au Brésil, où a été signé son traité constitutif. L'UNASUR se compose de 12 nations sud-américaines et son objectif est de donner, d'une manière consensuelle et participative, une opportunité aux pays de s'unir sur les plans culturel, social, économique et politique suivant le modèle européen.

Le Conseil de la Santé sud-américain ou Santé UNASUR a été établi le 16 décembre 2008 afin d'offrir une opportunité d'intégration en matière de santé. Santé UNASUR dispose de cinq commissions techniques: 1) protection épidémiologique, 2) développement des systèmes de santé universels, 3) accès universel aux médicaments, 4) promotion de la santé et action sur les déterminants sociaux et 5) développement et gestion des ressources humaines en santé.

Pandémie de grippe A(H1N1) 2009

À l'occasion d'une réunion du Conseil de la Santé sud-américain le 8 août 2009, les nations d'UNASUR ont pris en considération les faits suivants, à la lumière de la menace provoquée par la première pandémie de grippe du 21^e siècle:

- La pandémie de grippe constituait un défi pour la santé publique.
- La communauté mondiale devait fonder son travail sur les principes de solidarité, de justice et d'équité pour



Réunion extraordinaire du Conseil de la Santé sud-américain le 8 août 2009 à Quito, en Équateur.

Polio au Tadjikistan: un rappel du risque d'importations vers les régions exemptes de polio

Une augmentation notable du nombre notifié de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) en avril dernier a conduit le Tadjikistan à confirmer une flambée de polio due au poliovirus sauvage de type 1. À la fin du mois d'août, un total de 456 cas de poliovirus sauvage de type 1 confirmés par laboratoire, dont 20 décès, a été confirmé (figure 1). La plupart des cas du Tadjikistan se sont produits dans le sud-ouest du pays (figure 2). Sur les cas confirmés, 313 (69%) sont des enfants de moins de 5 ans et 90 (19%) sont des enfants âgés de 6 à 14 ans. Le début de la paralysie s'est produit le 4 juillet pour le dernier cas. Le virus semble avoir été importé de l'Inde.

La flambée s'est propagée aux pays voisins. Depuis le début de 2010, la Fédération de Russie a notifié 12 cas confirmés de polio et le Turkménistan 3 cas. Le Kazakhstan, le Kirgizstan et l'Ouzbékistan ont renforcé la surveillance mais aucun cas de polio n'a été confirmé.

Il s'agit de la première importation de poliovirus sauvage dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) depuis qu'elle a été certifiée exempte de polio en 2002. Les niveaux notifiés de couverture du VPO3 du Tadjikistan sont supérieurs à 85% depuis la fin des années 1990 et les derniers cas de polio se sont produits en 1997.

En réponse à la flambée, plusieurs campagnes de vaccination avec le vaccin monovalent contre la polio de type 1 ont été menées au Tadjikistan (4 tournées avec des niveaux de couverture de 99% entre mai et juin 2010). Des campagnes

garantir l'accès aux vaccins, aux médicaments et aux fournitures stratégiques afin d'enrayer la grippe H1N1.

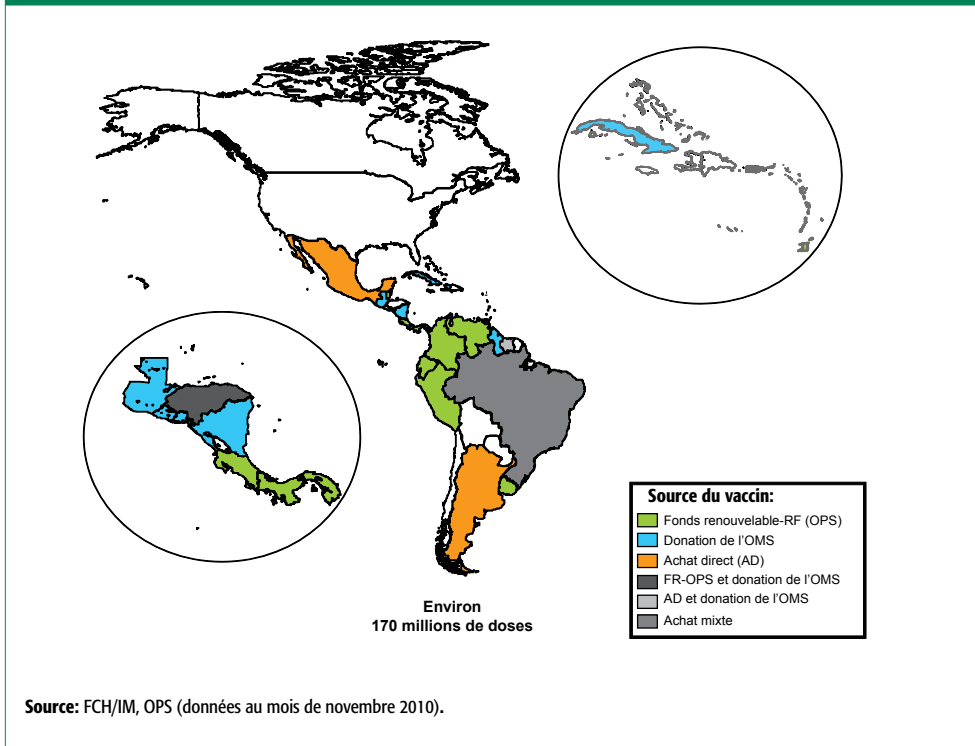
- La production, la disponibilité et l'accès aux vaccins, aux médicaments et aux fournitures stratégiques étaient sévèrement limités au niveau régional.

Au vu des trois faits précités, les nations d'UNASUR ont décidé de prendre les mesures suivantes:

1. ratifier le concept de la suprématie de la santé publique par rapport aux intérêts économiques et commerciaux,
2. renforcer les efforts collectifs des pays membres, avec pour résultat une capacité d'apporter des réponses concrètes,
3. déclarer biens publics mondiaux tous les médicaments, vaccins et fournitures qui sont requis pour répondre à la pandémie,
4. demander à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'exhorter les nations développées à se conformer au protocole prioritaire conjoint afin de garantir un accès équitable et ponctuel aux vaccins pour tous les pays,
5. décider que les droits de la propriété intellectuelle n'empêchent pas les États membres d'adopter des mesures destinées à protéger la santé publique,
6. développer un plan stratégique en vue de l'innovation, du développement et de la production au niveau régional pour garantir l'accès aux produits biologiques, aux médicaments et aux fournitures,
7. appuyer le Fonds renouvelable de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en tant que mécanisme stratégique pour la négociation régionale et inciter à ce que la priorité soit accordée aux achats auprès des producteurs régionaux et
8. décider que la stratégie principale pour l'accès à court terme aux vaccins contre la grippe pandémique soit fondée sur la négociation conjointe à travers le Fonds renouvelable de l'OPS afin de garantir un accès ponctuel et équitable aux populations vulnérables et empêcher les intérêts commerciaux de profiter de la panique et de l'incertitude causées par la pandémie.

Les vaccins contre la grippe H1N1 ont soulevé de grands espoirs pour le programme d'action social et politique des pays. Les Ministres de la Santé d'Amérique latine ont participé au suivi des processus d'acquisition et de livraison des vaccins et ont été informés par l'OPS sur la situation de la grippe H1N1 aux Amériques. L'UNASUR a appuyé l'OPS durant les négociations pour obtenir de meilleures conditions de prix, de qualité et d'allocation, renforçant le rôle consultatif de l'OPS et l'articulation avec les autres acteurs en santé.

Figure 1. Achat de vaccin contre la grippe pandémique (H1N1) en Amérique latine et dans la Caraïbe



Les nations de l'UNASUR ont également approuvé les recommandations techniques de l'OMS et de l'OPS pour la vaccination en ce qui concerne les critères de qualité pour les vaccins devant être achetés et la désignation des groupes prioritaires pour la vaccination contre la pandémie de grippe.

Résolution de Guayaquil, novembre 2009

Le Conseil de la Santé sud-américain s'est réuni en novembre 2009 pour examiner les progrès dans l'acquisition des vaccins à travers le Fonds renouvelable de l'OPS. Au cours de la réunion, les États membres ont décidé de: « Reconnaître le succès réalisé dans l'acquisition du vaccin contre la grippe pandémique à travers le Fonds renouvelable de l'OPS et souligner l'importance de continuer à promouvoir des stratégies pour des négociations conjointes concernant l'acquisition de médicaments et de fournitures stratégiques intéressant la santé publique afin de garantir l'amélioration de la qualité, de la ponctualité et de l'équité tout en respectant les principes de prix plus bas et de prix unique. »

De plus, les pays ont convenu d'initier la vaccination des groupes prioritaires, d'importer les vaccins, de préparer des directives de communication de masse appuyant l'attribution de la priorité à la vaccination et de partager l'information relative aux événements supposément attribuables aux

vaccins ou à l'immunisation (ESAVI).

En fonction de cette expérience, l'UNASUR a présenté de nouveaux défis, tels que l'accès universel aux médicaments et la lutte conjointe contre les médicaments illégaux, un plan continental contre la dengue, la santé frontalière et l'attribution de la priorité à la recherche pour combattre les maladies oubliées.

Conclusions

La menace de la pandémie est devenue une opportunité pour l'intégration et la réponse conjointe des nations membres de l'UNASUR. La vaccination contre la grippe pandémique faisait partie d'une réponse intégrée qui comportait des mesures pharmaceutiques et non pharmaceutiques.

La pandémie a également rendu possible la régulation de l'industrie pour éviter une commercialisation unilatérale auprès des pays, ce qui aurait menacé l'accès aux vaccins par une influence induite sur leur disponibilité et leur coût. Elle a permis de garantir l'accès aux vaccins à un prix plus bas et à un prix unique, et de réaliser l'équité de l'accès. Elle a finalement servi de catalyseur pour la coopération future concernant les nouveaux défis de santé publique. ■

Déclaration du Directeur général de l'OMS suite à la neuvième réunion du Comité d'urgence

Le Comité d'urgence de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tenu sa neuvième réunion par téléconférence le 10 août 2010.

Le Secrétariat a présenté au Comité d'urgence un bilan épidémiologique et une mise à jour sur la situation mondiale concernant la pandémie de grippe H1N1 (2009). On a insisté particulièrement sur la situation épidémiologique dans l'hémisphère Sud, où c'est actuellement la saison grippale d'hiver dans de nombreux pays. La mise à jour a également porté sur certains pays signalant une transmission active du virus de la grippe pandémique. Les représentants des Gouvernements argentin, australien, indien, néozélandais et sud-africain ont décrit les dernières évolutions dans leur pays. Une attention particulière a été portée à la situation dans certains pays connaissant actuellement de fortes épidémies de grippe causées principalement par le virus H1N1 (2009).

Tout en notant avec préoccupation ces épidémies, le Comité a fondé son appréciation sur la situation mondiale. Les membres ont pris acte des indications claires montrant que la grippe, au niveau mondial, évolue vers des modes saisonniers de transmission. Dans la majorité des pays, on n'observe plus de flambées hors saison et l'intensité de la transmission du virus H1N1 (2009) est plus faible que celle notifiée en 2009 et début 2010. Les membres ont noté en outre que le virus H1N1 (2009) continuerait probablement à circuler pendant quelques années encore, se comportant

comme un virus grippal saisonnier.

Le Comité a convenu que la situation mondiale de la grippe ne représentait plus un événement extraordinaire nécessitant des mesures d'urgence immédiates à l'échelle internationale. À son avis, l'urgence de santé publique de portée internationale recommandée suite à l'émergence du virus H1N1 (2009) devrait être considérée comme terminée. Le Comité a noté en outre que les recommandations temporaires adoptées face à l'urgence de santé publique de portée internationale avaient pris fin.

Après de longues discussions, le Comité a indiqué à l'unanimité au Directeur général que la pandémie de grippe était terminée, même si des épidémies importantes dues au virus H1N1 (2009) continuent de se produire dans certains pays. Les membres ont indiqué qu'il avait été nécessaire d'attendre de pouvoir disposer des données de la saison d'hiver dans l'hémisphère Sud pour effectuer une telle appréciation au niveau mondial avec un degré de confiance raisonnable.

Le Comité a noté que les informations en provenance d'Inde, de Nouvelle-Zélande et des pays insulaires du Pacifique correspondaient à ce qui était attendu, à savoir que certains pays pourraient connaître des niveaux importants d'activité grippale associée au virus H1N1 (2009) à l'avenir, et a exprimé la nécessité pour les autorités nationales de continuer d'appliquer les mesures de riposte aux épidémies dans les pays où de tels événements

se produiraient. Le Comité a fortement insisté sur la nécessité pour les États de maintenir une surveillance vigilante des maladies et le suivi des flambées de grippe et des syndromes d'allure grippale, et d'assurer que les mesures de santé publique nécessaires pour prévenir et maîtriser la grippe restent en vigueur. Ces mesures comprennent la poursuite de l'utilisation des vaccins contre la grippe saisonnière ou contre la grippe pandémique due au virus H1N1 (2009), le cas échéant et lorsqu'ils sont disponibles. Le Comité a noté que le taux de vaccination contre la grippe pandémique dans certains pays insulaires du Pacifique semblait suffisamment élevé pour réduire le risque de flambées dans ces pays.

Sur la base de l'avis du Comité d'urgence, et de sa propre appréciation de la situation, le Directeur général a déterminé que le monde n'était plus en situation de pandémie de grippe et a donc mis fin à l'urgence de santé publique de portée internationale conformément au Règlement sanitaire international (2005).

À la lumière de ces décisions, le Directeur général a remercié les membres et le conseiller du Comité d'urgence de leurs bons et loyaux services et de leurs avis d'experts, d'une grande importance pour la santé publique internationale.

Les travaux du Comité d'urgence étant maintenant terminés, les noms, affiliations et intérêts déclarés des membres du Comité et du conseiller seront publiés sur le site Web de l'OMS dès que possible. ■

Note: pour de plus amples informations sur les réunions du Comité d'urgence concernant la grippe pandémique H1N1 2009 et une liste complète de ses membres et de ses conseillers, veuillez consulter http://www.who.int/ihr/ihr_ec/en/index.html.

Haïti: campagne de vaccination à la suite du séisme

Le 12 janvier 2010, un tremblement de terre d'une puissance de 7,0 a tué 220 000 personnes selon les estimations et a dévasté Port-au-Prince, la capitale d'Haïti, et les zones environnantes. À ce jour, plus d'un million de personnes vivent encore dans plus de 800 campements précaires.

D'un point de vue historique, le programme d'immunisation en Haïti a toujours été en situation précaire et certaines maladies évitables par la vaccination (diphthérie, coqueluche, tétanos, tétanos néonatal) demeurent une préoccupation de santé publique. Le tétanos non néonatal représente 2% des causes infectieuses de décès, excluant la période néonatale (données de 2000) et les cas de tétanos néonatal (TNN) notifiés par Haïti représentent environ la moitié de tous les cas notifiés de TNN

aux Amériques. Le programme de vaccination ne comprend que les vaccins du Programme élargi de vaccination (PEV) de base ciblant les enfants de moins d'un an: le BCG, le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), le vaccin antidiphthérie-antitétanique-anticoquelucheux (DTC), le vaccin antirougeoleux et, depuis 2008, le vaccin associé rougeole-rubéole (RR). Haïti est le seul pays de l'hémisphère occidental dont le calendrier national de vaccination n'inclut pas les vaccins contre l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib), ni d'autres vaccins pour les personnes âgées de plus d'un an. Depuis 2000, les niveaux de couverture notifiés pour le DTC3 ont fluctué entre 39 et 79%, avec une couverture de 68% notifiée pour 2009. Le dernier cas de poliovirus sauvage en Haïti s'est produit en

1989 et la dernière flambée de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale en 2000-2001. Aucun cas de rougeole ne s'est produit depuis 2001. Les campagnes de vaccination contre la polio et la rougeole ont maintenu ces deux maladies à distance.

Plan national de vaccination post-catastrophe

Tout de suite après le séisme, le Programme national de vaccination a établi un plan national de vaccination post-catastrophe, avec l'appui de l'Organisation panaméricaine de la Santé/l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF. L'objectif principal était de minimiser l'occurrence de maladies évitables par la vaccination à la suite du séisme. Le plan était divisé en phases.

Phase 0. Fourniture immédiate de vaccin Td/TT et antitoxine tétanique aux personnes blessées durant le séisme et celles subissant des chirurgies d'urgence, dont les amputations.

Phase 1. Vaccination de la population déplacée vivant dans des campements précaires dans les communes affectées par le séisme: Port-au-Prince, Pétionville, Croix-des-Bouquets, Delmas, Tabarre, Cité Soleil et Carrefour dans la zone métropolitaine, Léogâne, Gressier, Grand-Goâve et Petit-Goâve dans le Département de l'Ouest et Jacmel dans le Département du Sud-Est. La population ciblée et les interventions comprenaient comme suit:

- enfants âgés de 6 semaines à 8 mois : DTC
- enfants âgés de 9 mois à 7 ans : DTC, RR et suppléments de vitamine A
- personnes âgées de 8 ans et plus: Td
- tous les enfants âgés de 2 ans et plus: albendazole.

La justification d'inclure la vaccination DTC/Td se devait au fait que les activités de vaccination avec le vaccin DTC pour les enfants et Td pour les adultes en réponse à une flambée de diphtérie avaient démarré à la fin de 2009¹ mais avaient été interrompues en raison du séisme. Un stock suffisant de vaccin Td était disponible dans le pays au moment du tremblement de terre.

Phase 2. La fourniture d'un paquet similaire à celui pour la Phase 1 mais en utilisant le VPO au lieu des suppléments de vitamine A, pour toutes les personnes âgées de moins de 20 ans vivant dans les zones affectées indépendamment du type de logement. La campagne de vaccination fournit une deuxième dose de DTC/Td et RR aux personnes vaccinées précédemment et une opportunité supplémentaire pour celles ne vivant pas sous les tentes et celles n'ayant pas été atteintes au cours de la Phase 1.

Renforcement de la vaccination de routine. Le plan national de vaccination post-catastrophe comprend également une intensification de la vaccination de routine avec tous les vaccins du PEV en tant que paquet de santé intégré pour les enfants de moins de 5 ans, même dans les zones qui n'ont pas été touchées directement par la catastrophe, ainsi que la surveillance épidémiologique dans les institutions sanitaires et au niveau communautaire.

Mise en œuvre de la Phase 1

La Phase 1 a été mise en œuvre entre février et mai 2010. Les communes dans la zone métropolitaine, Croix des Bouquets, Petit-Goâve et Grand-Goâve ont été vaccinées entre février et avril; Ganthier, Gressier, Jacmel et Léogâne ont commencé la vaccination en avril. La population ciblée était initialement estimée à environ 1,4 million de personnes (environ 250 000 enfants âgés de 6 semaines à 7 ans) vivant dans plus de 300 sites, à l'aide des données du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) de l'ONU. Les estimations par tranche d'âge ont été obtenues en appliquant

la distribution selon l'âge à la population générale (1,86% pour 6 semaines à 8 mois; 15,71%, 9 mois à 7 ans et 82,43%, >8 ans). Toutefois, les estimations démographiques ont changé avec le temps car des sites apparaissaient et disparaissaient, certains d'entre eux étaient comptés deux fois pendant la phase de planification dû à une confusion sur leurs noms et en raison de la réinstallation généralisée qui a eu lieu au sein de la population suite au séisme.

En raison de la demande élevée concernant la vaccination, des organisations non gouvernementales ont participé à la Phase 1, en coordination avec le PEV et les bureaux de santé communaux d'Haïti. La Fédération internationale de la Croix-Rouge, Médecins du Monde-Canada, les marines espagnols et les brigades cubaines étaient les principales institutions étrangères intervenant dans les activités de vaccination au cours de la Phase 1. Des mesures de sécurité des injections ont été mises en œuvre dès le début, mais ont également été ajustées au moyen du renforcement de la formation et de la supervision. Des événements supposément attribuables à la vaccination ou l'immunisation (ESAVI), principalement des réactions locales et de la fièvre, ont été notifiés par la population et le personnel de santé travaillant sur les sites (aucun ESAVI grave n'a été notifié). Plusieurs problèmes de logistique ont entravé l'exécution de la Phase 1. Les établissements de santé, y compris certains bureaux de santé communaux, ont été détruits ou gravement endommagés. Le Ministère de la Santé a été endommagé, ce qui a affecté la capacité du système de distribuer les salaires. Les locations de véhicules ont été affectées par l'augmentation de la

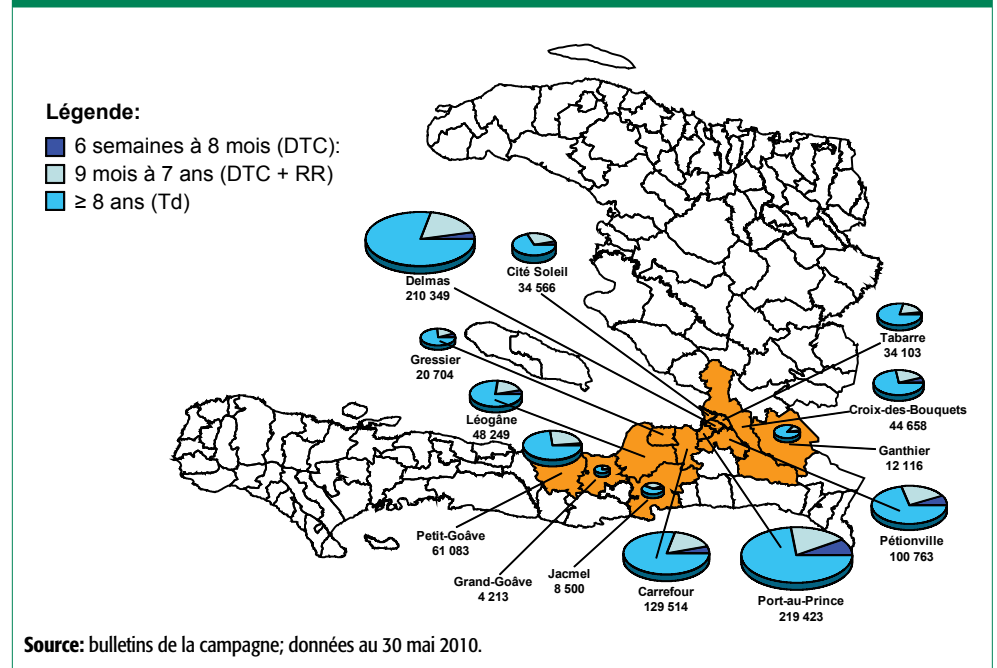
demande, ce qui a conduit à une montée en flèche des prix. L'évacuation des déchets a constitué un autre problème majeur, en raison des difficultés à identifier une installation d'incinération dont les tarifs étaient abordables.

Le calcul de la couverture n'a pas été possible à cause de l'incapacité à estimer la population ciblée. Le suivi rapide de la couverture (SRC) a été mis en œuvre suite à la vaccination sur les sites pour informer l'exécution des activités de ratissage. Toutefois, les activités de SRC n'ont pu être terminées en raison des défis logistiques. Globalement, plus de 928 000 personnes ont été vaccinées, 188 125 d'entre elles étant des enfants de la tranche d'âge de 9 mois à 7 ans (figure 1). Au vu des données disponibles, la couverture parmi les enfants pourrait ne pas avoir atteint 80%.

Conclusions

La mise en œuvre de la Phase 1 du plan de vaccination post-catastrophe en Haïti a été très longue à mettre en œuvre et la couverture obtenue pendant les activités de vaccination a été insuffisante. Le nombre élevé de travailleurs humanitaires se rendant en Haïti en provenance de pays où des cas de rougeole continue à se produire représente un risque persistant d'importation en raison du réservoir existant d'Haïtiens susceptibles. De plus, des cas de diphtérie continuent à se produire dans le pays. Par conséquent, les autorités sanitaires ont décidé de mettre fin à la Phase 1 du plan de vaccination post-catastrophe et de procéder à l'exécution de la Phase 2, qui devait être lancée en juillet. ■

Figure 1. Doses de vaccin enregistrées par groupe d'âge, Phase 1 de la vaccination suite au séisme, communes affectées, Haïti, 2010



¹ Épidémie de diphtérie en Haïti, 2009. *Bulletin d'immunisation*, Volume XXXI, Numéro 6 (Décembre 2009).

Progrès en matière de prévention du cancer du col en Amérique latine

En 2008, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), un organe directeur composé des ministres de la santé des Amériques, a ratifié une résolution recommandant le renforcement des programmes complets de prévention du cancer du col de l'utérus en Amérique latine et dans la Caraïbe. La résolution a été ratifiée après considération et approbation de la Stratégie et du plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le col de l'utérus. Le plan d'action en sept points vise à l'amélioration de la qualité, de la couverture et de l'efficacité des programmes de lutte contre le cancer du col et comprend l'introduction du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH).

Afin de soutenir plus avant la mise en œuvre de la stratégie Régionale, l'OPS, le Ministère de la Santé du Panama et PATH1 ont convoqué une réunion du 2 au 3 juin 2010 au Panama avec la participation de plus de 70 professionnels de la santé de 13 pays latino-américains. La réunion a permis de débattre des éléments de preuve scientifiques récents concernant les nouvelles technologies de dépistage et

1 Le Programme pour la technologie appropriée en santé (PATH/Program for Appropriate Technology in Health) est une organisation non gouvernementale internationale.

les vaccins contre le VPH, y compris les éléments de preuve rassemblés par les études menées en Amérique latine, de débattre de l'importance d'une optique tenant compte des femmes et de la communauté et du besoin d'améliorer l'éducation publique pour accroître la participation aux programmes de prévention, de partager les différentes expériences nationales concernant l'introduction d'approches et de technologies nouvelles comme celles du Panama, qui a introduit le vaccin contre le VPH, et du Mexique, qui a introduit le dépistage du VPH et les vaccins contre le VPH, et de planifier la collaboration entre les pays avec le soutien d'organisations internationales pour améliorer l'efficacité de leurs efforts de prévention du cancer du col. Des représentants de plusieurs organisations internationales, comme l'Union internationale contre le cancer (UICC), les Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) et PATH ont présenté les différentes ressources et les différents outils que ces organisations peuvent fournir pour aider les directeurs de programme lors de la prise de décision. Comme exemples, il faut citer Action Planner de PATH, un nouvel outil interactif fondé sur le web qui fournit une approche pratique et étape par étape permet-

tant de mettre sur pied un programme de lutte contre le cancer du col ou de l'améliorer et l'initiative ProVac de l'OPS, un projet dont le but est d'aider les pays à renforcer leurs capacités pour mener leurs propres évaluations de coût-efficacité pour l'introduction de nouveaux vaccins.

Les participants à la réunion ont tiré les conclusions suivantes:

- Il existe des éléments de preuve scientifique évidents permettant de soutenir la mise en œuvre de nouvelles technologies par les programmes de prévention du cancer du col;
- Il existe un intérêt certain, ainsi qu'une motivation et un enthousiasme évidents, parmi les directeurs de programme des ministères de la santé concernant l'incorporation de ces nouvelles technologies dans leurs programmes actuels et les directeurs sont d'avis que la résolution du Conseil directeur datant de 2008 offre l'impulsion politique nécessaire à l'adoption de ces changements; et
- Le plus grand obstacle à l'introduction des nouvelles technologies est le coût actuel élevé des vaccins contre le VPH et du test du VPH. ■

Pour plus amples informations, veuillez consulter la page web de l'OPS concernant la réunion infrarégionale des pays d'Amérique latine sur la prévention du cancer du col (en anglais): http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2300&Itemid=2318.

Nouveautés concernant la surveillance des nouveaux vaccins

Afin de renforcer et d'étendre la surveillance des vaccins nouveaux et sous-utilisés à l'échelle mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires ont recommandé en 2007 que la normalisation des données de surveillance soit considérée comme une priorité lors des années suivantes. Depuis lors, plusieurs réseaux de surveillance du rotavirus et des maladies bac-

tériennes invasives en Amérique latine et dans la Caraïbe se sont attachés à améliorer leur système pour 1) fournir des données de qualité permettant d'estimer le fardeau de la maladie, 2) soutenir la prise de décision fondée sur des données probantes concernant l'introduction des vaccins, 3) surveiller la circulation de sérotypes/génotypes particuliers et les changements dans la distribution

des sérotypes/génotypes et la susceptibilité antimicrobienne et 4) évaluer la répercussion du vaccin après son introduction.

Du 8 au 13 février 2010, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a convoqué une réunion à Washington, D.C., pour examiner les variables de surveillances les plus pertinentes concernant le rotavirus et les pneumonies et méningites bactériennes en ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans et pour élaborer un guide normalisé de variables afin d'aider les pays à mieux interpréter leurs données de surveillance.

La réunion a eu pour résultat l'élaboration et la

Nuevas vacunas: variables para la vigilancia centinela de rotavirus y meningitis y neumonías bacterianas



publication en juillet de la brochure *Nuevas vacunas: variables para la vigilancia centinela de rotavirus y meningitis y neumonías bacterianas* (disponible en espagnol seulement), qui comprend plusieurs variables essentielles sélectionnées pour aider à la collecte de données concernant le rotavirus et les pneumonies et méningites bactériennes aux niveaux hospitalier et national.

La brochure passe en revue les variables devant

figurer sur les formulaires d'investigation de cas de chaque patient, qu'elles soient obligatoires, recommandées ou optionnelles, et fournit des instructions afin de correctement remplir le formulaire d'investigation.

Récemment, l'OPS a également élaboré un nouveau logiciel fondé sur le web, VINUVA1, qui permet aux hôpitaux sentinelles et/ou aux pays de

la Région des Amériques de saisir, entreposer et notifier les données de surveillance cumulées directement du niveau national au niveau régional. Le logiciel permettra la notification de données directe et systématique, ce qui aura pour résultat de rendre le système plus efficace et d'améliorer la qualité des données. Les pays pourront commencer à l'utiliser dès le début de mars 2011. ■

1 Vigilancia de Nuevas Vacunas/Surveillance des nouveaux vaccins.

TADJIKISTAN suite de la page 1

ont également été menées ou seront menées en septembre dans les pays voisins du Kazakhstan, Kirgystan, Turkménistan et Ouzbékistan. La Fédération de Russie a procédé à des investigations sur les contacts et à la vaccination de rattrapage autour des cas confirmés.

L'OMS a maintenu sa recommandation de ne pas imposer de restrictions sur les mouvements internationaux des personnes. Toutefois, il est important que les voyageurs internationaux se rendant dans des zones affectées par la polio ou venant de ces zones soient adéquatement immunisés contre la polio.

Les pays des Amériques sont alertés du risque d'importation de polio. Comme l'illustrent les cas dans des pays auparavant exempts de polio en Asie centrale, tant que le poliovirus sauvage continue à circuler dans certaines zones, des importations et des flambées peuvent se produire. Le dernier cas de poliovirus sauvage aux Amériques s'est produit au Pérou en 1991. Afin de maintenir la Région exempte de poliovirus sauvage, les pays sont encouragés à évaluer leur risque d'une flambée due à des importations en analysant leur couverture vaccinale contre la polio par municipalité ainsi que la capacité du système de surveillance de détecter une importation de manière ponctuelle. Les pays n'atteignant pas le minimum d'un cas de PFA pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans sont encouragés à mener des recherches actives de cas dans leurs principaux hôpitaux. ■

Pour d'autres informations: 1) Global Polio Eradication Initiative (<http://www.polioeradication.org/>) et 2) WHO Epidemiological Brief 7: Polio outbreak in the European Region and country responses, en anglais (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/121799/WHO_EPI_Brief_10sep_2010e.pdf).

Figure 1. Cas de polio confirmés par laboratoire par date de début de la paralysie, Tadjikistan, 2010

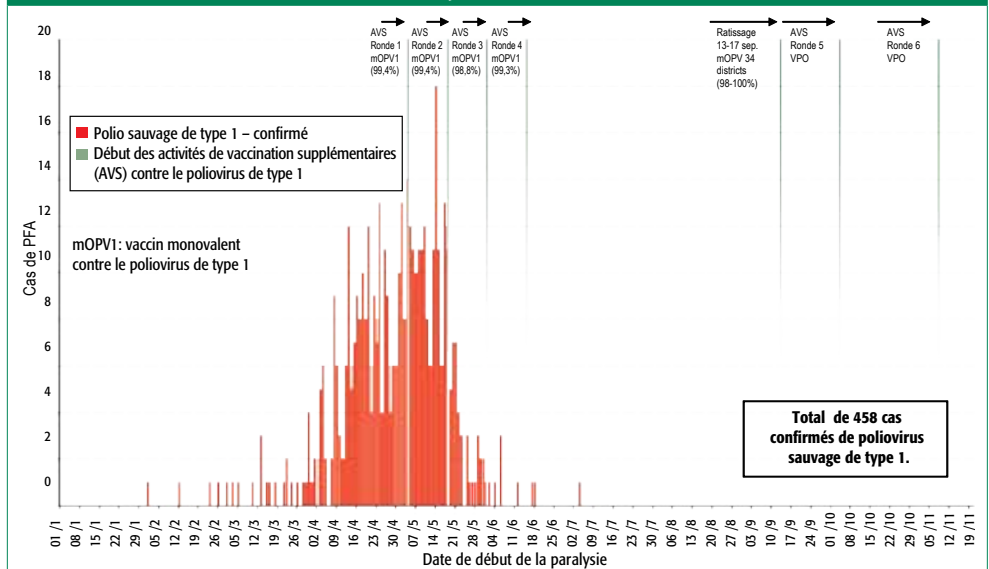
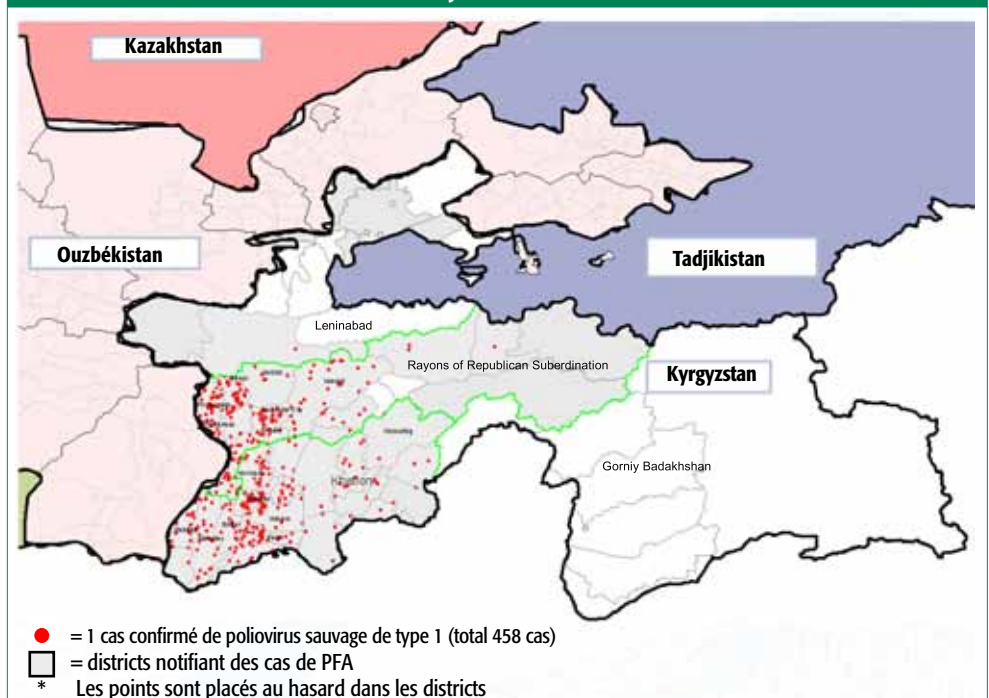


Figure 2. Distribution des cas de PFA et de polio confirmés par laboratoire par district,* Tadjikistan, 2010



Les questions sur la vaccination que les professionnels des soins de santé posent le plus souvent

Programmation des vaccinations

Q: Pourquoi les vaccins ne sont-ils pas généralement administrés aux nourrissons de moins de six semaines?

R: Principalement parce qu'il existe peu de données sur la sûreté et l'efficacité des doses administrées avant l'âge de six semaines et que les vaccins ne sont pas homologués pour cet usage. Les données qui existent laissent entendre que la réponse aux doses administrées avant six semaines est faible; la réponse aux vaccins contre l'hépatite B et le BCG est l'exception.

Q: Le nombre d'injections recommandées à administrer au cours d'une même visite est en augmentation et nous sommes à court de sites d'injections. Devrions-nous différer certains vaccins?

R: Nous conseillons fortement que vous ne différiez aucun des vaccins recommandés. Ce serait là une opportunité manquée. Aucune limite supérieure n'a été établie concernant le nombre de vaccins pouvant être administrés lors d'une même visite. Lorsque plusieurs injections sont administrées lors d'une même visite, séparez deux vaccins intramusculaires (IM) d'au moins 2,5 cm dans le corps du muscle afin de réduire la possibilité de réactions locales qui se chevauchent. Voici un lien vers une série d'illustrations (« cartes des points de vaccination ») qui montrent comment l'on peut administrer toutes les doses indiquées aux enfants: www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/D/site-map.pdf. Si des vaccins vivants parentéraux (injectés) (ROR et/ou fièvre jaune) et le vaccin vivant atténué contre la grippe ne sont pas administrés au cours de la même visite, ils doivent être séparés de quatre semaines ou plus.

Q: Si je dois faire plus d'une injection dans un muscle, vaut-il mieux administrer certains vaccins ensemble?

R: Étant donné que le DTC et le vaccin antipneumococcique conjugué sont les vaccins qui ont le plus tendance à provoquer une réaction locale, il est plus pratique de les administrer dans des muscles séparés (si possible), de sorte qu'il n'y ait pas de confusion sur le vaccin ayant provoqué une réaction.

Q: Que signifie « intervalles minimums » entre les doses de vaccin?

R: Les calendriers de vaccination sont généralement déterminés par des essais cliniques, habituellement avant l'homologation du vaccin. L'espace entre les doses lors de l'essai clinique correspond généralement au calendrier recommandé. Un « intervalle minimum » est plus court que l'intervalle recommandé et correspond à l'intervalle le plus court entre deux doses d'une série de vaccins au cours duquel on peut s'attendre à une réponse adéquate à la seconde dose.

Q: Est-il nécessaire de recommencer une série de vaccins si un patient ne revient pas pour une dose au moment recommandé, même s'il y a eu un délai d'un an ou plus?

R: Pour la vaccination systématique, aucune série de vaccins ne doit être recommencée à cause d'un intervalle plus long que celui recommandé. Dans certaines circonstances, le vaccin oral contre la typhoïde (qui est parfois administré pour les voyages internationaux) doit être recommencé si la série de vaccins n'a pas été achevée dans les délais recommandés.

Précautions et contre-indications

Q: Pour quels vaccins une allergie aux œufs est-elle une contre-indication ? Qu'en est-il du ROR?

R: Les vaccins contre la grippe et la fièvre jaune sont les seuls vaccins qui sont contre-indiqués pour les personnes qui ont une sévère allergie (réaction anaphylactique) aux œufs. L'allergie aux œufs n'est plus considérée comme une contre-indication à l'administration du ROR. Bien que les vaccins contre la rougeole et les oreillons soient cultivés sur une culture de tissu d'embryon

1 Des informations sont également disponibles dans des numéros antérieurs du *Bulletin d'immunisation*: Comment administrer les injections intramusculaires (IM) (avril 2003) (disponible à <http://www.paho.org/french/ad/fch/imj/snf2502.pdf>) et Comment administrer les injections sous-cutanées (SC) (juin 2003) (disponible à <http://www.paho.org/french/ad/fch/imj/snf2503.pdf>).

de poulet, plusieurs études ont documenté la sécurité de ces vaccins chez les enfants ayant une sévère allergie aux œufs.

Q: Quelles sont les recommandations spéciales pour l'administration d'injections intramusculaires chez les personnes ayant des problèmes de coagulation?

R: Les injections IM doivent être programmées peu de temps après une thérapie anti-hémostatique ou avant une dose d'anticoagulant. Pour les injections IM et SC (sous-cutanées), il faut utiliser une aiguille fine (calibre de 23 ou moins) et appliquer une pression ferme sur le site de l'injection, sans froter, pendant au moins deux minutes. Les vaccinateurs ne doivent pas administrer un vaccin par une voie qui n'est pas approuvée pour ce vaccin particulier (par exemple administration de vaccins IM par la voie SC).

Administration des vaccins

Q: Est-il nécessaire de porter des gants quand nous administrons des vaccins?

R: Non. Les réglementations sur la santé et la sécurité au travail (OSHA) n'exigent pas que le personnel de soins de santé porte des gants lors de l'administration de vaccins, à moins que l'agent de santé ne vienne en contact avec des liquides organiques potentiellement infectieux ou a une blessure ouverte à sa main. Si un agent de santé choisit de porter des gants, il ou elle doit en changer avant de recevoir un nouveau patient.

Q: Y a-t-il des diluants de vaccin interchangeable?

R: En règle générale, les diluants de vaccin ne sont pas interchangeables.

Q: Quand un flacon de vaccin est neuf et que le capuchon vient juste d'être enlevé, est-ce que le bouchon de caoutchouc est stérile ou doit-il être nettoyé avec de l'alcool avant d'insérer l'aiguille?

R: Le bouchon de caoutchouc n'est pas stérile. Quand vous enlevez le capuchon de protection d'un flacon de vaccin ou de diluant, il faut toujours nettoyer le bouchon avec une lingette imbibée d'alcool.

Q: Peut-on préparer les vaccins au début de la tournée de vaccination ? Si la réponse est non, combien de temps à l'avance peut-on le faire?

R: L'OPS décourage la pratique consistant à remplir à l'avance les seringues avec le vaccin, essentiellement parce qu'il existe une possibilité accrue d'erreurs d'administration et de dosage. Une autre raison pour totalement décourager cette pratique est que certains vaccins ont une durée de conservation très limitée après reconstitution.

Q: Est-il nécessaire d'aspirer avant de vacciner?

R: Non. L'OPS ne recommande pas l'aspiration (tirer sur le piston de la seringue une fois que l'aiguille est dans le bras avant d'injecter, pour voir si du sang apparaît) lors de l'administration de vaccins. Il n'existe pas de données pour justifier le besoin de cette pratique. Les injections IM ne sont pas données dans des zones où de gros vaisseaux sont présents. Étant donné la taille de l'aiguille et l'angle auquel vous injectez le vaccin, il serait très difficile d'administrer le vaccin par voie intraveineuse.

Q: Si une dose de vaccin est administrée par la mauvaise voie (IM au lieu de SC ou inversement), doit-elle être répétée?

R: Bien que les vaccins doivent toujours être administrés par la voie recommandée par le fabricant, si un vaccin est administré par inadvertance par la mauvaise voie, l'OPS recommande de le compter comme valide, avec deux exceptions: le vaccin anti-hépatite B et le vaccin antirabique administrés par une voie autre que la voie IM ne doivent pas être comptés et doivent être répétés.

Q: Quelle longueur d'aiguille doit être utilisée pour administrer des injections IM aux nourrissons?

R: L'OPS recommande qu'une aiguille de 5/8 pouce soit utilisée pour administrer des injections IM à un nouveau-né ou à un prématuré à partir du moment où la peau est étirée et les tissus sous-cutanés ne sont pas groupés. Pour les nourrissons d'un mois ou plus, les injections IM doivent être administrées sur le côté antéro-latéral de la cuisse avec une aiguille de 1 pouce.

Concernant les personnes avec des conditions médicales

Q: Y a-t-il une raison pour retarder ou ajuster le calendrier de vaccination pour les enfants trisomiques?

R: Non. Les enfants atteints de trisomie 21 (syndrome de Down) doivent recevoir tous les vaccins indiqués du calendrier recommandé. Ces enfants courent souvent un plus grand risque de complications suite à des maladies évitables par la vaccination que les enfants non trisomiques.

Q: Les vaccins doivent-ils être différés pour les patients qui utilisent des corticoïdes?

R: Les thérapies aux corticoïdes qui sont de courte durée (moins de deux semaines), administrées de façon alternée, de remplacement physiologique, topiques (peau ou yeux), en aérosol, ou administrées par injection intra-articulaire, buccale ou dans le tendon, ne sont pas considérées comme étant des contre-indications à l'usage de vaccins à virus vivant. Les effets immunosuppresseurs du traitement aux corticoïdes varient mais de nombreux cliniciens considèrent une dose de prednisone équivalente à 2 mg/kg de poids corporel ou bien à un total de 20 mg par jour pendant deux semaines ou plus comme suffisamment immunosuppressive pour soulever des préoccupations sur la sécurité de la vaccination avec des vaccins à virus vivant (par exemple ROR, varicelle, vaccin vivant atténué contre la grippe, fièvre jaune). Les vaccinateurs doivent attendre au moins un mois après l'interruption de la thérapie ou la réduction de la dose avant d'administrer un vaccin à virus vivant aux patients ayant reçu des doses élevées de corticoïdes systémiquement absorbées pendant deux semaines ou plus. Les vaccins inactivés et les toxoïdes peuvent être administrés à tous les patients immunocompromis selon le dosage et le calendrier usuels, bien que la réponse à ces vaccins puisse être sous-optimale.

Q: Faut-il administrer un vaccin à une personne sous antibiotiques?

R: Le traitement aux antibiotiques n'est pas une raison valable pour reporter la vaccination. Si l'enfant ou l'adulte est bien par ailleurs, ou s'il n'est atteint que d'une maladie mineure, les vaccins doivent être administrés. Mais si la personne est atteinte d'une maladie aiguë modérée ou sévère (indépendamment de l'usage des antibiotiques) il faudra reporter la vaccination jusqu'à ce que l'état de la personne s'améliore.

Une « maladie aiguë modérée ou sévère » constitue une précaution pour administrer tout vaccin mais une maladie aiguë légère (par exemple diarrhée ou infection légère des voies respiratoires supérieures) avec ou sans fièvre n'en est pas une. La préoccupation en ce qui concerne la vaccination d'une personne souffrant d'une maladie modérée ou sévère est que la fièvre qui suit la vaccination pourrait compliquer les soins de la maladie concomitante (à savoir qu'il pourrait s'avérer difficile de déterminer si la fièvre provient du vaccin ou est due à la maladie concomitante). Avant de décider de vacciner un patient souffrant d'une maladie modérée ou sévère, le clinicien doit déterminer si la non vaccination augmentera le risque du patient face aux maladies évitables par la vaccination, comme c'est le cas si le patient ne reviendra probablement pas se faire vacciner ou n'ira probablement pas se faire vacciner ailleurs. Il est important de garantir que la vaccination ait lieu dès que la personne est rétablie.

Note: Les Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) publient des Vaccine Information Statements (VIS) en anglais seulement mais des traductions faites par d'autres sources sont également disponibles. Pour accéder aux VIS actuellement disponibles en plus de 35 langues et à quelques autres formats (audio/vidéo), consulter le site web d'immunization Action Coalition à www.immunize.org/vis.

Adapté de http://www.immunize.org/askexperts/experts_general.asp le 12 novembre 2010. Nous remercions Immunization Action Coalition et les CDC. Des O&R «Ask the Experts» supplémentaires peuvent être consultées en ligne sur le site <http://www.immunize.org/askexperts>.

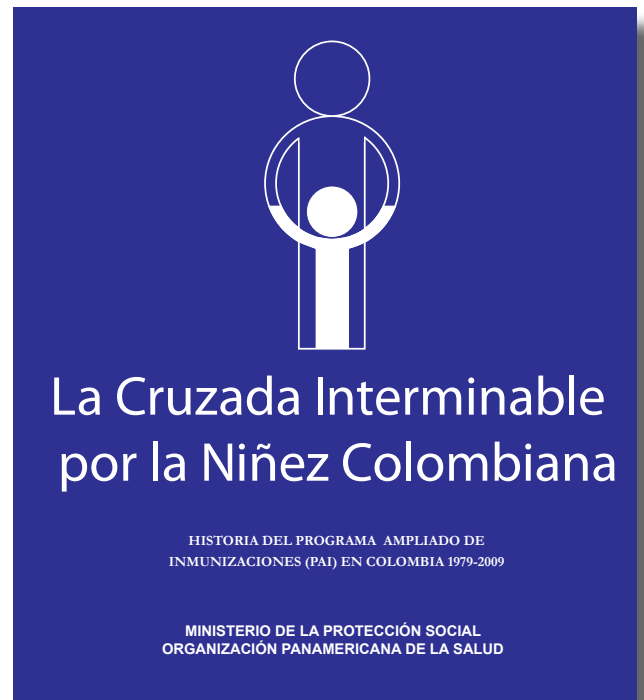
Histoire du Programme élargi de vaccination en Colombie

Le 15 juin 2010, Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana (Croisade ininterrompue pour les enfants colombiens) a été lancée à Bogota en Colombie. Le livre retrace les trente années du Programme élargi de vaccination (PEV) en Colombie. Il a été introduit au public en présence du Dr Diego Palacio Betancourt, Ministre de la Protection sociale, de Carlos Ignacio Cuervo Valencia, Vice-ministre de la Santé et du Bien-être, du Dr Juan Gonzalo Lopez Casas, Directeur de l'Institut national de la Santé et du Dr Jorge Castilla, qui représentait l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Dans ses remarques, le Dr Palacio a déclaré que l'objectif de Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana était de rapporter l'histoire du PEV, en rappelant ses principaux contributeurs et ses réussites les plus notables. Bien qu'il ne soit pas exhaustif, le livre a pour intention d'offrir une réflexion sur la vaccination: une expérience discrète et modeste, bien qu'elle soit historique, qui a changé la vie de la société colombienne. En parcourant ses pages, on apprend comment la variole et la poliomyélite ont été éradiquées et, plus proche de nous, comment

l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale est sur le point d'être vérifiée. Le Dr Palacio a également noté qu'il reste de nombreux défis, parmi lesquels celui d'obtenir une couverture homogène dans toutes les municipalités du pays et celui de l'introduction durable des nouveaux vaccins. Pourtant, le PEV peut compter sur un pouvoir extraordinaire pour continuer à progresser: ses agents dévoués, qui considèrent leur travail pour le PEV comme un devoir et même une mission de vie et leur raison d'être. Aujourd'hui, le PEV fonctionne en tant que processus hautement participatif qui donne à chaque agent de santé l'opportunité de contribuer au programme avec des suggestions, des initiatives et des idées. Le livre est donc un hommage sincère à toutes les femmes et tous les

hommes qui ont travaillé et qui travaillent pour le PEV. ■



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 XXXII, Numéro 4 • Août 2010

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>