

# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXV Numéro 4

Protégez votre Famille par la Vaccination

Août 2013



## XXI<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur les maladies évitables par la vaccination : « Vaccination : Une responsabilité partagée »

Quito, Équateur • 3 au 5 juillet 2013

Le Groupe consultatif technique (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur les maladies évitables par la vaccination a été créé en 1985 pour élaborer des stratégies s'appuyant sur des données probantes pour éradiquer la poliomyélite. Depuis lors, ce groupe a progressivement élargi son mandat afin de pouvoir renforcer le dialogue stratégique entre les principales parties prenantes des Amériques qui participent aux efforts de lutte contre les maladies évitables par la vaccination. Le GCT agit en tant que principal forum régional ayant pour but d'examiner et de promouvoir les stratégies et les objectifs régionaux en matière de vaccination. Plus précisément, le GCT évalue les progrès et les résultats des programmes nationaux de vaccination, aide à recenser les besoins de la recherche et supervise les progrès réalisés dans ce domaine.

Lors de sa 21<sup>e</sup> réunion, le GCT a passé en revue différents sujets, dont : la vaccination antipneumococcique chez l'adulte, la situation de la poliomyélite, l'administration d'une seconde dose de vaccin antirougeoleux, la vaccination contre la coqueluche, la fièvre jaune, le virus du papillome humain (VPH), le méningocoque et la grippe; les registres de vaccination; le Fonds renouvelable de l'OPS; les stratégies vaccinales en situation d'urgence humanitaire; les nouveaux vaccins; le processus décisionnel fondé sur des données probantes; les indicateurs du Plan d'action mondial pour les vaccins, ainsi que l'estimation des coûts et la planification des programmes de vaccination. Ce numéro du bulletin met l'accent sur les thèmes de la réunion présentés au GCT aux fins de décision. Le rapport final, qui contient l'ensemble des recommandations du GCT, peut être consulté à l'adresse : [www.paho.org/immunization](http://www.paho.org/immunization) ■

## Réunion des réseaux de laboratoires sur les maladies évitables par la vaccination pour la Région des Amériques Quito, Équateur • 2 juillet 2013

Le 2 juillet 2013, juste avant la réunion du GCT, des représentants de 25 laboratoires de santé publique de la Région, des experts techniques du *Malbran Institute* en Argentine et des *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* des États-Unis, ainsi que des conseillers en immunisation des bureaux nationaux et régionaux de l'OPS ont participé à une réunion ayant pour but de recenser les capacités, les stratégies et les options permettant de préserver les acquis, de relever les nouveaux défis et d'améliorer la prestation des réseaux de laboratoires régionaux.

Les exposés et les discussions techniques ont abordé les sujets suivants : le statut des maladies évitables par la vaccination dans la Région; le rôle essentiel des réseaux de laboratoires dans ce domaine, les progrès réalisés et les difficultés rencontrées; l'expérience en matière de surveillance sentinelle hospitalière des pneumonies et des diarrhées causées par des rotavirus; les réalisations et les défis du Réseau de laboratoires sur les maladies bactériennes invasives; l'expertise du réseau de laboratoires du Mexique sur la rougeole/rubéole en matière d'intégration et de contrôle de la qualité; l'expérience de la mise en place d'un réseau national de laboratoires ayant pour responsabilité de faciliter la surveillance du VPH en Argentine; ainsi que le rôle passé et futur des laboratoires de diagnostic de la coqueluche.

Les participants à la réunion, répartis en groupes de travail, ont traité les questions suivantes : de quelle façon peut-on maintenir et renforcer les capacités de riposte et la performance des laboratoires nationaux? Comment peut-on améliorer la communication entre les laboratoires et les équipes de surveillance, le flux des informations et la conformité des indicateurs? Comment les laboratoires peuvent-ils préserver leurs acquis et relever les défis posés par la surveillance des nouveaux vaccins?



Photo 1 (gauche à droite) : Helen Rees (membre de SAGE), Gina Tambini (OPS), Anushua Sinha (membre du GCT), Akira Homma (membre du GCT), Arlene King (membre du GCT), Cuauhtemoc Ruiz Matus (OPS), Ciro de Quadros (Président du GCT), Jon Andrus (OPS), Peter Figueroa (membre du GCT), Jeannette Vega (membre du GCT) et Roger Glass (membre du GCT).

### Dans ce numéro :

- 1 XXI<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur les maladies évitables par la vaccination : « Vaccination : Une responsabilité partagée »
- 1 Réunion des réseaux de laboratoires sur les maladies évitables par la vaccination pour la Région des Amériques
- 2 Poliomyélite, Recommandations du GCT
- 3 Rougeole et rubéole, Recommandations du GCT
- 4 Coqueluche, Recommandations du GCT

- 5 Fièvre jaune, Recommandations du GCT
- 5 Vaccination pneumococcique chez l'adulte, Recommandations du GCT
- 6 Méningocoques et vaccins, Recommandations du GCT
- 7 Introduction du vaccin contre le virus du papillome humain et cadre d'évaluation de son impact, Recommandations du GCT

## Poliomyélite

En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite constituait une « urgence programmatique pour la santé publique mondiale » et elle a demandé au Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de définir et de mettre au point une stratégie mondiale pour l'éradication de la maladie. Le plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final a été mis en place pour tirer parti de cette nouvelle occasion d'éradiquer la poliomyélite. Il rend compte de la nécessité de poursuivre de front l'élimination du poliovirus sauvage et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (cPVDV), et orchestre l'essentiel des efforts de lutte contre la poliomyélite consacrés à la prestation d'autres services de santé pour les enfants les plus vulnérables du monde.

En 2012, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination de l'OMS a recommandé à tous les pays de retirer de leur programme systématique de vaccination dans les plus brefs délais la composante de type 2 du VPO et de faciliter l'introduction d'au moins une dose de vaccin IPV. La recommandation de SAGE repose sur le fait que le « poliovirus de type 2 a été éliminé en 1999 et que l'utilisation

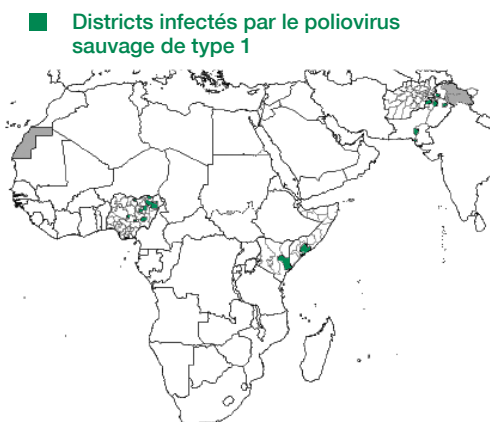
continue du VPO trivalent dans des régions où la couverture vaccinale n'est pas adéquate contribue au maintien de la poliomyélite paralytique associée à la vaccination par ce virus et à l'apparition d'épidémies dues au cPVDV ». Le groupe de travail SAGE a souligné que les conditions ci-après devaient être réunies avant d'interrompre la vaccination : arrêt de l'épidémie actuelle de cPVDV2 au Nigeria; absence d'épidémies liées au cPVDV2 pendant au moins un an; mise en place d'une surveillance épidémiologique adéquate permettant de détecter et de juguler toute flambée de cPVDV2; accès à des quantités suffisantes de VPO bivalent; achat du vaccin IPV à un prix abordable, mobilisation d'une réserve mondiale de VPO monovalent de type 2; et adoption d'un accord international visant à abandonner l'utilisation du VPO trivalent à l'échelle mondiale.

Au cours de la réunion, les membres du GCT ont reçu un rapport faisant le point sur la situation relative à l'éradication mondiale de la poliomyélite, les divers scénarios d'approvisionnement en vaccin antipoliomyélique, le statut de la surveillance épidémiologique dans les Amériques et le plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final. ■

### Le plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final comporte quatre objectifs principaux :

- 1 Mettre fin à la transmission de toutes les souches de poliovirus sauvage d'ici la fin de 2014 et enrayer toute nouvelle flambée épidémique causée par le cPVDV dans les 120 jours suivant la confirmation d'un cas indicateur.
- 2 Renforcer les programmes de vaccination et effectuer le retrait du vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Ce plan :
  - engage chacun des 144 pays qui utilisent actuellement le VPO; et
  - demande le retrait de la composante de type 2 du VPO trivalent et l'accès à au moins une dose de vaccin antipoliomyélique inactivé (IPV) à un prix abordable.
- 3 S'assurer que tous les pays du monde soient exempts de poliomyélite et que les réserves de virus soient confinées en lieu sûr.
- 4 Planifier l'héritage [de l'initiative d'éradication].

### Distriets infectés par le poliovirus sauvage<sup>1</sup> au cours des six mois précédents\*



Statut	Pays	Date de la plus récente flambée du virus de type 1	Date de la plus récente flambée du virus de type 3
Endémique	Afghanistan	6 Juin-13	s/o
	Pakistan	6-Juin-13	s/o
	Nigeria	18-Mai-13	s/o
Flambée Active	Somalie	3-Juin-13	s/o
	Kenya	3-Juin-13	s/o

s/o : Date de début antérieure à la période de surveillance de 6 mois

3 janvier – 2 juillet 2013

Distriets infectés par le poliovirus sauvage de type 1

<sup>1</sup> Exclut les poliovirus dérivés de vaccins et les virus détectés à partir de la surveillance de l'environnement.

Données du Siège de l'OMS du 2 juillet 2013

### Recommandations du GCT (poliomyélite)

- Les pays des Amériques doivent satisfaire aux conditions fixées par SAGE pour l'abandon des vaccins contre le poliovirus de type 2 Sabin avant d'entreprendre toute modification de leur politique vaccinale. Tant que le cPVDV de type 2 continuera de provoquer des épidémies et que le poliovirus sauvage circulera dans le monde, le vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) restera le vaccin de choix pour ces pays.
- L'OPS doit convoquer un groupe de travail pour élaborer un plan stratégique décrivant les options et scénarios actuels, ainsi que le calendrier de mise en œuvre du plan d'assaut final contre la poliomyélite dans les Amériques. Ce plan doit aborder, entre autres questions, la possibilité d'utiliser des calendriers de vaccination différents pour le VPO et l'IPV; la disponibilité des combinaisons de vaccins contenant l'IPV en sachant que la situation idéale serait de disposer d'un vaccin hexavalent DTwP-Hib-IPV-HepB.
- Tous les pays doivent renforcer leurs interventions visant à atteindre ou à maintenir une couverture vaccinale supérieure à 95 % dans chaque circonscription ou municipalité. S'ils n'atteignent pas ce taux, ils devront estimer l'augmentation de la population non immunisée et mener des campagnes de vaccination.
- Tous les pays doivent continuer d'exercer une surveillance adéquate de la paralysie flasque aiguë (PFA) afin de détecter à temps toute importation ou émergence de poliovirus dérivés du vaccin (PVDV). Ils doivent également présenter leurs rapports à l'OPS en temps opportun afin de pouvoir effectuer cette surveillance de manière appropriée dans la Région.
- Le GCT réitère aux pays qui envisagent d'introduire le vaccin antipoliomyélique inactivé (IPV) ses recommandations précédentes (Argentine 2011) : conformité des conditions sanitaires et couverture vaccinale garantissant une protection adéquate de leurs collectivités.
- L'OPS doit continuer de maintenir le dialogue avec les fabricants de vaccins afin de garantir l'approvisionnement des Amériques en vaccins contre la poliomyélite.

## Rougeole et rubéole

Les pays des Amériques ont réalisé des progrès incontestables en ce qui concerne l'interruption de la transmission endémique des virus de la rougeole et de la rubéole. Depuis 2002, la Région des Amériques a atteint et maintenu l'élimination de la rougeole et le dernier cas de transmission endémique de la rubéole a été rapporté en 2009. Le maintien de la circulation du virus de la rougeole dans d'autres régions du monde a eu des répercussions sur l'épidémiologie de la maladie dans les Amériques. Après avoir atteint des pics annuels oscillant entre 89 et 249 cas depuis 2003 et une hausse importante en 2011 (1369 cas), le nombre de cas importés directs et secondaires confirmés est tombé à 143 en 2012 (figure 1). Tous les cas de rougeole notifiés en 2012 provenaient d'importations et ont concerné les sept pays suivants : Argentine, 2; Brésil, 2; Canada, 10; Colombie, 1; Équateur, 72; États-Unis, 55 et Venezuela, 1. La plupart des épidémies survenues dans la Région ont été causées par des virus importés de génotypes D8, D4 et B3. En ce qui concerne la rubéole, 16 cas seulement ont été signalés en 2012 : 1 en Argentine, 2 au Canada, 2 en Colombie, 2 au Mexique et 9 aux États-Unis.

Compte tenu de la vulnérabilité et des risques épidémiques de la Région, les États Membres ont adopté l'an dernier à l'occasion de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine une résolution pour le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans la région des Amériques (Résolution CSP28.R14). Dans le cadre de cette résolution, les pays

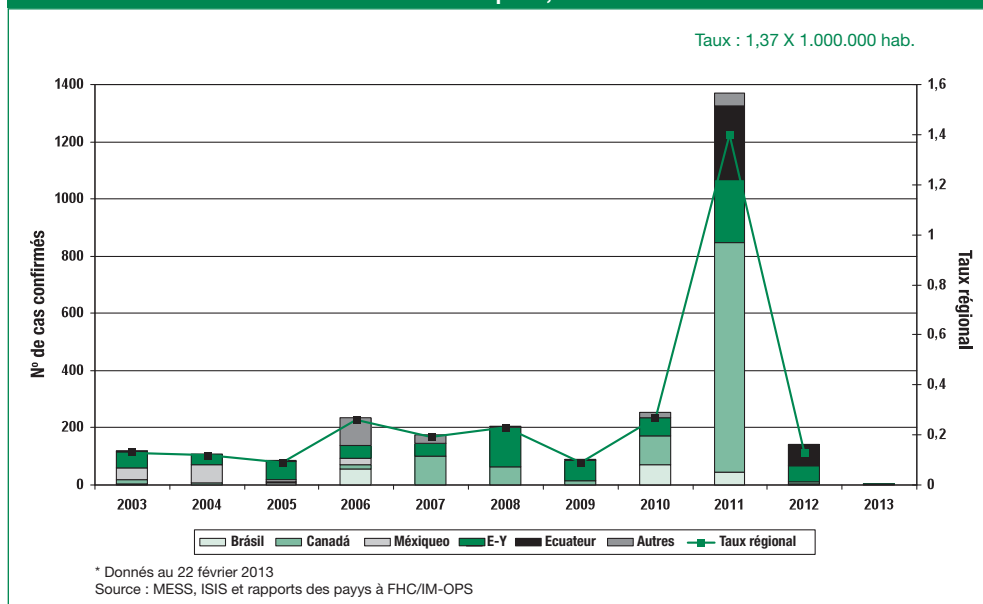
ont été invités à renforcer de façon active la surveillance de ces maladies, à prendre des mesures leur permettant de répondre en temps voulu à la transmission des virus et aux importations d'épidémies et à maintenir une couverture vaccinale d'au moins 95 % au niveau national et dans chaque municipalité.

Pour pouvoir atteindre une couverture égale ou supérieure à 95 % avec un schéma vaccinal comportant deux doses de vaccins contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) ou contre la rougeole-rubéole (RR), de nombreux pays proposent d'administrer lors des campagnes de suivi une seconde dose de vaccin ROR (ROR2). Le calendrier de ces campagnes doit être établi après l'évaluation de l'augmentation

du nombre de sujets sensibles. Lorsque ce nombre atteint approximativement celui d'une cohorte de nouveau-nés, généralement tous les 4 ou 5 ans, une campagne de suivi est alors menée.

De plus en plus de pays administrent le ROR2 dans le cadre de leurs programmes de vaccination systématique à des âges variables. Trente-deux pays (76 %) l'administrent entre 3 et 6 ans, cinq pays (12 %) entre 15 et 18 mois, deux pays (5 %) à l'âge de 2 ans, deux autres territoires (5 %) entre 9 et 12 ans et un pays (2,4 %) entre 6 et 7 ans. Malgré ces mesures, la majorité des pays n'atteint pas le taux de couverture de 95 % pour ce vaccin. ■

Figure 1 : Répartition des cas confirmés de rougeole dans les Amériques, 2003-2013\*



### Recommandations du GCT (rougeole et rubéole)

- Le GCT félicite les pays pour leurs efforts de consolidation de l'éradication de la rougeole et de la rubéole et les engage à continuer de suivre les recommandations précédemment établies dans le but de stabiliser cette situation pour la rougeole, la rubéole et le SRC.
- Le GCT appuie les recommandations du Comité international spécialisé, présentées à l'occasion de la quatrième réunion conjointe avec les représentants des commissions nationales, et invite les pays à appliquer ces recommandations et à soumettre leur rapport de vérification final d'ici le 1<sup>er</sup> décembre 2013.
- Afin d'atteindre le taux de couverture le plus élevé possible, le GCT recommande d'administrer le vaccin ROR2 dès l'âge de 15-18 mois et de le combiner éventuellement avec d'autres vaccins, tels que le premier rappel de DTC.
- Les pays doivent continuer de vérifier le statut vaccinal des enfants lors de leur admission à l'école et de vacciner ceux qui n'ont pas encore reçus le ROR2.
- Les pays doivent continuer à mener des campagnes de suivi de qualité afin de garantir un niveau élevé d'immunité pendant que la Région poursuit le processus de vérification et jusqu'à ce que l'administration des deux doses de ROR ou de RR dans le cadre des programmes de vaccination systématique permette d'atteindre une couverture vaccinale de 95 % ou plus.
- Compte tenu de la menace posée par les importations de virus vis-à-vis du maintien de l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques, les Organes directeurs de l'OPS et les États Membres doivent poursuivre leurs activités de sensibilisation à cet effet dans le cadre de forums mondiaux tels que l'Assemblée mondiale de la Santé.
- L'OPS doit soutenir les efforts des pays visant à généraliser les enseignements tirés des récentes épidémies de rougeole et à en faire bénéficier les autres pays des Amériques ou du monde.



## Coqueluche

La coqueluche est une cause majeure de mortalité infantile dans le monde, et elle a de ce fait figuré à l'ordre du jour des trois dernières réunions du GCT. Les recommandations émises lors de ces réunions ont porté sur la nécessité de renforcer la surveillance épidémiologique, d'administrer une 4<sup>e</sup> dose de vaccin dans le cadre des campagnes de routine, de commencer la vaccination contre la diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) dès l'âge de 6 semaines, de vacciner les femmes enceintes en période d'activité épidémique et de remplacer avec soin le vaccin anticoquelucheux à cellules entières par le vaccin acellulaire tout en continuant d'évaluer la durée de l'immunité conférée par les vaccins acellulaires.

Suite aux recommandations précédentes, à la présentation de la situation épidémiologique de la coqueluche dans la Région et aux recommandations émises par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS, des données factuelles sur la durée de la protection conférée par les vaccins acellulaires et les résultats du groupe de travail de l'OPS/OMS sur la coqueluche ont été présentées au cours de cette réunion.

Après avoir tenu deux réunions et recueilli des données auprès des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, le Groupe de travail sur la coqueluche a préparé un document d'orientation sur le recensement et la notification des épidémies de coqueluche qui révèle les faits suivants : a) à l'exception de Cuba, du Costa Rica, d'Haïti, du Honduras, du Mexique, du Nicaragua, de Panama, de la République Dominicaine et du Venezuela, tous les pays d'Amérique latine ainsi que le Canada et les États-Unis ont notifié des flambées de coqueluche au cours des trois dernières années (carte 1); b) le taux d'incidence

de la coqueluche (pour 100 000 habitants) en 2012 était de 0 (zéro) à Cuba et de 33,8 au Chili; c) la mortalité était extrêmement variable avec des taux en 2012 de 18 % en République Dominicaine, 9 % au Paraguay, 6 % au Honduras, 5 % au Mexique, 1,5 % au Brésil et 0,2 % au Chili; d) dans les pays ayant déclaré des épidémies, 42 % des cas de coqueluche concernaient des enfants de moins de 6 mois; e) huit pays utilisent une définition générale de la coqueluche tandis que neuf autres ont adopté des définitions différentes selon les catégories d'âge; f) certains pays continuent d'avoir recours à l'immuno-fluorescence comme épreuve diagnostique de laboratoire bien que son utilisation ne soit plus recommandée et g) certains pays ont rapporté de nombreuses flambées épidémiques, dont certaines ne comportaient que deux ou trois cas.

Les données actuellement disponibles sur la durée de l'immunité conférée par les vaccins acellulaires ont été présentées à la réunion.

**Carte 1 : Pays ayant rapporté des épidémies de coqueluche au cours des 3 dernières années (2010 – 2013)**



D'après ces données, la durée de l'immunité induite par le vaccin acellulaire reste plus courte que celle générée par le vaccin à cellules entières. SAGE a donc demandé à son groupe de travail de continuer dans l'intervalle à recueillir des données épidémiologiques afin d'éclairer les décisions. ■

### Recommandations du GCT (coqueluche)

- Les pays qui utilisent des vaccins à cellules entières dans le cadre de leur programme de vaccination systématique contre la coqueluche doivent continuer à le faire. Le remplacement du vaccin à cellules entières par le vaccin acellulaire ne présente pas suffisamment d'avantages ou seulement des avantages marginaux pour être effectué à ce stade.
- Les pays doivent tout mettre en œuvre pour vacciner à temps leurs populations et d'atteindre des niveaux de couverture supérieurs à 95 % avec les vaccins associant la valence coqueluche, et ce, dans chaque municipalité.
- Tous les pays doivent renforcer la surveillance de la coqueluche afin d'améliorer le suivi épidémiologique de la maladie. Ils doivent continuer d'évaluer la qualité des systèmes de surveillance afin de pouvoir tester la fiabilité de leurs données en matière d'incidence, de mortalité, de répartition par âge, de proportion de cas confirmés en fonction des différentes méthodes diagnostiques et d'efficacité vaccinale.
- Les pays doivent appliquer les directives proposées pour le recensement des épidémies afin de permettre aux programmes nationaux et au GCT de continuer à évaluer la situation épidémiologique de la coqueluche sur une base permanente.
- Le GCT réitère ses recommandations antérieures en matière d'épidémies. Ces recommandations concernent l'abaissement de l'âge de la vaccination aux enfants âgés de 6 semaines et la vaccination des femmes enceintes dans les zones d'activité épidémique. Le GCT ne dispose pas de preuves suffisantes pour étendre cette vaccination à l'ensemble des femmes enceintes.

## Fièvre jaune

La fièvre jaune reste un problème de santé publique majeur dans les 13 pays des Amériques où la maladie est endémique. Au cours des trente dernières années, l'activité du virus de la fièvre jaune s'est concentrée dans une zone enzootique partagée par la Bolivie, le Brésil, la Colombie, l'Équateur, la Guyane française, le Guyana, Panama, le Pérou, le Suriname, Trinité-et-Tobago et le Venezuela. Depuis fin 2007, la Région a connu une très forte circulation du virus, des épizooties étendues et des flambées de cas humains. En 2008, la zone endémique s'est étendue au Paraguay et au nord de l'Argentine où elle regroupe des cas humains et des épizooties.

Dans les pays des Amériques, la fièvre jaune se transmet principalement pendant le cycle sylvestre du virus. En 2008, des cas de fièvre jaune ont cependant été signalés dans l'agglomération urbaine d'Asunción, au Paraguay. Avant cela, la dernière flambée confirmée de la maladie en milieu urbain s'était produite au Brésil en 1942. La combinaison de cette éclosion au Brésil et de la prolifération du moustique *Aedes aegypti* dans la Région montre que la réurbanisation reste associée à un risque élevé de survenue d'épidémies.

Entre 1985 et 2012, les pays de la Région ont notifié 4066 cas de fièvre jaune et 2351 décès, soit un taux de mortalité de 58 %. Au cours de la même période, quatre pays ont rapporté à eux seuls 95 % de l'ensemble des cas : le Pérou avec 54 %, la Bolivie avec 18 %, le Brésil avec 16 % et la Colombie avec 7 %. La Guyane française, le Guyana, Panama, le Suriname et Trinité-et-Tobago n'ont pas signalé de cas depuis plus de 20 ans.

Les stratégies de vaccination contre la fièvre jaune utilisées dans la Région des Amériques comprennent : 1) l'introduction du vaccin anti-amaril dans les programmes nationaux de vaccination des enfants vivant dans les pays endémiques dès l'âge de 1 an, 2) des campagnes de vaccination entre les périodes d'épidémie, 3) des programmes de vaccination permettant de répondre aux épidémies et aux épizooties et 4) la vaccination des voyageurs traversant des zones à risque à l'exception de ceux qui présentent une contre-indication.

En 2012, tous les pays de la Région qui présentent des zones d'enzootie ont ajouté le vaccin anti-amaril à leur programme national de vaccination. En Argentine, au Brésil et au Panama, le vaccin est administré uniquement dans les zones à risque. Dans les pays où la fièvre jaune est endémique, la couverture vaccinale chez les enfants âgés de 1 an, qui était approximativement de 70 % entre 2007 et 2012, a été durement affectée par la pénurie de vaccins. Cette pénurie met en péril les acquis de la Région en matière de stratégies vaccinales ciblant les enfants âgés de un an et les personnes susceptibles vivant dans des zones à risque élevé.

Au cours de la réunion, le GCT a étudié les récentes recommandations de SAGE et est parvenu aux mêmes conclusions. En 2013, l'OMS a révisé et publié une note de synthèse sur l'utilisation du vaccin anti-amaril (disponible à l'adresse : <http://www.who.int/wer/2013/wer8827.pdf>). ■

## Vaccination pneumococcique chez l'adulte

L'épidémiologie des pneumocoques chez l'adulte dans les pays en développement n'est pas clairement décrite, mais on sait que le fardeau de la maladie à l'échelle mondiale est largement sous-estimé. Ce fardeau a également augmenté dans de nombreux pays en raison du nombre d'individus atteints de maladies chroniques ou infectés par le VIH et du vieillissement de la population. La résistance aux médicaments, qui représente le principal obstacle à la réussite des traitements, est également en hausse. Dans les pays industrialisés, le pourcentage de mortalité par septicémie à pneumocoque peut atteindre 15-20 % dans la population adulte et 30-40 % chez les personnes âgées, même lorsque les patients reçoivent un traitement antibiotique approprié et des soins intensifs.

Deux vaccins antipneumococciques pour adultes sont actuellement disponibles dans le commerce : le vaccin polysaccharidique 23-valent (PPV23), (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F et 33F) mis sur le marché dans les années 80 pour la population de moins de 2 ans, et le vaccin conjugué 13-valent (PCV) (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23 F), autorisé en 2013 pour les adultes de plus de 50 ans. Les deux vaccins sont sûrs et bien tolérés.

De nombreuses études ont examiné l'efficacité du PPV23 depuis sa commercialisation, chez les adultes en bonne santé ou à risque. Elles ont fourni des résultats variables et l'efficacité du vaccin contre les divers paramètres étudiés (septicémie à pneumocoque, pneumonie, mortalité, etc.) dans les différents groupes de population a suscité énormément de controverse dans le contexte de la vaccination infantile avec le PCV.

## Recommandations du GCT (fièvre jaune)

- Le GCT a approuvé les recommandations suivantes proposées par SAGE :
  - Une seule dose de vaccin anti-amaril, sans dose de rappel, est suffisante pour conférer une immunité durable et protéger à vie contre la maladie.
  - En ce qui concerne les populations spéciales, la vaccination contre la fièvre jaune est contre-indiquée chez les sujets présentant un état d'immunodépression, comme une infection symptomatique par le VIH ou un nombre de lymphocytes CD4+ inférieur à 200/mm<sup>3</sup>. Le vaccin peut être administré aux personnes de 60 ans et plus, aux femmes enceintes ou allaitantes, mais avec précaution. Le GCT recommande d'effectuer une analyse risques-bénéfices chez les personnes dont l'état de santé justifie de prendre des précautions.
  - Les recommandations actuelles portant sur l'administration simultanée du ROR et du vaccin anti-amaril sont maintenues tant qu'on ne dispose pas de suffisamment de preuves pour les modifier.
- Le GCT préconise la réalisation d'autres études pour mieux comprendre l'utilité potentielle des vaccins de rappel dans certaines populations ou de l'administration simultanée du vaccin anti-amaril et d'autres vaccins vivants comme le ROR chez les enfants. Des études supplémentaires sont également requises pour déterminer l'immunogénicité et l'innocuité du vaccin anti-amaril chez les personnes de plus de 60 ans, les adultes et enfants infectés par le VIH, ainsi que les femmes enceintes et allaitantes.
- Le GCT réitère l'importance d'intégrer la vaccination anti-amarile dans le programme de vaccination systématique et de maintenir des taux élevés de couverture vaccinale afin de prévenir l'apparition de nouveaux cas ou d'épidémies de fièvre jaune.
- L'OPS doit s'employer à résoudre le problème déjà ancien de la réserve insuffisante dans la Région de vaccins anti-amarils par le biais du transfert de technologies et d'autres mécanismes. Dans la même veine, le GCT encourage l'OPS, l'OMS, les partenaires et les fabricants de vaccins à formuler une stratégie pour augmenter la capacité de production mondiale de vaccins contre la fièvre jaune.

**VACCINATION PNEUMOCOCCIQUE** suite de la page 5

Par ailleurs, diverses études portent à croire que les taux d'infections invasives à pneumocoques demeureront élevés chez les sujets à qui l'on recommande la vaccination par le PPV23, en raison de la faible couverture procurée par ce vaccin qui s'explique par son efficacité limitée parmi les populations à risque et la durée relativement courte de l'immunité qu'il confère. Des études menées plus récemment sur l'immunogénicité du PCV 13-valent chez l'adulte ont permis de confirmer qu'elle était de bonne qualité, en particulier pour les sérogroupes inclus dans le vaccin.

Dans de nombreux pays industrialisés, l'incidence de maladies pneumococques invasives chez l'adulte a diminué de façon drastique à la suite de l'introduction des vaccins antipneumococques conjugués chez les enfants, y compris ceux appartenant à des groupes d'âge non ciblés en priorité, en raison de l'effet d'immunité collective que ces vaccins confèrent. ■

**Recommandations du GCT (vaccination antipneumococcique chez l'adulte)**

- Le PCV doit être introduit dans le programme de vaccination infantile systématique et un taux élevé de couverture vaccinale doit être préservé. Le PCV protège non seulement les enfants vaccinés, mais aussi d'autres groupes d'âge du fait de l'induction d'une immunité de groupe.
- Les pays doivent établir une surveillance épidémiologique de qualité pour les pneumonies et les maladies bactériennes invasives touchant les adultes et les personnes âgées, par le biais de sites sentinelles, afin de mieux comprendre le profil épidémiologique de ces maladies dans ces populations d'âges différents et de mesurer l'effet de groupe des vaccins conjugués utilisés.
- Les données disponibles ne permettent pas de justifier l'utilisation du PPV23 chez les adultes qui présentent des facteurs de risque en raison de l'efficacité non démontrée du vaccin pour prévenir les pneumocoques dans ce groupe de sujets à risque.
- Les pays qui utilisent actuellement le PPV23 chez les adultes doivent envisager d'effectuer des recherches stratégiques afin de mieux comprendre l'utilité de ce vaccin.
- À ce jour, le GCT ne recommande pas l'utilisation des vaccins antipneumococques conjugués pour tous les adultes. La vaccination des adultes par le PCV doit être appuyée par des données probantes et les décisions ne devraient pas être motivées par la disponibilité des dons ou tout autre facteur.

**Méningococques et vaccins**

Les méningococques regroupent l'éventail des infections causées par *Neisseria meningitidis*, dont les méningites, les bactériémies et les pneumonies bactériennes. Dans la plupart des pays, *Neisseria meningitidis* est reconnue comme la principale cause de méningites et de septicémies fulminantes. Ce pathogène est donc considéré comme un important problème de santé publique. Les méningococques sont associées à un taux de mortalité élevé (10-20%), et approximativement 20 % des survivants souffrent de séquelles telles que la surdité, un déficit neurologique ou l'amputation d'un membre.

Les méningococques touchent toutes les catégories d'âge, mais leur prévalence est la plus forte chez les enfants de moins de cinq ans, en particulier ceux de moins de un an. Dans certaines populations, des pics d'incidence sont également observés chez les adolescents ou les jeunes adultes ainsi que chez les adultes de plus de 65 ans. En période de flambées et d'épidémies, des changements

tendent à se produire et à entraîner les plus forts taux d'incidence parmi les populations d'adolescents et de jeunes adultes. La majorité des cas de méningococques sont sporadiques. La maladie présente des variations saisonnières, notamment en hiver, et les flambées se produisent à intervalles irréguliers. Les infections invasives à méningocoques sont principalement causées par les polysides capsulaires des sérogroupes A, B, C, X, W135 ou Y, mais il est important de noter que la maladie se caractérise par de fortes variations concernant la répartition des sérogroupes dans les différentes régions ou au cours du temps.

D'après les données provenant des pays d'Amérique latine, les sérogroupes B et C seraient toujours responsables de la majorité des cas de méningococques. Les sérogroupes W135 et Y sont des groupes émergents qui n'ont été signalés que dans certains pays tandis que le sérotype A a pratiquement disparu de la Région. Bien qu'on connaisse la proportion de sérotypes isolés dans la Région, il n'est pas possible d'utiliser cette information pour prédire la charge de morbidité liée aux

méningococques en raison des lacunes des systèmes de surveillance épidémiologique évoquées ci-dessus.

Les vaccins antiméningococques sont de deux types : les vaccins polysaccharidiques simples ou les vaccins conjugués à une protéine porteuse. Bien que les vaccins polysaccharidiques entraînent la production d'anticorps, ils sont moins immunogènes que les vaccins conjugués qui confèrent également une mémoire immunitaire. Les vaccins polysaccharidiques et les vaccins conjugués contre les méningocoques des groupes A, C, W135 et Y sont disponibles sur le marché et les deux types de vaccins sont sûrs et efficaces. Les vaccins polysaccharidiques ne confèrent pas une immunité adéquate chez les enfants de moins de 2 ans et n'offrent qu'une immunité de courte durée chez les enfants de plus de 2 ans, en raison de leur incapacité à induire une mémoire immunologique. En janvier 2013, le premier vaccin recombinant contre le méningocoque de sérotype B a fait l'objet d'une demande d'homologation par l'Agence européenne des médicaments. ■

**Recommandations du GCT (méningococques et vaccins)**

- Les pays doivent impérativement mettre en œuvre des systèmes de surveillance épidémiologique des méningococques permettant de déterminer l'ampleur réelle et le profil épidémiologique de ces maladies. L'OPS doit continuer à fournir des conseils sur la standardisation des épreuves diagnostiques de laboratoire et la notification de la maladie.
- Les pays qui ont déjà mis en place un dispositif de surveillance épidémiologique sentinelle des méningites et des pneumonies bactériennes chez les enfants de moins de cinq ans doivent établir un plan d'action visant à améliorer la qualité des données, y compris la modernisation et la standardisation des techniques diagnostiques.
- Les pays doivent se doter de sites sentinelles pour étudier la méningite et la pneumonie bactérienne dans d'autres groupes d'âge au moyen de techniques de laboratoire normalisées et de définitions des cas.
- Les pays doivent analyser les données épidémiologiques qu'ils ont enregistrées pendant les périodes de flambées et d'épidémies avant de prendre des décisions relatives aux mesures de contrôle, y compris le recensement des groupes à vacciner et les vaccins à employer.
- Les pays qui sont confrontés à une forte charge de morbidité chez les jeunes enfants, imputable aux méningococques, et qui décident d'incorporer le vaccin conjugué dans la vaccination systématique des enfants de moins de 1 an ou de moins de 2 ans devraient en principe inclure une vaccination de rappel chez les enfants et les adolescents, ou chez les adolescents uniquement, compte tenu du fait que ce groupe d'âge contient la plus grande proportion de porteurs de la maladie.



## Introduction du vaccin contre le virus du papillome humain et cadre d'évaluation de son impact

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont de plus en plus recours aux vaccins contre le virus du papillome humain (vaccins anti-VPH) dans leurs programmes nationaux de vaccination. En juillet 2011, quatre pays avaient introduit ce vaccin dans leur programme de vaccination et 2,6 millions d'adolescentes (34 % d'une cohorte typique pour la Région) avaient eu accès à la vaccination contre le VPH. En juillet 2013, dix pays l'ont adopté et ont vacciné 4,5 millions d'adolescentes (58 %).

Même si les progrès obtenus au cours des deux dernières années grâce à l'introduction du vaccin anti-VPH ont été considérables, certains pays de la région continuent d'être réticents vis-à-vis de l'adoption de ce vaccin, pour diverses raisons. En premier lieu, le vaccin anti-VPH, tout comme le vaccin antipneumococcique, reste le plus coûteux des vaccins du PEV accessibles par le biais du Fonds renouvelable et destinés à une utilisation à grande échelle. Le prix du vaccin est parfois perçu comme exorbitant et injustifié. En second lieu, les priorités de santé publique en Amérique latine et dans les Caraïbes concernent souvent les deux maladies qui tuent le plus d'enfants, la pneumonie et la diarrhée, ainsi que la mortalité maternelle. Les investissements publics tendent donc à cibler la prévention de ces maladies. En dernier lieu, les professionnels de la santé émettent des réserves sur l'innocuité et l'efficacité à long terme des vaccins anti-VPH, leurs modes d'administration et leur intégration éventuelle au dépistage du cancer du col utérin.

Le vaccin anti-VPH est sûr, mais le public et certains professionnels de la santé continuent de s'interroger sur son innocuité. En juin 2013,

le Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale de l'OMS a réexaminé les données les plus récentes sur l'innocuité des vaccins anti-VPH. En s'appuyant sur les informations recueillies et sur le fait que plus de 170 millions de doses ont été distribuées dans le monde et que de plus en plus de pays offrent le vaccin dans leur programme national de vaccination, le comité a réitéré sa confiance dans le profil d'innocuité des vaccins actuels. Les caractéristiques de ces vaccins, les données des essais cliniques de grande envergure et de la surveillance postcommercialisation (par le biais de dispositifs passifs et actifs dans les deux cas), ainsi que les efforts déployés dans ce domaine, sont autant de considérations importantes en faveur de la conclusion du comité.

Lors de sa réunion précédente, le GCT a recommandé à l'OPS d'élaborer un cadre de surveillance de l'apparition du virus du papillome humain et d'évaluer l'impact de la vaccination anti-VPH dans la Région. Le cadre proposé établit des critères d'évaluation principaux et complémentaires pouvant être suivis sur plus de trois périodes consécutives après l'introduction du vaccin. À court terme (5-10 ans après l'introduction du vaccin), la prédominance des génotypes du VPH chez les adolescents sexuellement actifs constituera le principal critère de surveillance, et si le vaccin quadrivalent est introduit, la prévalence des verrues génitales sera utilisée comme critère complémentaire. À moyen terme (10-15 ans après l'introduction du vaccin), la prévalence des lésions précancéreuses (avec ajustement en fonction des taux de couverture du dépistage) et/ou du génotype du VPH dans les lésions invasives constitueront les critères principaux; les taux de couverture du dépistage



Dr Andrea Vicari, conseiller en immunisation de l'OPS sur le VPH

du cancer du col utérin et la positivité des tests de dépistage pouvant être utilisés comme critères d'évaluation complémentaires. À long terme (20 ans ou plus après l'introduction du vaccin), l'incidence du cancer du col utérin ou la mortalité due à ce cancer, ainsi que la prévalence du génotype du VPH dans les cancers infiltrants du col, constitueront les critères principaux d'évaluation. L'incidence des autres cancers liés au VPH, les taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin, et le suivi des femmes qui présentent des tests de dépistage positifs pourront servir de critères complémentaires. Sans faire preuve de dirigisme, ce cadre illustre les différentes options qui s'offrent aux pays en fonction de leurs spécificités nationales et locales. Les activités proposées par le cadre régional pourront avoir des répercussions positives sur les programmes nationaux de dépistage du cancer du col utérin. ■

### Recommandations du GCT (introduction du vaccin anti-VPH et cadre d'évaluation de son impact)

- Les pays qui ont introduit le vaccin anti-VPH devront renforcer leurs efforts en matière d'évaluation de la couverture vaccinale aux niveaux national et infranational.
- Le GCT recommande également aux pays qui envisagent d'introduire ce vaccin de planifier minutieusement à tous les niveaux la mise en place des systèmes de collecte et d'analyse des données sur la couverture vaccinale.
- Le GCT a approuvé le rapport émis en juin 2013 par le Comité consultatif mondial sur la sécurité des vaccins contre le VPH et encourage l'OPS à diffuser les données probantes relatives à l'innocuité du vaccin dans tous les pays de la Région.
- Les pays doivent, en fonction de leurs capacités, accepter de mettre en œuvre les interventions proposées dans le cadre régional afin d'évaluer l'impact de la vaccination contre le VPH. Le GCT reconnaît l'importance du Réseau régional de laboratoires sur le VPH en tant que composante à part entière d'un tel cadre.
- Le GCT recommande l'administration de 2 à 3 doses de vaccin anti-VPH dans les calendriers de vaccination, ce qui peut présenter des avantages pour les adolescentes de 9 à 13 ans en termes d'immunité, de planification et de coût. Le GCT insiste également sur la nécessité de recueillir des données à plus long terme pour les programmes qui utilisent deux doses de vaccin.
- L'OPS doit continuer à explorer les moyens d'améliorer l'accessibilité au vaccin anti-VPH sans compromettre les principes du Fonds renouvelable.

Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par le Projet d'immunisation intégrale de la famille 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.



### Unité d'immunisation intégrale de la famille

525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037 U.S.A.  
<http://www.paho.org/immunization>

Il est désormais possible de se procurer une compilation électronique du Bulletin, intitulée « *Thirty years of Immunization Newsletter: the History of the EPI in the Americas* », à l'adresse [www.paho.org/inb](http://www.paho.org/inb).

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 XXXV, Numéro 4 • Août 2013

**Éditeur : Carolina Danovaro**  
**Associate Editors: Gabriela Felix et**  
**Cuahtémoc Ruiz Matus**

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2013  
Tous droits réservés.

Bulletin d'Immunisation

Volume XXXV Numéro 4

Août 2013

Organisation panaméricaine de la Santé

8

#### LABORATOIRES suite de la page 4

Les Réseaux de laboratoires des Amériques ont appuyé les initiatives d'éradication, d'élimination et de contrôle des maladies évitables par la vaccination dès leur approbation par les Organes directeurs de l'OPS. Le rôle principal du réseau est de fournir des données précises, fiables et disponibles en temps utile pour guider l'utilisation des ressources affectées au contrôle, à l'élimination et à l'éradication des maladies et étayer la documentation sur l'impact de l'introduction de nouveaux vaccins.

Les représentants des pays ont réaffirmé la nécessité de faciliter le regroupement des données provenant des laboratoires et de la surveillance épidémiologique afin de permettre une analyse plus complète de la situation sur les maladies évitables par la vaccination aux niveaux national et régional.

Compte tenu de l'importance de garantir la conformité des indicateurs de surveillance des maladies évitables par la vaccination, les participants ont rappelé la nécessité d'intégrer les indicateurs de performance des laboratoires

dans les systèmes de surveillance des données et de procéder à une notification systématique des ministères de la Santé et des représentants de l'OPS et de l'OMS.

Le Groupe consultatif technique de l'OPS (GCT) a approuvé les recommandations présentées à la réunion des réseaux de laboratoires sur les maladies évitables par la vaccination des Amériques. Les recommandations du GCT, y compris celles concernant ces réseaux, peuvent être consultées à l'adresse suivante : [www.paho.org/immunization](http://www.paho.org/immunization). ■

### Recommandations du GCT (Laboratoires sur les maladies évitables par la vaccination)

- Les laboratoires du réseau doivent harmoniser les diverses procédures utilisées pour l'identification des sérotypes/sérogroupe/génotypes des pathogènes responsables des maladies évitables par la vaccination afin de faciliter la comparaison des résultats des laboratoires entre les pays et d'optimiser l'utilisation des données dans l'ensemble des pays de la Région des Amériques..
- Le GCT réitère l'importance de la surveillance et des laboratoires en tant que composante essentielle de l'efficacité d'un programme de vaccination et de l'adoption de décisions stratégiques fondées sur des données probantes. Pour ces raisons, le GCT encourage vivement les pays à améliorer l'intégration des données provenant des laboratoires et du système de surveillance.
- Le GCT reconnaît la nécessité d'établir un Réseau régional de laboratoires sur les maladies évitables par la vaccination qui produirait des données fiables grâce à la mise en œuvre de tests standardisés et de programmes d'assurance de la qualité, facilitant ainsi le processus décisionnel en matière de santé et l'évaluation de l'impact de l'introduction de nouveaux vaccins.
- L'OPS doit envisager la possibilité d'acquérir, par le biais du Fonds renouvelable, des réactifs et des kits diagnostiques pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination.
- Le GCT appuie sans réserve les recommandations présentées à la réunion du Réseau régional des laboratoires sur les maladies évitables par la vaccination, qui s'est tenue à Quito (Équateur) le 2 juillet 2013 (annexe B du rapport final à l'adresse : [www.paho.org/immunization](http://www.paho.org/immunization)).