

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXIX Numéro 3

Protégez votre Famille par la Vaccination

Septembre 2017



XXIV^e réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination



Les participants à la XXIV^e réunion du GCT à la ville de Panama (Panama), juillet 2017.

Crédit photo : David Spitz, PAHO/WHO.

La XXIV^e réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a eu lieu dans la ville de Panama au Panama du 12 au 14 juillet 2017¹. Le slogan de la réunion « 40 Ans Et Toujours En Progrès! » a été choisi pour célébrer le 40^e anniversaire du Programme élargi de vaccination (PEV), qui a vu le jour en 1977.

Cette réunion avait pour objectifs de passer en revue les progrès réalisés dans plusieurs initiatives axées sur la lutte contre les maladies évitables par la vaccination (MEV) et leur élimination, ainsi que de faire des recommandations sur les façons de résoudre les nombreux problèmes auxquels font face les programmes nationaux de vaccination dans les Amériques. Les sujets abordés lors de la réunion, le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques (2018-2023)*² et le *Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours*³ seront présentés lors de la prochaine Conférence sanitaire panaméricaine qui aura lieu en septembre 2017.

Le ministère de la Santé du Panama a ouvert la réunion et a exprimé sa joie d'accueillir l'événement, en reconnaissant comment la réunion va grandement profiter à la santé publique aux niveaux national, régional et mondial. On a aussi mentionné l'importance du PEV du Panama, parce qu'il fournit à la population du pays un accès libre et équitable à 23 vaccins, notamment aux personnes vivant dans les zones géographiques et autochtones difficiles d'accès. Les autres pays peuvent considérer comme un exemple les réussites du PEV du Panama, qui peuvent être attribuées à son personnel de santé solide et déterminé, ainsi qu'au degré élevé d'acceptabilité des vaccins par ses habitants. Ces réussites contribuent également au succès de l'ensemble de la Région. Le sous-directeur de l'OPS, le Dr Francisco Becerra, et le président du GCT, le Dr Peter Figueroa, ont à leur tour souhaité la bienvenue aux participants à la réunion. ■

¹ Les sujets présentés dans ce numéro du Bulletin d'immunisation ont été classés « pour décision » lors de la réunion 2017 du GCT. Une liste exhaustive des sujets abordés et des recommandations émises lors de cette réunion est offerte dans le rapport final 2017 du GCT et accessible en ligne à l'adresse www.paho.org/immunization/TAG-Reports

² Document CSP29/8, disponible sur www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41213&Itemid=270&lang=fr

³ Document CSP29/INF/7, disponible sur www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41307&Itemid=270&lang=fr

DANS CE NUMÉRO

- 1 XXIV^e réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination
- 1 Rapport de mi-parcours sur l'atteinte des objectifs établis dans le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP)
- 3 Mise à jour sur la polio et les progrès vers la phase finale de l'éradication
- 6 Utilisation du vaccin contre le méningocoque dans le programme de vaccination systématique
- 7 Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques
- 8 Lettre de remerciements adressée au Dr Carissa Etienne, Directrice de l'OPS, par le Dr Fernando Muñoz, lauréat du Prix de la vaccination 2017

Rapport de mi-parcours sur l'atteinte des objectifs établis dans le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP)

En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) 2010-2020. Dans la Région des Amériques, *La vaccination dans la Région : vision et stratégie (RIVS) 2010-2015*, a guidé les programmes nationaux de vaccination jusqu'à ce que le PAMV soit adapté au contexte régional et que le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) le remplace en 2016.

Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2017, les représentants en santé mondiale ont présenté l'évaluation à mi-parcours du PAMV, en faisant remarquer que des progrès adéquats n'avaient été réalisés que pour une des six cibles établies pour cette période. Au nombre des cibles qui n'ont pas été atteintes, on compte l'atteinte des cibles nationales et municipales relatives à des taux de couverture vaccinale de 90 % et plus ou 80 % et plus, respectivement, dans tous les pays, l'éradication mondiale de la polio, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, l'élimination de rougeole dans au moins cinq régions et l'élimination de la rubéole dans au moins deux régions. La seule cible sur la bonne voie était la cible fixée pour l'introduction de nouveaux vaccins. L'évaluation à mi-parcours du PAMV semblait indiquer que la lenteur des progrès pourrait être liée à de faibles niveaux d'engagement ou d'appropriation de la part des pays, aux zones ou aux populations accédant difficilement aux services de vaccination, à une surveillance épidémiologique insuffisante, à une mauvaise gestion à divers niveaux organisationnels, à l'incapacité d'assurer une collecte et une analyse systématiques et en temps utile des données, à un décalage entre le programme de vaccination et les activités de renforcement des systèmes de santé, aux conflits sociaux ou armés, aux flambées et à d'autres urgences et priorités sanitaires concurrentes.

Face aux préoccupations relatives à la lenteur des progrès réalisés à l'échelle mondiale, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution A70.14⁴ (Renforcer la vaccination pour atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins), qui invite instamment les États Membres de l'OMS :

- à assurer un leadership et une gouvernance plus solides des programmes de vaccination nationaux,

⁴ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R14-fr.pdf

RIAP suite de la page 1

- à veiller à l'utilisation des données actualisées,
- à renforcer leurs capacités de surveillance,
- à élargir les services de vaccination pour couvrir toute la durée de la vie,
- à suivre les recommandations du Règlement sanitaire international,
- à mobiliser un financement intérieur pour les achats de vaccins et le fonctionnement du programme,
- à renforcer la coopération internationale et la fabrication nationale afin d'assurer la disponibilité de vaccins et de technologies financièrement abordables.

Conformément au mandat des organes directeurs de l'OPS, l'évaluation à mi-parcours (2015-2016) du RIAP sera présentée à la Conférence sanitaire panaméricaine en 2017. Elle décrit les progrès accomplis jusqu'à présent, fournit une évaluation approfondie des cibles qui ne sont pas atteintes, évalue les difficultés et les facteurs contextuels qui ont retardé les progrès et propose des solutions et des actions qu'il faut appliquer pour atteindre les cibles d'ici 2020.

Le RIAP consiste en quatre axes d'intervention stratégique : 1) préserver les acquis, 2) conclure le programme inachevé, 3) relever les nouveaux défis et 4) renforcer les services de santé pour la prestation efficace de la vaccination. Ces quatre domaines comprennent sept objectifs généraux et six objectifs stratégiques ; 29 indicateurs ont également été élaborés pour suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs du RIAP.

Depuis la création du PEV, l'OPS et les États Membres ont suivi la couverture vaccinale pour surveiller les progrès de la vaccination. Le principal indicateur de la couverture vaccinale employé pour suivre la performance du programme est la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) chez les enfants âgés de moins d'un an. Pendant une grande partie de l'histoire du PEV dans les Amériques, la couverture du DTC3 a constamment augmenté, pour atteindre des niveaux qui étaient parmi les plus élevés de toutes les régions de l'OMS. Au cours des cinq dernières années, dans un revirement brutal de la tendance régionale historique, les taux moyens de couverture vaccinale aux niveaux national et régional ont plafonné et même diminué dans certains cas. En 2015, la couverture mondiale moyenne du DTC3 atteignait 87 %, tandis que la couverture régionale du DTC3 chutait pour passer de 94 % en 2011 à 91 % en 2015.

Le RIAP a établi des objectifs pour que les pays atteignent une couverture de 95 % pour tous les vaccins aux niveaux national et municipal, afin de réduire les risques liés à la réintroduction ou à la réémergence de MEV qui ont déjà été éliminées ou qui sont contrôlées. En 2015, 20 pays et territoires ont déclaré une couverture nationale ≥ 95 %, 13 une couverture de 90 à 95 %, six une couverture de 80 à 90 % et quatre une couverture < 80 %. L'analyse au niveau infranational indique que 50 % des municipalités d'Amérique latine et des Caraïbes ont déclaré une couverture < 95 % la même année.

Alors que l'atteinte d'une couverture élevée et homogène avec le calendrier vaccinal systématique du PEV représente un défi pour la Région, les pays et territoires des Amériques continuent d'être des chefs

de file en introduisant de nouveaux vaccins et, dans la plupart des cas, obtiennent les ressources nationales pour acheter ces vaccins. En 2016, 34 pays et territoires avaient introduit le vaccin antipneumococcique conjugué dans leurs programmes nationaux de vaccination, 20 avaient introduit le vaccin antitétavirus, et 25 avaient introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Cela signifie que 90 % et 85 % de la cohorte de naissance régionale vit dans des pays où le vaccin antipneumococcique conjugué ou le vaccin antitétavirus, respectivement, fait partie du programme de vaccination systématique. Bien que le vaccin contre le VPH ait été introduit quelques années plus tard, 80 % d'une génération typique d'adolescentes âgées de 9 ans avait déjà accès au vaccin grâce au programme de vaccination systématique.

D'après l'évaluation à mi-parcours présenté devant le Comité exécutif de l'OPS en juin 2017, 16 des 29 indicateurs de suivi sont en voie d'être atteints, trois sont en cours de réalisation et 10 sont en retard.

Les indicateurs suivants sont en voie d'être atteints :

- aucun cas de paralysie flasque aiguë (PFA) imputable au poliovirus
- pas de reprise de la transmission de la rougeole ou de la rubéole endémique
- réalisation des indicateurs de suivi de la qualité de la surveillance épidémiologique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC)
- administration du vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance
- existence de plans d'action nationaux pour la vaccination
- surveillance de la satisfaction des bénéficiaires envers le vaccin pendant la Semaine de la vaccination dans les Amériques
- tenue d'études coût-efficacité avant d'introduire de nouveaux vaccins
- tenue d'études suivant l'introduction de nouveaux vaccins (études d'impact, examens opérationnels, etc.)
- vaccination des femmes enceintes contre la grippe et/ou le tétanos et la diphtérie
- financement de la vaccination en employant des ressources nationales pour ≥ 90 % des besoins totaux en matière de financement
- accès à un approvisionnement adéquat en • taux d'abandon < 5 % entre la première et la troisième dose de DTC
- amélioration de la qualité des données sur la couverture
- mise en place de registres électroniques de vaccination au niveau national
- surveillance post-commercialisation des vaccins
- vaccination des agents de santé

Les indicateurs suivants sont en cours de réalisation :

- incidence du tétanos néonatal $< 1/1000$ naissances vivantes enregistrées
- introduction d'un ou de plusieurs nouveaux vaccins dans le programme national
- intégration d'autres interventions préventives avec

la vaccination

Les indicateurs suivants sont en retard :

- indicateurs servant à surveiller la qualité de la surveillance épidémiologique de la PFA
- existence d'un fondement juridique ou administratif des programmes de vaccination
- existence d'un Groupe consultatif technique national sur la vaccination (GCTNV) rencontrant les critères de bonne fonctionnalité de l'OMS
- couverture nationale du DPT3 ≥ 95 % chez les enfants âgés de moins d'un an
- couverture du DPT3 ≥ 80 % dans chacun des districts ou équivalent chez les enfants âgés de moins d'un an
- surveillance de l'équité en matière de vaccination au moyen d'une analyse de la couverture par quintile de revenu
- exactitude de l'offre et de la demande en vaccins obtenus par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins
- couverture nationale du DPT3 ≥ 95 % chez les enfants âgés de moins d'un an pendant trois années consécutives ou plus
- identification et correction des obstacles qui empêchent d'atteindre les populations non vaccinées et sous-vaccinées
- signalement des ruptures de stock d'un ou de plusieurs vaccins ou fournitures connexes pendant plus d'un mois à tout niveau de la structure nationale

Suite à l'évaluation à mi-parcours, le Comité exécutif a fait les recommandations suivantes de manière à assurer l'avancement adéquat envers l'atteinte des objectifs du RIAP :

- a) améliorer les cadres législatifs
- b) faire en sorte que tous profitent également des avantages de la vaccination.
- c) maintenir et renforcer l'engagement national à l'égard des programmes de vaccination
- d) accroître la surveillance des maladies
- e) dynamiser le système d'information
- f) améliorer la communication et la mobilisation sociale

Le GCT a remarqué que la plupart des indicateurs non satisfaits faisaient intervenir l'application de principes fondamentaux en matière de stratégies du PEV tels que la couverture au niveau du district. Bien que le PEV ait assuré la lutte contre les MEV et leur élimination dans les Amériques, les gouvernements doivent réaffirmer leur engagement envers les objectifs du RIAP afin de maintenir ces importantes réalisations. L'évaluation à mi-parcours vise à faire prendre davantage conscience des défis auxquels le PEV fait face pour permettre de retenir la volonté politique nécessaire afin de trouver les solutions aux vulnérabilités transversales et propres aux programmes qui mettent en péril des décennies de progrès réalisés dans l'élimination et le contrôle des MEV.

RIAP suite de la page 2

Recommandations

- Le GCT félicite les États Membres des Amériques de leur engagement constant envers le contrôle et l'élimination des MEV, tel qu'en témoigne l'existence du PEV depuis 40 ans.
- Le GCT est vivement préoccupé par la diminution des niveaux de couverture du DTC3 déclarés aux niveaux régional, infranational et national. Le GCT prie instamment les pays, avec l'appui de l'OPS, d'évaluer et de diagnostiquer au niveau local les causes sous-jacentes (perceptions de la société, raisons sociopolitiques, économiques, programmatiques, etc.) du recul des cibles de couverture vaccinale, de manière à pouvoir concevoir et mettre en œuvre des mesures correctives.
- Le GCT approuve les recommandations faites dans l'évaluation à mi-parcours du RIAP qui seront présentées à la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017.
- Les États Membres et le Bureau sanitaire panaméricain doivent mettre en œuvre les recommandations de la résolution A70.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2017, ainsi que les propositions faites dans l'évaluation à mi-parcours du RIAP.
- Le GCT incite l'OPS et les États Membres à redoubler d'efforts pour expliquer aux responsables politiques et au public l'importance de la vaccination et les avantages économiques et sanitaires considérables qui découlent de l'investissement dans des programmes nationaux de vaccination robustes.

Mise à jour sur la polio et les progrès vers la phase finale de l'éradication

Mise à jour mondiale

On a constaté dans les pays du monde entier d'importants progrès de l'engagement envers l'éradication mondiale de la polio. Chaque jour, davantage d'enfants sont complètement protégés dans les pays où la maladie demeure endémique (Afghanistan, Nigeria et Pakistan). Le long de la frontière entre le Pakistan et l'Afghanistan, une région considérée comme un réservoir de poliovirus, le nombre d'enfants atteint de paralysie flasque aiguë (PFA) et n'ayant reçu aucune dose (un des principaux indicateurs de la surveillance) a continué de baisser, passant de 24 % en 2014 à 2 % en 2016. Au Nigeria, 95 % des cas de PFA âgés de 6 à 59 mois avaient reçu plus de quatre doses du vaccin antipoliomyélique oral (VPO). En 2016, les pays n'ont déclaré que 37 cas de PFA, soit le nombre le plus faible qui n'ait jamais été enregistré. En date du 4 juillet 2017, seuls six cas de poliovirus sauvage (PVS) ont été déclarés, contre 19 cas à la même date en 2016. Il existe toutefois dans ces trois pays des zones inaccessibles où le PVS est encore endémique en raison de l'insécurité. Par exemple, au mois d'août 2016 au Nigeria, quatre souches de PVS1 ont été isolées de cas de PFA identifiés chez des familles déplacées dans trois districts de l'État de Borno. Cela a représenté un revers majeur pour les efforts d'éradication mondiale. De plus, la circulation de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) se poursuit. En 2016, cinq cas de PVDVc ont été déclarés, tandis qu'au 4 juillet 2017, 28 cas de PVDVc avaient déjà été déclarés, par rapport à trois cas à la même date en 2016.

Mise à jour régionale

Conformément au Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, entre 2015 et 2016, tous les pays de la Région qui ont administré exclusivement le vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) ont introduit une dose du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI). Par la suite, jusqu'en avril 2016, les 36 pays qui utilisaient encore le VPO dans

leurs programmes de vaccination systématique sont passés du VPOt au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb). Après le remplacement du vaccin, les 36 pays ont tous effectué la supervision de 100 % des ménages et des cliniques de vaccination, et ont présenté des rapports, qui ont été validés à la fois par le Comité national de certification et la Commission régionale de certification.

Ces 15 dernières années, la couverture vaccinale régionale des trois doses de vaccin antipoliomyélique (polio-3) variait de 90 à 94 %. La Région n'a toutefois pas rencontré son objectif d'avoir une couverture du polio-3 \geq 95 % parce que trop peu de pays avaient rencontré la cible au niveau national. Au niveau infranational, la couverture vaccinale n'est pas uniforme entre les municipalités.

La capacité de détecter et de réagir aux flambées dépend de la qualité de la surveillance de la polio, et la surveillance de la PFA est la référence absolue pour surveiller l'absence de PVS et la circulation du PVDVc. Au cours des cinq dernières années, la Région a atteint un taux de déclaration \geq 1 cas de PFA pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans ; le pourcentage des cas pour lesquels des échantillons adéquats de selles ont été obtenus dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, qui doit atteindre au moins 80 %, a varié de 73 à 79 % au cours des 10 dernières années et était de 75 % ces 52 dernières semaines.⁵ Le pourcentage de cas de PFA investigués dans les 48 heures suivant la déclaration, qui doit atteindre au moins 80 %, a varié de 61 à 91 % et est de 80 % ces 52 dernières semaines.⁶ En 2016, seuls le Nicaragua et le Paraguay ont respecté ces trois indicateurs ; au cours des 52 dernières semaines, seul le Paraguay a respecté les trois indicateurs.

De 2012 à 2016, seuls quatre cas de PFA ont été classifiés comme pouvant être imputés à la polio (cas compatibles). Cependant, lors de l'analyse cas par

cas des données de la PFA, 568 cas de PFA ont été éliminés par faute d'échantillons adéquats de selles ou de suivi pour vérifier la présence de paralysie résiduelle ou de séquelles. Selon le guide pratique de l'OPS sur la polio,⁷ les cas sans échantillon adéquat et sans suivi doivent être classifiés comme étant compatibles et doivent être considérés comme des échecs du système de surveillance.

Évaluation du risque de polio

Il est important que les pays connaissent les risques d'importation du PVS et d'un incident de PVDVc. En tant que tel, la vigilance constante est de mise dans la Région pour assurer une couverture vaccinale élevée et pour améliorer la qualité de la surveillance de la PFA pour pouvoir déceler les flambées en temps utile et intervenir.

Avec l'appui de la Commission régionale, l'OPS a mis au point une méthodologie d'analyse des risques pour évaluer le risque d'importation du poliovirus dans les Amériques. La méthode propose quatre composantes d'évaluation : 1) la couverture vaccinale, comme approximation du niveau d'immunité au sein de la population, 2) la surveillance de la PFA, 3) les flambées, dont les antécédents de PVDVc ou de toute autre MEV et la disponibilité d'un plan d'intervention en cas de flambée et 4) d'autres composantes qui comprennent les facteurs liés à la population et les facteurs propres au système de santé qui pourraient influencer la capacité nationale à détecter et à intervenir face à des importations de PVS ou à des incidents de PVDVc.

L'analyse a été faite récemment et elle comprenait la collecte et l'analyse d'informations préexistantes figurant sur le formulaire conjoint de notification de l'OPS/OMS-UNICEF (JRF, selon son sigle anglais), du Système d'information pour une surveillance intégrée (ISIS) de l'OPS/OMS et de la *Situation sanitaire dans les Amériques* : principaux indicateurs de l'OPS. Les

⁵ Les 52 dernières semaines se terminant à la semaine épidémiologique 26 (1er juillet 2017).

⁶ Les 52 dernières semaines se terminant à la semaine épidémiologique 26 (1er juillet 2017).

⁷ Poliomyelitis Eradication Field Guide (2006), disponible en anglais et en espagnol sur http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=787&Itemid=1617&lang=en

POLIO suite de la page 3

résultats de cette évaluation ont montré que trois pays couraient un risque très élevé d'importation de polio, cinq pays couraient un risque élevé, neuf pays un risque moyen et trois un faible risque (**tableau 1**). Jusqu'à présent, 31 pays ont présenté des plans à l'OPS pour la détection et l'intervention face à des incidents ou à des flambées de poliovirus.

Tableau 1. Évaluation des risques d'importation de poliovirus dans les pays d'Amérique latine (les pointages des risques sont classifiés comme étant très élevés [pointage ≥ 9], élevés [de 8 à 9], moyens [de 6 à 7] et faibles [≤ 5])

N°	Pays	Pointage
1	Guatemala	9,8
2	Haïti	9,6
3	Venezuela	9,2
4	Brésil	8,2
5	République dominicaine	8,1
6	El Salvador	8
7	Pérou	7,9
8	Équateur	7,6
9	Paraguay	7,4
10	Panama	7,1
11	Colombie	7,1
12	Argentine	7
13	Honduras	6,9
14	Bolivie	6,5
15	Chile	6,2
16	Nicaragua	6,1
17	Costa Rica	6
18	Uruguay	5,6
19	Cuba	5,5
20	Mexique	4,9

État du confinement mondial

Des progrès ont été accomplis pour confiner le poliovirus de type 2 depuis la publication, en décembre 2014, du *Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAPII)*.

En date du 1^{er} mai 2017, 175 pays et territoires ont déclaré qu'ils étaient exempts du type sauvage et du poliovirus dérivé d'une souche vaccinales de type 2, 18 ont déclaré ne pas en être débarrassés et 12 étaient en train de finaliser les rapports. A l'heure actuelle, 30 pays ont désigné 77 établissements en tant qu'établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus de type 2, mais certains pays doivent encore nommer l'autorité nationale chargée du confinement qui sera responsable de certifier que ces établissements répondent aux exigences

relatives au confinement décrites dans le GAPIII.

Le Groupe consultatif sur le confinement est en train d'élaborer des lignes directrices visant à aider les établissements à identifier les échantillons susceptibles d'héberger des poliovirus de type 2, lesquelles comprendront des recommandations sur leur destruction ou leur manipulation sécuritaire. Pour soutenir la mise en œuvre de la Phase II, l'OMS et ses Bureaux régionaux ont suscité une prise de conscience accrue du confinement et ont renforcé la capacité nationale en formant le personnel des autorités nationales chargées du confinement et les établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus sur la mise en œuvre et la certification du GAPIII.

État du confinement régional

En harmonie avec le GAPIII, le Plan d'action régional pour le confinement du poliovirus est en train d'être appliqué en trois phases liées aux jalons de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Le Plan régional est appliqué dans 44 pays et territoires en suivant les lignes directrices de l'OMS et de la Commission régionale de certification, et avec le soutien technique de l'OPS. Au total, 44 coordinateurs du confinement de la polio ont été désignés dans la Région.

En juin 2017, la Commission régionale a examiné 19 des 23 rapports attendus correspondant à 18 rapports de pays et à un rapport de la sous-région des Caraïbes. Tous les pays ont présenté au moins un rapport d'avancement de la phase 1 sur le GAPIII : confinement du PVS2/PVDV2/VPO2/Sabin2. La Commission régionale a entièrement validé trois rapports de pays pour le processus d'enquête, d'inventaire et l'identification sur du matériel de PVS2/PVDV2/VPO2/Sabin2 infectieux et potentiellement infectieux, 18 rapports sur du matériel de PVS2/PVDV2 infectieux et potentiellement infectieux, et 13 rapports sur du matériel de Sabin2 infectieux.

Six pays de la Région ont désigné 31 établissements en tant qu'établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus : deux au Brésil, quatre au Canada, un à Cuba, trois au Chili, un au Mexique et 20 aux États-Unis. Seuls deux de ces pays ont nommé une autorité nationale chargée du confinement. Un atelier régional de formation conçu à l'intention des vérificateurs du GAPIII a eu lieu en février 2017 pour soutenir les efforts des autorités nationales dans la mise en œuvre d'un mécanisme de certification du confinement. Chacun des établissements doit déposer une demande pour le processus de certification auprès des autorités nationales chargées du confinement.

Utilisation de doses fractionnées du vaccin antipoliomyélitique inactivé (fvPI)

Situation actuelle de l'approvisionnement en VPI

Les deux fabricants mondiaux de VPI, Bilthoven Biologicals et Sanofi Pasteur, ont eu des problèmes de procédés de fabrication et ont en conséquence fait des offres sur le marché mondial qui ne suffisent pas à répondre à la demande mondiale en VPI. Les pénuries mondiales de VPI vont vraisemblablement perdurer au moins jusqu'en 2018, d'éventuelles améliorations étant prévues d'ici 2020.

Bilthoven Biologicals est le seul fabricant qui, par le biais du Fonds renouvelable, offre le VPI en flacon (US\$ 1,90 par dose). L'autre fabricant de VPI a offert une quantité limitée de doses de VPI dans des seringues préremplies (US\$ 5,30 par dose) qui a contribué à réduire les insuffisances d'approvisionnement, sans toutefois répondre à la demande totale de la Région.

Le fruit des efforts déployés entre les pays a permis au Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille (FGL/IM) de l'OPS d'apporter des ajustements au calendrier de livraison des vaccins. Les pays ont reçu suffisamment de vaccins pour mener à bien les programmes de vaccination contre la polio, parce qu'ils ont maintenu les canaux de communication ouverts avec les fabricants. Toutefois, même en maintenant ces efforts de collaboration, on estime que les pays de la Région commenceront à connaître des ruptures de stock de VPI dès juillet 2017.

Première réaction à l'approvisionnement limité en VPI

En mars 2016, en s'appuyant sur les données disponibles sur la séroconversion, le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination de l'OMS (SAGE) a recommandé d'utiliser deux doses de fvPI au lieu d'une dose complète de VPI, comme option permettant d'optimiser l'approvisionnement disponible en VPI au niveau national. En mai 2016, le GCT a discuté de la pénurie mondiale de VPI et de la situation de l'approvisionnement dans la Région lors d'une réunion ad hoc virtuelle. Après l'examen des données probantes sur l'innocuité et l'immunogénicité de l'administration intradermique (ID) de deux doses de fvPI (0,1 ml ou 1/5 de la dose complète), le GCT a recommandé aux pays de réduire le gaspillage de VPI, de se préparer à d'éventuelles pénuries de VPI, de renforcer l'intervention en cas de flambée, d'évaluer la capacité d'administrer le fvPI par voie ID dans le programme de vaccination systématique et de renforcer la surveillance épidémiologique.

POLIO suite de la page 4

La situation mondiale de l'approvisionnement s'est détériorée depuis les dernières recommandations du GCT portant sur les doses de fVPI administrées par voie ID. En mars 2017, le GCT a tenu une réunion ad hoc virtuelle subséquente pour discuter du problème. Lors de cette réunion, le GCT a recommandé que les pays qui administrent plus de 100 000 doses de VPI annuellement, et ayant la capacité de former des agents de santé et de superviser la mise en œuvre de l'administrations par voie ID du fVPI, commencent immédiatement à se préparer à mettre en œuvre un programme de vaccination comprenant deux doses de fVPI, suivies par deux ou trois doses de VPOb (tableau 2). Dans les cas du Guatemala, d'Haïti et de la République dominicaine, le GCT a recommandé que ces pays évaluent soigneusement leur capacité d'introduire un programme comprenant deux doses de fVPI, en soupesant le risque de ruptures de stock par rapport aux exigences en matière de formation et de supervision, et la nécessité d'atteindre une couverture élevée.

Tableau 2. Recommandation régionale pour le programme de vaccination contre la polio, les Amériques, 2017

Calendrier de vaccination	De base			De rappel	
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
	fVPI	fIPI	VPOb	VPOb	VPOb

Preuves scientifiques étayant l'utilisation de deux doses de fVPI

Les preuves scientifiques dont on dispose indiquent que deux doses de fVPI administrées par voie ID offrent une séroconversion plus élevée pour tous les sérotypes de polio qu'une dose complète de VPI administrée par voie intramusculaire (IM). De plus, des études révèlent que plus l'intervalle entre l'administration des doses fractionnées est grand, meilleure est la réponse immunitaire. On observe plus souvent des manifestations indésirables suite à l'administration par voie ID que voie IM, mais il s'agit en général principalement de réactions locales telles que l'érythème ou l'induration.

Considérations d'ordre programmatique et opérationnel concernant l'administration de deux doses de fVPI

En général, l'administration par voie ID de vaccins s'avère plus difficile que par voie IM. Il est donc nécessaire que tous les agents de santé reçoivent

la formation adéquate sur l'administration sûre du vaccin. Il est nécessaire de faire une supervision opportune concernant l'administration par voie ID du fVPI afin d'assurer la sécurité et l'efficacité du changement de stratégie proposé.

Selon la politique de flacons multidoses de l'OMS, le VPI conditionné en flacons multidoses peut être utilisé jusqu'à 28 jours. Dans le cas de l'application en doses fractionnées, il convient de prélever 0,1 ml de vaccin avec une seringue de calibre 27G 3/8, soit la même seringue que celle que l'on emploie pour administrer le BCG dans certains pays. Certains pays administrent toutefois le BCG à l'aide d'une seringue de 0,05 ml et n'ont ainsi aucun inventaire de seringue de 0,1 ml. D'après les informations du Fonds renouvelable, la

majorité des pays ne disposeront probablement pas de seringues de 0,1 ml pour l'administration du BCG.

Pour introduire un programme de fVPI, il faut tenir compte des mises à jour du système d'enregistrement lors de la planification, de la formation et de la supervision. De plus, l'administration par voie ID du fVPI est fondée sur des données scientifiques mais n'est pas mentionnée sur l'étiquette, ce qui signifie que les pays doivent suivre le procédé de leur autorité nationale de réglementation respective pour se servir du vaccin hors RCP (*off-label*).

Le GCT estime que, à mesure que l'on se rapproche de l'éradication mondiale de la polio, il faudra tenir compte de plusieurs recommandations importantes :

Recommandations

- En raison de la pénurie mondiale de VPI et des données probantes indiquant qu'un protocole à deux doses de fVPI offre une meilleure protection qu'une dose complète de VPI, le GCT demande avec insistance aux États Membres d'envisager la mise en œuvre du protocole à deux doses par voie ID de fVPI, suivies par l'administration de deux ou trois doses de VPOb, au lieu d'une dose complète de VPI. Les États Membres, avec l'appui de l'OPS, doivent commencer à préparer les activités de formation et de communication à l'intention des agents de santé sur l'application du protocole d'administration par voie ID du fVPI.
- Le GCT réaffirme les recommandations de mai 2016, demandant aux États Membres de réduire le gaspillage de VPI. En prévision d'éventuelles ruptures de stock de VPI, les États Membres doivent se préparer à l'opérationnalisation de l'administration du VPOb au lieu du VPI jusqu'à ce que le VPI redevienne disponible, toujours en espaçant d'au moins quatre semaines l'administration des doses de vaccin.
- Le GCT fait appel au Fonds renouvelable pour continuer de surveiller étroitement l'offre mondiale de VPI et de seringues de 0,1 ml, ainsi que pour collaborer avec les fabricants de vaccins pour rétablir un approvisionnement en VPI sûr et à un coût abordable pour les Amériques.
- Le GCT approuve la méthodologie employée pour l'évaluation régionale des risques de polio et encourage les États Membres à procéder à des évaluations nationales annuelles des risques de polio pour déterminer les risques au niveau des districts. Bien que certains pays puissent courir des risques plus élevés que d'autres, le GCT souligne que tous les États Membres de la Région demeurent à risque d'importation de polio jusqu'à l'éradication mondiale de la maladie. D'ailleurs, le GCT exprime sa préoccupation devant le nombre de pays à risque élevé d'importation de poliovirus.
- Le GCT prie instamment les États Membres qui n'ont pas encore élaboré leur plan national d'intervention en cas de flambée de polio (Bolivie, Brésil, Guatemala, Paraguay et

Uruguay) de le faire et d'en faire part à l'OPS.

- Afin de maintenir un niveau suffisant d'immunité de la population pour que la Région demeure exempte de polio, le GCT prie les États Membres d'assurer une couverture $\geq 95\%$ par l'administration de trois doses de vaccin antipoliomyélique à l'échelle nationale et dans toutes les municipalités.
- Le GCT rappelle aux États Membres la nécessité d'assurer la capacité de détecter et de répondre aux importations de polio, particulièrement en demandant aux États Membres de satisfaire aux normes minimales de surveillance de la PFA.
- Le GCT conseille vivement aux États Membres de classer les cas de PFA, tel qu'indiqué dans le guide pratique de l'OPS sur la polio5 de 2006, en classant par catégories les cas en fonction des résultats de laboratoire et des évaluations de suivi. Les cas compatibles doivent être considérés comme des échecs du système de surveillance, qui doivent être examinés par les comités nationaux et la Commission régionale.
- Le GCT encourage chaque pays à présenter au moins un rapport sur le confinement et il félicite les États Membres qui ont présenté les quatre éléments qui exigés dans les rapports sur le confinement.
- Le GCT encourage les États Membres à progresser dans la finalisation de l'inventaire des établissements ayant en leur possession du matériel de poliovirus infectieux et potentiellement infectieux, en suivant les conseils du Groupe consultatif sur le confinement, afin d'achever la Phase I du GAPIII.
- Le GCT incite les États Membres dotés d'établissements désignés en tant qu'établissements « essentiels » au poliovirus à nommer officiellement leurs Autorités nationales de confinement, et les établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus à faire une demande de certificat de participation à leur autorité nationale de confinement, conformément au mécanisme de certification du confinement. ■

Utilisation du vaccin contre le méningocoque dans le programme de vaccination systématique

Bien que l'épidémiologie de la méningococcie varie de façon substantielle selon le groupe capsulaire, elle est un problème mondial qui touche tous les pays. Les souches virulentes de *Neisseria meningitidis* possèdent une capsule polysaccharidique qui constitue le facteur majeur de la virulence de cette bactérie. Il existe 13 différentes capsules polysaccharidiques, mais seules celles des sérogroupes A, B, C, W et Y provoquent de façon courante des infections invasives.

Les informations dont on dispose sur l'épidémiologie de la méningococcie sont incomplètes, en partie en raison de l'absence de surveillance dans de nombreux pays et de méthodes inadéquates de détection des bactéries. En raison de la nature dynamique de l'épidémiologie de la méningococcie invasive, la répartition mondiale des différents sérogroupes de *N. meningitidis* peut évoluer au fil du temps.

L'incidence de la méningococcie invasive est la plus élevée chez les bébés de moins d'un an et elle demeure relativement élevée jusqu'à l'âge d'environ 5 ans. Bien que l'incidence ait tendance à diminuer chez les enfants plus âgés, elle a tendance à augmenter fortement à l'adolescence et chez les jeunes adultes lorsque les personnes vivent confinées à l'intérieur. L'incidence diminue de nouveau chez les adultes plus âgés.

Bien que l'incidence actuelle de la méningococcie endémique dans les pays latino-américains soit de façon typique < 2 cas/100 000 habitants par an, la maladie épidémique a sévi dans toutes les parties de l'Amérique latine à divers moments au cours des 40 dernières années. Les données dont on dispose mettent en lumière la survenue d'épidémies de méningococcie dans des pays d'Amérique latine associées à différents sérogroupes et reflète la nature imprévisible de l'épidémiologie de la maladie. Les taux d'incidence les plus élevés ont été déclarés en Argentine, au Brésil, au Chili et en Uruguay, qui sont en outre des pays dotés de systèmes de surveillance bien établis. Le Brésil est le seul pays détenant des informations sur les taux d'incidence ventilés par groupes d'âge. Ces dernières années, les taux d'incidence sont demeurés stables dans les pays d'Amérique latine et ont varié de 1,5 à 1,8 cas pour 100 000 habitants.

Entre 2008 à 2010, l'incidence en Argentine était de 0,4 à 0,7 cas pour 100 000 habitants. Parmi les isolats disponibles, 71 % étaient du séro groupe B, 12 % du séro groupe C et 10 % du séro groupe Y. En Uruguay, les taux d'incidence déclarés variaient de 1,5 à 2 cas pour 100 000 habitants. Le Venezuela a déclaré des taux d'incidence compris entre 0,2 et 0,4 cas pour 100 000 habitants au cours de la dernière décennie. À Cuba, de 1998 à 2003, l'incidence annuelle déclarée de méningite à méningocoques chez les enfants âgés de 1 à 18 ans variait de 0,6 à 0,7 cas pour 100 000 habitants entre 1998 et 2000, pour passer à 0,3 cas pour 100 000 habitants en 2003.

Le taux de létalité est élevé en Amérique latine,

variant de 10 à 20 % ces dernières années dans plusieurs pays d'Amérique latine, dont l'Argentine (7 % à 15 %), le Chili (14 % en 2010), le Mexique (18 % de 2005 à 2008), le Panama (12 à 15 %) et l'Uruguay (15 %). Au Brésil, avant l'introduction du vaccin conjugué contre le méningocoque de séro groupe C, le taux de létalité pendant les flambées frôlait les 40 % chez les personnes infectées par ce séro groupe. De nombreux survivants sont atteints de séquelles permanentes débilantes, telles que la perte auditive, la perte de membres ou des dysfonctionnements neurologiques.

Les vaccins antiméningococciques contre les sérogroupes A, C, W et Y dont on dispose renferment à la fois des vaccins dirigés contre les polysaccharides et des vaccins dirigés contre le conjugué de polysaccharide-protéine de la capsule méningococcique. Dans le cas du vaccin dirigé contre le séro groupe B, le développement du vaccin comprenait des protéines vaccinales provenant de vésicules de membrane externe méningococciques, et l'application de nouvelles approches de génomique et de protéomique a mené à l'identification d'un grand nombre de nouveaux antigènes protéiques vaccinaux pour prévenir la méningococcie.

Vaccins polysaccharidiques : l'usage de ces vaccins est maintenant limité parce qu'ils n'induisent pas de réponse immunitaire adéquate chez les enfants âgés de moins de 2 ans. De plus, parmi les patients âgés de plus de 2 ans, les vaccins polysaccharidiques confèrent une protection d'une durée limitée et n'induisent pas de mémoire immunitaire.

Vaccins conjugués polysaccharidiques-protéiniques : les vaccins conjugués couplent une protéine porteuse à l'antigène polysaccharidique pour le présenter au système immunitaire, de façon à induire une réponse immunitaire des lymphocytes T. Bien que ces vaccins aient un bon profil d'innocuité, de nombreuses questions subsistent quant à leur efficacité à long terme et à la manière d'optimiser les programmes de vaccination.

Jusqu'à présent en Amérique latine, quatre pays utilisent le vaccin antiméningococcique dans leurs programmes de vaccination systématique : l'Argentine (conjugué ACWY), le Brésil (conjugué C), le Chili (conjugué ACWY) et Cuba (polysaccharide B).

Au Brésil, la vaccination systématique des nourrissons avec le vaccin conjugué contre le méningocoque de séro groupe C (VCMC) a débuté en novembre 2010 ; elle est prévue aux âges de 3 et 5 mois, suivie d'une dose de rappel administrée entre l'âge de 12 à 15 mois sans rattrapage. Des études récentes ont montré que la vaccination des nourrissons et des tout-petits réduisait la maladie méningococcique C invasive dans la population cible et que la dose ultérieure de rattrapage administrée entre l'âge de 12 à 13 ans accélérera la diminution des taux d'incidence de la méningococcie C chez les adolescents.

Les vaccins disponibles sont généralement coûteux. Compte tenu du prix élevé de l'introduction de ce vaccin dans les programmes de vaccination systématique, les pays qui envisagent de l'inclure dans le calendrier de vaccination systématique devront tenir compte du maintien de l'efficacité au fil du temps et veiller à ce que d'autres aspects du programme de vaccination tels que la formation, la supervision et les activités visant à accroître la couverture vaccinale et la surveillance épidémiologique ne soient pas affectés par l'introduction du vaccin.

Le Fonds renouvelable doit jouer un rôle clé dans la négociation des prix des vaccins avec les fabricants, de manière à obtenir des prix plus abordables pour les pays qui envisagent d'introduire le vaccin antiméningococcique dans leur programme de vaccination systématique. L'absence d'autres fabricants pour stimuler la concurrence constitue toutefois un obstacle majeur à la réussite des négociations.

Recommandations

- Le GCT prie instamment les États Membres d'élargir la surveillance sentinelle de la méningite bactérienne à une surveillance à l'échelle nationale afin de mieux comprendre l'épidémiologie de la maladie (y compris la répartition en fonction de l'âge et des sérogroupes) et déceler les flambées en temps utile.
- Le GCT rappelle aux États Membres qu'avant de prendre la décision d'introduire le vaccin antiméningococcique, ils doivent étudier l'épidémiologie de la maladie, sa charge de morbidité, son coût, l'efficacité du vaccin, son innocuité, son prix et la durée de la protection conférée, ainsi que les aspects logistiques et opérationnels du programme de vaccination.
- Le GCT recommande aux États Membres d'inclure des évaluations des séquelles à long terme de la méningococcie dans ces analyses, afin d'obtenir une évaluation plus exacte du rapport coût-efficacité du vaccin.
- Le GCT rappelle aux États Membres que des études sur le portage (microbisme latent) fournissent de précieuses informations sur la transmission de la maladie. Ces études ne sont toutefois pas essentielles pour prendre des décisions sur l'utilisation d'un vaccin ; elles tendent à être coûteuses, compliquées et difficiles à interpréter. ■

Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques

Lors de la tenue du 55e Conseil directeur de l'OPS du 27 septembre 2016, le comité international d'experts (CIE) chargé de documenter et de vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SCR) a annoncé qu'après avoir examiné toutes les données épidémiologiques présentées par les États Membres pour la période 2011-2016, la Région des Amériques avait éliminé la rougeole. La Région avait atteint l'objectif d'éliminer la transmission endémique du virus de la rougeole en 2002 et avait maintenu l'élimination pendant plus d'une décennie, malgré les importations constantes du virus d'autres régions du monde. Il est intéressant de noter qu'en raison de la flambée au Brésil qui a duré pendant plus d'un an, le dernier cas endémique dans les Amériques a été redéfini comme ayant eu lieu en juillet 2015.

Actuellement, les six régions de l'OMS ont fixé l'objectif d'éliminer la rougeole d'ici 2020 et deux se sont engagées à éliminer la rubéole la même année. Toutefois, à l'exception des Amériques, aucune autre région de l'OMS n'a atteint les cibles d'élimination de la rougeole et de la rubéole en 2015. Dans ce contexte mondial, l'OPS a lancé une alerte épidémiologique le 4 mai 2017 en raison de l'augmentation des cas déclarés de rougeole en Europe et dans d'autres régions. Du début janvier 2016 au 1er mai 2017, 37 pays européens ont déclaré 7847 cas de rougeole, dont 34 % ont été déclarés en 2017. La Roumanie (3181 cas) et l'Italie (1549 cas) ont déclaré la plupart des cas. Cette situation met en péril la pérennité de l'élimination de la rougeole dans la Région des Amériques.

Le GCT a aussi remarqué que les situations en Haïti et au Venezuela sont très préoccupantes pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques. En conséquence, l'OPS va soutenir ces pays en mettant sur pied des campagnes de suivi et en renforçant les capacités de préparation et d'intervention en cas d'importations de cas de rougeole et de rubéole en provenance d'autres régions.

Un autre défi pour la pérennité de l'élimination de la rougeole concerne les flambées d'arbovirus (par ex., Zika, Chikungunya et la dengue) dans les Amériques. L'action coordonnée et l'analyse intégrée de la surveillance de maladie fébrile accompagnée d'exanthème doivent être renforcées, en raison des définitions de cas syndromiques partagées avec la rougeole.

Pour terminer, bien que la couverture régionale du ROR1 ait été de 93 à 94 % ces dernières années, il existe encore des variations des niveaux de couverture entre les pays et au sein même des pays au niveau municipal. Par conséquent, le GCT a réaffirmé les recommandations d'autres réunions, en soulignant la nécessité d'appliquer quatre critères de qualité, soit l'efficacité, l'efficience, l'homogénéité et l'occasion, dont l'OPS fait la promotion en planifiant, en exécutant et en évaluant les campagnes de suivi de vaccination. De même, il est important de retenir que l'abaissement de l'âge de la vaccination à 18 mois (ou l'âge auquel le pays administre le premier

rappel du DTC) avec le ROR2 implique que les États Membres doivent garantir qu'au moins 95 % des enfants qui n'ont pas reçu cette dose par le programme de vaccination systématique ou lors de campagnes de suivi soient vaccinés.

L'OPS/OMS proposera un *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023* lors de la prochaine Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 2017. Le plan vise à maintenir un niveau élevé d'immunité dans la population générale et à maintenir des systèmes de surveillance de haute qualité afin d'éviter la reprise de la transmission endémique. Le plan comporte quatre axes stratégiques d'intervention, ainsi que des objectifs et des indicateurs correspondants :

1) Garantir à la population visée par le programme de vaccination systématique et aux autres tranches d'âge à risque l'accès universel aux services de vaccination contre la rougeole et la rubéole.

Les États Membres doivent mettre en œuvre des activités pour atteindre une couverture homogène $\geq 95\%$ dans toutes les municipalités avec l'administration de deux doses de vaccin ROR chez les enfants de moins de 5 ans, dans le cadre du programme de vaccination systématique des services de santé et des campagnes de suivi de vaccination qui ont été prévues et menées en utilisant des critères de haute qualité.

2) Renforcer les capacités des systèmes de surveillance épidémiologique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.

Les pays doivent mettre en œuvre des activités pour assurer l'exécution des indicateurs de surveillance, qui ont été mis à mal ces deux dernières années, particulièrement par la sous-déclaration des cas présumés de rougeole et de rubéole dans la plupart des pays.

3) Développer les capacités nationales et opérationnelles des pays afin d'éliminer durablement la rougeole et la rubéole.

Les rôles des comités nationaux et de la commission régionale doivent être conservés, en comportant de nouvelles attributions pour surveiller les plans de viabilité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les années à venir.

4) Établir les mécanismes standard permettant une riposte rapide face aux cas importés de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale en vue d'éviter la reprise de la transmission endémique dans les pays.

Il est essentiel que chaque pays crée, maintienne ou réactive un groupe d'intervention immédiate, offrent une formation sur les mécanismes standards de déclaration, de recherche et de résolution des flambées pour la rougeole et la rubéole, afin d'assurer et de vérifier l'interruption de la transmission virale. L'OPS va mettre à la disposition des pays les outils

nécessaires pour améliorer la qualité et le délai des interventions en cas de flambées de rougeole et de rubéole, en commençant par les cas importés de ces virus.

Recommandations

- Le GCT prie instamment les États Membres de se préparer à mettre en œuvre le Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 après son adoption par la Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 2017.
- Le GCT insiste sur l'importance d'atteindre et de maintenir une couverture vaccinale $\geq 95\%$ avec deux doses de vaccin antirougeoleux et antirubéoleux.
- Les États Membres doivent respecter le protocole recommandé précédemment qui comprend l'administration de la seconde dose de vaccin contre la rougeole et la rubéole à l'âge de 18 mois.
- Le GCT conseille vivement aux États Membres d'introduire la seconde dose du vaccin contenant une valence rougeole, s'ils ne l'ont pas déjà fait. La série de deux doses doit être complétée par des campagnes périodiques de suivi de la vaccination pour combler les lacunes immunitaires, le cas échéant.
- Le GCT met l'accent sur la nécessité de renforcer la surveillance de la fièvre et de l'exanthème pour la rougeole et la rubéole, et de l'intégrer à celle des virus de la dengue, Zika, Chikungunya et d'autres maladies qui emploient la même définition syndromique, en tenant compte de l'épidémiologie de chacune des maladies dans chaque pays.
- Les États Membres doivent continuer de renforcer la capacité de détection précoce des cas importés et d'intervention subséquente rapide.
- Le GCT recommande avec insistance aux États Membres d'effectuer des évaluations des risques et d'identifier les populations susceptibles qui devront être ciblées par les interventions vaccinales, telles que les campagnes de suivi de la vaccination contre la rougeole et la rubéole lorsque cela est indiqué. Ces activités doivent réduire ou atténuer le risque d'importation, ainsi que le rétablissement subséquent de la rougeole et de la rubéole dans la Région. ■

À compter de 2015, le *Bulletin d'immunisation* sera publié quatre fois par an en anglais, espagnol et français par l'Unité 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.

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.

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 XXXIX, Numéro 3 • Septembre 2017

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtémoc Ruiz Matus.

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2017
Tous droits réservés.

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>



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



**Organisation
mondiale de la Santé**
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

Lettre de remerciements adressée au Dr Carissa Etienne, Directrice de l'OPS, par le Dr Fernando Muñoz, lauréat du Prix de la vaccination 2017

Nous présentons à nos lecteurs la lettre adressée par le Dr Fernando Muñoz au Dr Carissa F. Etienne, Directrice de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qu'il remercie de lui avoir décerné le Prix de la vaccination remis lors de la XXIVe réunion du Groupe consultatif technique (GCT) à Panama. Des problèmes de santé l'ont empêché de venir recevoir ce prix en personne. Le Dr Muñoz est décédé le 12 octobre 2017.

Santiago, 21 septembre 2017

J'aurai eu énormément plaisir à recevoir le Prix de la vaccination de l'OPS en personne, mais cela me sera malheureusement impossible à cause de problèmes de santé et du traitement que je dois suivre; j'ai donc choisi de vous adresser cette lettre de remerciements pour vous dire l'immense fierté que j'éprouve à me voir accorder cette distinction.

Depuis le début de ma carrière, mon développement professionnel a été très lié aux vaccins, en particulier avec mon entrée comme pédiatre et spécialiste de santé publique dans le corps enseignant d'une nouvelle école de médecine créée par l'Université du Chili à Temuco, capitale de la région de l'Araucanie, zone autochtone et région la plus pauvre du Chili.

C'était en 1978, une dictature avait pris le pouvoir dans le pays et nous qui avions embrassé des idées de gauche étions tous considérés comme suspects; il m'était donc difficile de coordonner mon travail d'enseignant avec le service de santé de l'État, et la coordination des consultations avec les autorités de l'époque était également très complexe. Celles-ci se méfiaient des survivants de l'un des principaux épisodes de persécution des agents de santé ayant fait suite au coup d'état militaire. Trois médecins, dont le directeur de l'hôpital de Temuco, figurent parmi les dizaines de personnes disparues et exécutées par les agents de l'État en Araucanie, et ces victimes s'ajoutent aux milliers d'autres de l'époque. Ces événements expliquent le traumatisme qui est encore présent dans la société chilienne.

Celui qui m'a permis de sortir des salles de classe fut le Dr José Manuel Borgoño, un grand spécialiste de santé publique qui avait choisi la région pour amorcer la mise en œuvre des modules de formation du Programme élargi de vaccination (PEV) et qui avait besoin de quelqu'un avec mon profil pour rejoindre



Fernando Muñoz.
Photo : PAHO/WHO.

une équipe d'infirmières et d'épidémiologistes. Nous avons à charge d'organiser des ateliers intensifs visant l'amélioration de la couverture et de la qualité des programmes de vaccination dans la région.

La tâche ne fut pas facile. Nous devons garantir le fonctionnement de la chaîne du froid du fabricant à l'enfant vacciné dans un

centre de santé ou un poste rural isolé; pour ce faire il fallait inspecter les réfrigérateurs des centres de santé, vérifier que leur utilisation était réservée exclusivement aux vaccins, les équiper de thermomètres avec température minimale et maximale, garantir la mise en œuvre de protocoles et rédiger des manuels. Nous pouvions compter sur la force et le dévouement de nos équipes de soins infirmiers.

À partir de cette expérience je suis toujours resté associé aux programmes de vaccination, jusqu'à aujourd'hui. Au cours de ces années, j'ai eu la chance d'occuper des postes où j'étais amené à prendre des décisions importantes concernant le programme chilien, qui ont été source de bienfait pour la santé des personnes et en particulier des enfants.

Au cours de ce parcours professionnel lié à la vaccination, l'une des étapes qui m'ont marqué a été ma rencontre avec ce grand homme que fut Ciro de Quadros. C'est lui qui m'a invité à me joindre au Groupe consultatif technique (GCT) et qui m'a confié plusieurs tâches visant à améliorer l'intégration de la vaccination dans les services de santé et à défendre cet aspect fondamental du programme, qui peut être complétée par des campagnes, mais qui est indispensable si l'on souhaite instaurer des programmes de vaccination durables dans le temps.

Mon travail au sein du GCT a été l'une des expériences les plus enrichissantes de ma vie professionnelle. Par exemple, j'ai toujours été reconnaissant d'avoir eu le privilège de travailler sous la direction de D. A. Henderson; cela m'a permis de vivre des moments rappelant l'épopée que lui-même avait vécue pour éradiquer la variole. Ce groupe consultatif est et demeure un guide indispensable, auquel on doit une bonne part du succès de la Région des Amériques en matière de lutte contre les maladies évitables par la vaccination.

C'est ainsi que nous en sommes arrivés au contexte actuel, qui se caractérise par sa complexité et son incertitude. Nos programmes sont confrontés à des défis croissants et nombreux que je me contenterai d'énumérer dans cette lettre de remerciements :

- la nécessité de garantir une couverture de soins primaires permettant de créer des fondements solides pour la vaccination de l'ensemble de la population par les services publics et des entités privées certifiées à cet effet,
- la transparence en ce qui concerne l'industrie et le développement des capacités essentielles, sur la base de données scientifiques faisant contrepoids à la pression exercée par les intérêts commerciaux,
- l'étude des attitudes des personnes et groupes opposés à la vaccination et, à la lumière de ces connaissances, l'opposition solide et fondée sur des preuves à la publicité anti-vaccins.
- le repositionnement de la pertinence des programmes de vaccination dans la formation de premier cycle des professionnels de la santé, notamment du personnel infirmier et
- la nécessité d'élargir et de perfectionner au jour le jour les registres nominaux de vaccination et les statistiques d'état civil en vue de la production d'indicateurs fiables et permettant des comparaisons entre les pays.

Chère Dr Etienne, chers collègues de l'OPS, je vous remercie de nouveau de m'avoir décerné ce prix. J'espère avoir l'occasion de vous revoir une fois cette étape difficile de ma vie derrière moi. ■