Santé Canada Health Canada

Mise à jour : maladies évitables par la vaccination

Volume 7 Numéro 2 août 1999

Table des matières

13 *Treizième réunion du Groupe de conseils techniques de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur les maladies évitables par la vaccination : conclusions et recommandations*

19 *La rougeole dans les Amériques à l'approche de l'an 2000*

20 *Questions et réponses*

20 *Annonce*

21 *Erratum*

21 *Rapport d'une surveillance améliorée de la rougeole*

22 *Tableau récapitulatif des maladies évitables par la vaccination*

22 *Conférences/événements à venir*

Actualités

Treizième réunion du Groupe de conseils techniques de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur les maladies évitables par la vaccination : conclusions et recommandations

Adaptation du rapport final de la 13e réunion du Groupe de conseils techniques de l'OPS

La 13e réunion du Groupe de conseils techniques (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur les maladies évitables par les vaccins a été parrainée par Santé Canada et s'est tenue à Hull, Québec du 12 au 16 avril 1999. Le GCT se réuni à tous les 2 ans et agit en tant que forum principal pour la promotion des initiatives régionales visant à combattre les maladies évitables par la vaccination et leur élimination. Des représentants des pays membres de l'OPS se rencontrent dans l'intention d'examiner l'état actuel des maladies évitables par la vaccination et des programmes d'immunisation dans les divers pays de la Région.

Lors de la réunion à Hull, on a mis l'accent sur la nécessité de mettre en lumière le rôle que l'immunisation a joué dans la diminution de l'incidence de ces maladies. Cet effet peut être davantage accru si les pays trouvent un moyen d'introduire d'autres vaccins de façon durable. Voici des extraits tirés du rapport final des conclusions et recommandations issues de la réunion.

Introduction

La Région des Amériques anticipe le nouveau millénaire pleine de promesses et de vigueur. Des vaccins additionnels sont introduits chaque année conformément au programme de base et la Région travaille progressivement pour assurer la qualité de ces vaccins. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour atteindre les populations qui ne bénéficient pas encore des services de vaccination et pour toucher celles qui pourraient déjà en bénéficier et combattre ainsi, des maladies qui contribuent considérablement au fardeau de la santé.

Il faut par ailleurs signaler que, la tendance à l'autosatisfaction relative au succès de la politique de vaccination dans le monde fait perdre de vue le fait que des efforts sont encore à faire pour

Canada

promulguer la nécessité des vaccins aux individus en particulier et à la communauté tout entière en général.

Les niveaux de couverture immunitaire se maintiennent en-dessus de 80 % dans l'ensemble des pays de la Région. Les enfants suivant un programme de vaccination y en sont majoritairement représentés. La force de ces programmes repose sur la politique d'attaque panaméricaine des problèmes de santé publique. L'éradication historique de la poliomyélite dans les Amériques a été le résultat d'une action collective et collaborative de la part des institutions sanitaires, des divers pays et des bénéficiaires ayant pour mission d'atteindre un but commun. Cette collaboration a également permis à de nombreux pays de la Région d'acquérir les instruments nécessaires pour améliorer, de façon autonome, leur situation sanitaire.

1. L'impact de la décentralisation et de la réforme du secteur de la santé sur les programmes nationaux de vaccination

Les pays de la Région ont déjà entamé le processus de réforme du secteur de la santé et de décentralisation des services sanitaires. Bien que des lois aient été promulguées pour définir le champ des responsabilités et des ressources sur le plan local, une clarification de ces responsabilités est tout du moins nécessaire dans la gestion quotidienne des diverses organisations chargées de gérer les programmes de vaccination et toutes les données y incluses. Ces modifications engendrent des retards notamment dans l'attribution des ressources visant à assurer des activités systématiques de vaccination et, dans certains pays, lors de cas d'urgence dus à des éclosions soudaines de maladies.

Plusieurs des pays qui se sont engagés dans le processus de décentralisation et de réforme de la santé constatent une baisse des indicateurs se rapportant aux programmes de vaccination, entre autres ceux afférent à la couverture et à la surveillance. Ceci pourrait avoir de graves conséquences sur les programmes de vaccination nationaux et internationaux, notamment ceux visant l'éradication de la rougeole. Les gouvernements devraient s'attacher de près au maintien de la qualité et de l'efficacité des programmes nationaux d'immunisation afin d'éviter qu'une zone puisse se constituer en foyer d'infection pouvant contaminer les communautés ou les pays voisins.

Recommandations

- Il est évident que la décentralisation a un impact positif indéniable en matière de réforme du système de santé dans la mesure où elle permet le renforcement de ce dernier. Pour cependant obtenir une satisfaction de façon définitive, il serait nécessaire de mener de manière cohérente dans l'ensemble des pays de la Région des campagnes de santé tels que des programmes nationaux de vaccination à performance adéquate dans tous les domaines.

Financement

- Les programmes de vaccination et de surveillance devraient être considérés comme des biens publics essentiels et leur financement devra faire appel à des ressources publiques. Il reviendra aux gouvernements nationaux de contrôler l'emploi de ressources réservées au financement des programmes nationaux de vaccination provenant de l'extérieur.
- Toute législation devra prévoir dans son budget des fonds destinés à financer les programmes de vaccination.
- Les gouvernements doivent se réserver le droit de surveiller et de contrôler le déroulement des programmes de vaccination tant au niveau local que de l'État.
- Des accords de performance sont de plus en plus fréquemment insérés dans les processus de décentralisation aux fins d'attribution budgétaire. Les gouvernements nationaux devront s'assurer que des indicateurs immunitaires seront également inclus dans ces accords de performance passés au niveau local.

Prestation des services de vaccination

- Les autorités sanitaires devront assurer la mise en place des capacités techniques et de gestion au niveau local afin de veiller au bon déroulement du programme de vaccination. Ces mesures seront d'importance capitale pour mener à bien ce projet et démontrent de façon évidente que la vaccination demeure une priorité et qu'elle est fournie de façon équitable.

Programmatique

- La vaccination et ses indicateurs de surveillance devraient être utilisés pour contrôler l'impact de la décentralisation et de la réforme du secteur de la santé.
- Les gouvernements devront s'assurer que le compte rendu du personnel responsable de la notification des données épidémiologiques sur les maladies évitables par la vaccination est conforme aux procédures standardisées.

2. L'éradication de la rougeole

Des pas importants ont été faits dans la plupart des pays de la Région vers l'interruption de la transmission de la rougeole. Ce virus continue toutefois de circuler dans diverses zones de la Région à 21 mois de la date butoir de l'éradication de la rougeole dans l'ensemble de la Région.

Recommandations

Stratégies de vaccination

- La pleine application de la stratégie recommandée par l'OPS est primordiale pour tous les pays de la Région afin d'y assurer l'éradication de la rougeole.
- La vaccination systématique des nourrissons (vaccination de *continuation*) est l'une des composantes critiques de la stratégie de l'OPS en matière d'éradication de la rougeole. Des efforts seront à faire afin de vacciner, chaque année, $\geq$ 95 % des nourrissons, dès que possible après leur premier anniversaire, dans chacun des districts de chaque pays.
- La couverture vaccinale devra être surveillée au niveau du district ou de son équivalent géographique, en utilisant les dénominateurs appropriés pour la population ciblée. Des activités vaccinales supplémentaires (*balayage*) devront être effectuées dans les districts qui n'auront pas atteint le niveau de couverture de 95 %. Ces activités pourront inclure la vaccination porte-à-porte.

- Des campagnes de vaccination contre la rougeole seront menées dans le cadre des activités de *suivi* lorsque le nombre d'enfants prédisposés à la maladie et âgés de 1 à 4 ans, se rapprochera de celui des enfants d'une cohorte de naissance. Dans la plupart des pays, ces campagnes seront réalisées tous les quatre ans ou de façon plus rapprochée, le cas échéant (selon le niveau de couverture dégagé des programmes de vaccination systématique et d'autres données épidémiologiques).
- Dans les pays bénéficiant de programmes de contrôle de la rubéole/syndrome congénital de la rubéole, des vaccins morbilleux et antirubéoleux devront être employés pour la vaccination systématique des nourrissons ainsi que pour les campagnes de *suivi* et les activités d'intervention en cas d'éclosions.
- Les travailleurs de la santé courent le risque d'être exposés au virus de la rougeole et de devenir ainsi des sources potentielles de transmission du virus dans les établissements de santé. Toute personne travaillant dans un environnement sanitaire et côtoyant des enfants ou des personnes atteintes de maladies contagieuses devra être vaccinée contre la rougeole, quel que soit son antécédent médical ou l'état de son certificat de vaccination. Des vaccins antirubéoleux devront être employés à cet effet.

Interventions en cas d'éclosion

- L'expérience récente dégagée d'éclosions en Amérique latine a démontré que les risques de contagion de la rougeole pendant ces périodes d'éclosion sont plus élevés pour certains groupes d'adultes. Ces groupes bien que capables de supporter les éclosions de la rougeole n'en demeurent pas moins les vecteurs de transmission de cette dernière à des individus qui en sont prédisposés. Du fait des différences qui existent entre les situations épidémiologiques parmi les pays, il n'est pas possible de faire des recommandations d'ordre général quant aux groupes d'adultes à vacciner. En cas de suspicion de circulation de la maladie, il sera conseillé de vacciner le plus rapidement possible les groupes de personnes suivants : les maîtres d'école, les étudiants d'université, le personnel militaire et les personnes vivant ou travaillant in muros dans des installations telles que les prisons, les usines, les camps de travail et les installations de soins médicaux chroniques.
- Des activités pertinentes de recherche et d'analyse devront être menées afin de recueillir toutes les données utiles à la prévention et au contrôle d'éclosions futures. Des efforts devront être fournis pour déterminer les sources d'introduction du virus morbilleux, les modèles de transmission et les facteurs de risque spécifiques de contagion de la maladie.
- Il ne sera plus nécessaire de procéder à une prise de sang régulière pour tout cas soupçonné atteint de maladie dès que la circulation du virus de la rougeole sera confirmée par des études sérologiques. De nombreux cas suspects pourront être confirmés par liaison épidémiologique directe entre le laboratoire et le cas suspect.

Surveillance et laboratoire

- La surveillance de la rougeole est un élément critique qui permet de faire une étude comparative entre les progrès réalisés et l'objectif fixé, à savoir, son éradication dans la Région des Amériques et sa détection dans les domaines qui posent des problèmes.
- Tous les pays devront faire parvenir des données hebdomadaires au Système régional de surveillance pour l'éradication de la rougeole (MESS) afin de suivre l'évolution des progrès accomplis en vue de l'éradication de la rougeole.
- Chaque pays devra faire procéder à une évaluation objective de son système de surveillance de façon régulière et s'assurer que tout se déroule conformément au système d'évaluation mis en place par l'OPS. Les pays devraient en permanence travailler à l'amélioration de la qualité du système de notification.
- La surveillance virologique et l'épidémiologie moléculaire peuvent être source d'informations importantes pour un programme d'éradication. Des échantillons cliniques appropriés pour l'isolement viral devraient être prélevés chez chaque groupe susceptible de transmettre la rougeole. Les échantillons d'urine, l'échantillon le plus facile à obtenir dans la pratique d'isolement du virus morbilleux, devraient être prélevés dans les 7 jours qui suivent les premières inflammations et envoyés à un laboratoire de référence pouvant procéder à l'isolement du virus.

3. La rubéole et le syndrome congénital de la rubéole

Le virus de la rubéole continue de circuler librement dans la plupart des pays de la Région. Après des recherches exhaustives, on a constaté que les cas quelque fois suspectés d'être morbilleux se sont avérés rubéoleux. Par ailleurs, des cas de syndrome congénital de la rubéole (SCR) ont été constatés dans tous les pays disposant de systèmes de surveillance. Eu égard à cette évidence, force est de penser que le SCR est un problème majeur de la santé publique pour tous les pays des Amériques.

Recommandations

Stratégies de la vaccination

- Tous les pays devront inclure des vaccins anti-rubéoleux dans leurs programmes de vaccination infantile, tant dans le cadre des vaccins administrés régulièrement aux enfants de 12 mois que dans le cadre des campagnes de *suivi*. En outre, des efforts seront nécessaires pour augmenter la résistance chez des femmes en âge de procréer et dont la défense face à la rubéole est faible. Pour protéger ces femmes, il serait nécessaire d'adopter des stratégies telles que la vaccination post-partum, d'inclure la vaccination dans le programme des centres de contrôle des naissances et dans les écoles et sur les lieux de travail.
- Il est démontré de façon assez sûre que la vaccination contre la rubéole ne comporte aucun risque chez la femme pendant la grossesse. On évite cependant de vacciner les femmes enceintes afin d'éviter que le vaccin ne soit mis en cause en cas d'éventuelles complications. Tout avortement est par ailleurs déconseillé aux femmes vaccinées et dont la grossesse n'est découverte qu'ultérieurement. Enfin, il n'est pas nécessaire de conseiller aux femmes d'éviter une grossesse pendant les 3 mois qui suivent la vaccination antirubéoleuse faute d'évidence de risque.

Surveillance et laboratoire

- La surveillance de la rubéole devrait être intégrée à la surveillance de la rougeole. Le but de la surveillance de la rubéole est de détecter toute circulation du virus rubéoleux et non pas de détecter chaque cas de rubéole. Un système séparé de surveillance de la rubéole n'est pas nécessaire. Tout sérum provenant de cas suspectés de rougeole et donnant des résultats négatifs pour les anticorps IgM de la rougeole, devra ensuite être analysé pour les anticorps IgM de la rubéole et vice-versa.
- La surveillance du SCR devrait être faite dans tous les pays des Amériques. Le but de la surveillance du SCR est de détecter tout cas nouveau ou incident de SCR chez les nourrissons. Les efforts destinés à confirmer la présence du SCR chez les enfants plus âgés ne doivent pas être routiniers.
- À l'instar de la surveillance rougeole/rubéole, la confirmation en laboratoire est cruciale pour assurer le diagnostique du SCR. Un échantillon de sang devra être prélevé sur chaque nourrisson suspecté de SCR. Aux fins de surveillance, un seul prélèvement suffit généralement pour confirmer ou écarter la présence de SCR. Néanmoins, bien que les résultats du premier prélèvement pour l'IgM rubéoleux soient négatifs, il peut s'avérer nécessaire, en présence de forte suspicion clinique et/ou épidémiologique de SCR, de procéder à un deuxième prélèvement aux fins de confirmation.
- Il y a peu de données disponibles sur l'épidémiologie moléculaire de la rubéole dans les Amériques. Au même titre que la surveillance du virus morbilleux, la surveillance du virus rubéoleux peut fournir d'importantes données sur les sous-types de virus qui circulent actuellement dans la Région. Des efforts seront nécessaires afin de collecter divers échantillons cliniques appropriés aux fins d'isolement des virus dans chaque cas d'éclosion vérifiée de rubéole. Les échantillons prélevés par aspiration naso-pharyngienne seront préférés aux fins d'isolement du virus de la rubéole. Les prélèvements devront être collectés dans les 4 jours suivant la première éruption et adressés au laboratoire de référence approprié.

4. La poliomyélite

La Région des Amériques continue de courir le risque d'importations de la polio de pays où le virus est encore largement répandu. Le virus poliomyélitique est actuellement limité au sud-est de l'Asie, en Afrique occidentale, l'Afrique centrale et la corne de l'Afrique. Il y a cependant déjà eu deux nouvelles importations au Canada depuis le dernier cas de paralysie flasque aigu (AFP) de poliovirus sauvage dans les Amériques en 1991.

Les données nationales continuent de faire état d'une détérioration dans la surveillance de l'AFP dans certains pays. Il est d'une importance critique de s'assurer du plein fonctionnement du système de surveillance de l'AFP afin de détecter rapidement, dans l'ensemble de la Région, la présence du poliovirus si celui-ci venait à être réintroduit.

L'éradication de la polio dans l'ensemble de la Région des Amériques est un jalon reconnu de la santé publique. Après avoir gardé la Région à l'abri de la polio pendant 7 ans, il serait dramatique de voir le poliovirus réintroduit dans la Région. Un engagement ferme de la sphère politique de *tous* les pays sera nécessaire pour protéger les populations et éviter que cette maladie ne se réintroduise dans la Région.

Recommandations

Générales

- Les pays devront maintenir une couverture de vaccination de 95 % avec l'OPV (vaccin antipoliomyélitique par voie orale) dans 80 % des districts ou leur équivalent géopolitique. Les pays qui ne seraient pas en mesure d'atteindre ce niveau de couverture devront assurer la réalisation d'au moins deux Journées nationales de vaccination (JNV). Les campagnes de *suivi* de vaccination antimorbilleuse constitueront l'occasion d'administrer l'OPV.
- Tous les pays devront renforcer les indicateurs clés de surveillance et de notification AFP :
  - Les systèmes de surveillance devront détecter au moins un cas d'AFP pour 100 000 personnes de < 15 ans.
  - Dans au moins 80 % des cas d'AFP, il sera suivi d'un prélèvement adéquat de selles **dans les 15 jours** suivant la survenue de la paralysie.

Laboratoire

- Tous les gouvernements devront s'assurer que les Directives de l'OPS pour l'application de la phase I du Plan mondial d'action pour l'éradication du poliovirus sauvage sont respectées.

5. Le tétanos néonatal

Des progrès remarquables ont été accomplis vers l'élimination du tétanos néonatal (TNN) comme problème de santé publique dans l'ensemble des Amériques. En 1998, 16 pays de la Région ont indiqué la présence de 223 cas de TNN. Ceci représente une réduction de 85 % grâce aux efforts intensifs déployés en 1998.

Recommandations

- Les anatoxines diphtérique et tétanique (dT) est le vaccin de choix employé pour la prévention du TNN parmi les femmes en âge de procréer (FAP).
- Des efforts intenses (phase d'attaque) devront être déployés dans les districts à hauts risques afin d'atteindre une couverture à 90 % avec au moins deux doses de dT parmi les FAP. En outre, les efforts de vaccination en cours restent nécessaires pour s'assurer qu'au moins 90 % de toutes les nouvelles cohortes de FAP auront reçu une dose de dT.
- Il est possible de réduire sensiblement le nombre d'occasions manquées de vacciner les FAP en administrant du dT à toutes les mères qui se rendent dans un centre de santé, quelque soit la raison qui les y amène. Les antécédents immunitaires des femmes qui se rendent dans des cliniques prénatales devront être examinés. Au moins deux doses de dT devront être administrées aux femmes qui n'en auraient pas préalablement reçu.
- De nombreux cas de TNN ont été décelés parmi les enfants de mères ayant déjà eu un ou plusieurs enfants vivants. Le vaccin dT peut être administré post-partum dans les installations

sanitaires comme moyen supplémentaire de palier aux occasions manquées de prévention du TNN.

6. La fièvre jaune

Il a été signalé 1 900 cas de fièvre jaune dans les campagnes au cours des 10 dernières années dans la Région des Amériques; bien qu'il n'y ait eu aucun cas de fièvre jaune en région urbaine depuis 1942. Ces notifications ont été faites en Bolivie, au Brésil, en Colombie, dans la région de l'Équateur, au Pérou, en Guyane et au Vénézuela. Ces cas, bien que contractés dans les zones endémiques ont cependant été diagnostiqué en milieu urbain. La vaste dissémination du moustique *Aedes oegypti* dans la Région est une préoccupation croissante du fait de la réintroduction possible par ce vecteur de la fièvre jaune en région urbaine.

La gravité du problème relatif à de la fièvre jaune dans la Région nécessite un engagement, de la part des concernés, en matière de stratégies de vaccination et de surveillance en vue du contrôle et de la prévention de la maladie.

Recommandations

- Les pays à fièvre jaune endémique devront s'assurer qu'un niveau de couverture vaccinale de 100 % est atteint dans les zones de fièvre enzootique et dans celles avoisinantes qui connaissent une infestation de l'*A. oegypti.* De telles mesures assureront la protection des personnes exposées au cycle sylvatique et aideront à prévenir l'introduction de la maladie dans les milieux urbains.
- Du fait de la difficulté à prédire les mouvements démographiques, les pays à mouvements migratoires réguliers de zones enzootiques à des zones non enzootiques devront envisager le lancement de campagnes massives de vaccination visant à vacciner l'ensemble de la population. Le Brésil a déjà prévu de mener de telles campagnes.
- Le vaccin de la fièvre jaune est recommandé pour tout voyageur se rendant en zone enzootique.
- Les pays à risque devront inclure le vaccin de la fièvre jaune dans leurs programmes de vaccination infantile systématique afin de garantir un maximum d'immunité contre la fièvre jaune aux populations.

7. Le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b

Des vaccins anti-*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) efficaces et sans risque sont disponibles. Ces vaccins ont eu un impact significatif pour réduire l'incidence du Hib dans les pays qui ont introduit ce vaccin dans leurs programmes de vaccination infantile systématique avec pour résultat une couverture élargie. Des progrès remarquables ont été accomplis dans les Amériques grâce à l'introduction du vaccin anti-Hib. L'OPS estime que d'ici décembre 1999, environ 81% des nouveau-nés dans la Région (75 % en Amérique latine et dans les Caraïbes) vivront dans des pays dont les programmes de vaccination systématique des nourrissons incluront le vaccin anti-Hib.

Recommandations

- Le vaccin anti-Hib devra être inclus dans le cadre des programmes de vaccination systématique dans chacun des pays de la Région une fois la stabilité établie.
- Les pays qui introduiront le vaccin anti-Hib devront en assurer la surveillance ainsi que la notification de la couverture vaccinale.
- L'acquisition, par le biais du Fonds de roulement de l'OPS, du vaccin anti-Hib ou de vaccins combinés contenant l'antigène de l'Hib pourront apporter une réduction sensible des coûts.
- Les pays devront se doter de systèmes de surveillance par réseau sentinelle qui leur permettront de suivre les maladies rattachées à l'Hib et de mesurer l'impact de l'introduction du vaccin. Tous les pays de la Région devront instaurer des postes sentinelles de surveillance basés dans les hôpitaux pour la méningite et la pneumonie dues à l'*H. influenzae* de type b et la *Streptococcus pneumoniae*. La surveillance devra s'intégrer aux systèmes déjà en place et les renforcer.

Vaccins combinés

- La disponibilité et l'emploi de vaccins combinés avec des vaccins antidiphtériques, antitétaniques et anticoquelucheux (DCT) simplifiera l'administration de vaccins antigène contre les principales maladies infantiles. En outre, ceci réduira à la fois le nombre d'injections administrées aux nourrissons et aux enfants et le nombre de visites aux centres de santé, tout en accroissant le niveau de conformité et de couverture.
- Les pays qui incluront les vaccins DCT, Hib et/ou hépatite B dans leurs programmes systématiques de vaccination devront envisager d'introduire des vaccins contenant quatre a cinq antigènes dans leurs vaccins combinés.

8. Le vaccin rotavirus

L'infection du rotavirus contribue largement à la morbidité et à la mortalité infantile dans le monde, dues aux maladies diarrhéiques. Dans les pays en développement, le rotavirus est responsable de proportions élevées de la mortalité due aux épisodes diarrhéiques, notamment chez les enfants de < 5 ans.

Un vaccin vivant et à administrer par voie buccale est disponible depuis 1998. Bien que le vaccin contre le rotavirus soit un candidat potentiel aux programmes nationaux de vaccination, il reste encore à mieux comprendre l'épidémiologie du rotavirus et le fardeau que constitue cette maladie dans les différents pays. Chaque pays devra éventuellement faire le point sur l'incidence économique de l'introduction de ce vaccin dans leurs programmes de vaccination.

Recommandations

- Des études devront être menées afin de mieux cerner le fardeau de cette maladie sur la santé, définir l'épidémiologie du rotavirus et permettre une analyse approfondie des aspects économiques se rattachant à l'introduction du vaccin contre le rotavirus.

- Les pays devront constituer des comités consultatifs techniques et scientifiques solides pouvant porter conseils aux gouvernements sur l'introduction du vaccin contre le rotavirus et autres vaccins nouveaux. Ces comités consultatifs contribueront au choix de vaccins facilement tolérés, rentables et appropriés devant être incorporés aux programmes nationaux de vaccination.

9. Les vaccins de qualité

L'emploi de vaccins de qualité reconnue est essentiel pour les programmes de vaccination. Bien que le fabriquant soit le premier responsable de l'assurance de qualité des vaccins, des autorités nationales devront, dans chaque pays, assumer six fonctions régulatrices de base : l'accord de licences, les évaluations cliniques, les inspections de bonnes pratiques de fabrication (BPF), l'émission de lots, les épreuves en laboratoire, et la surveillance post-commerciale. L'OPS s'est attelée à renforcer son système de contrôle des vaccins dans la Région en organisant un réseau de laboratoires nationaux assermentés responsables de mettre au banc d'essai tout vaccin qui leur parvient à cet effet, et en uniformisant les procédures des autorités régulatrices nationales des pays de la Région.

Recommandations

- Il est essentiel que les programmes de vaccination emploient des vaccins de qualité fabriqués conformément aux normes internationales de sécurité, de dosage, d'efficacité et de stabilité. L'on s'attend à ce que les pays de la Région atteignent ce but d'ici l'an 2000.
- Les fabriquants de vaccins devront utiliser des systèmes de qualité garantissant une production uniforme de vaccins conforme aux BPF, aux normes nationales et aux prescriptions de l'OMS sur la qualité et la fabrication des vaccins.
- Le respect des normes internationales de qualité des vaccins est un facteur essentiel qui devra être retenu lors d'études de faisabilité économique et technique sur la production des vaccins.
- Les gouvernements de la Région devront, par l'entremise de leurs autorités régulatrices nationales assurer un contrôle efficace de la qualité des vaccins employés dans leur pays.

10. L'hépatite B

L'on calcule qu'approximativement 400 000 nouveaux cas d'infection par l'hépatite B surviennent chaque année dans les Amériques. Dans les zones hautement endémiques, la transmission survient surtout de manière périnatale ou chez les jeunes enfants. Dans les zones d'endémicité moyenne, l'infection atteint tous les groupes d'âge. Dans les zones de séroprévalence moindre de l'hépatite B, la plupart des infections surviennent chez les adultes, surtout parmi les personnes appartenant à des groupes de risques définis. Du fait que la constitution de l'infection chronique est relative à l'âge, les enfants constituent une forte proportion des infections chroniques de l'hépatite B. Le risque d'une infection chronique est le plus grand lorsque l'infection survient à un très jeune âge.

Recommandations

- La vaccination infantile universelle et administrée de façon systématique devra être la stratégie fondamentale de prévention contre le virus de l'hépatite B (VHB).
- Dans les zones hautement endémiques (prévalence de l'antigène de surface [HbsAg] de l'hépatite B > 7 %), une campagne de vaccination devra être menée sur l'ensemble de la zone.
- Les travailleurs de la santé qui courent le risque d'être exposés à du sang ou autres fluides corporels devront être vaccinés de façon systématique.
- La couverture vaccinale devra être suivie périodiquement.

11. L'utilisation des seringues aseptisées

La pratique d'injection non stérile continue d'être un problème dans certaines zones. Un approvisionnement insuffisant en seringues et en aiguilles semble en être le facteur principal. Des injections septiques peuvent être cause de transmission de pathogènes par voie sanguine de personne à personne.

Recommandations

- La seule façon de s'assurer que le matériel employé pour une injection ne sera pas réutilisé est d'employer des seringues d'utilisation unique qui se détruisent après utilisation.
- L'OPS devra apporter un soutien aux études portant sur la mise au point de dispositifs à injection sans aiguille.

12. La sûreté de la vaccination

L'immunisation a réduit à échelle mondiale la fréquence des maladies évitables par la vaccination. Il est donc important de conserver la confiance du public dans le domaine de la vaccination. Force nous est cependant ici de noter que, les vaccins modernes bien que sûrs et efficaces, n'en sont pas moins dépourvus de risques ou d'effets négatifs parfois importants. Le contrôle périodique de la qualité des vaccins est le seul moyen de prévenir ces risques et de garantir son action.

Recommandations

- Tous les travailleurs de la santé ainsi que les administrateurs des programmes devraient être bien informés sur les questions relatives à la sûreté de la vaccination.
- Des effets adverses pouvant être associés à l'administration d'un vaccin devraient être rapidement notifiés.
- Les systèmes de santé devraient réagir de façon diligente et adéquate en menant des recherches prudentes en la matière.
- Les données relatives aux effets adverses rattachés de manière causale à la vaccination devront être circulées parmi les gestionnaires et les travailleurs de la santé de la Région participant aux programmes de vaccination.
- L'OPS convoquera un Groupe de travail dans le but de proposer des méthodes qui permettront de surveiller l'innocuité de la vaccination dans l'ensemble de la Région.

Membres du groupe de conseils techniques

John Peter Figueroa (Jamaïque), Donald A. Henderson, président (États-Unis), Akira Homma (Brésil), John La Montagne (États-Unis), Joseph Z. Losos (Canada), Fernando Muñoz Porras (Chili), Walter Orenstein (États-Unis), Roberto Tapia Conyer (Mexique), Ciro A. de Quadros, secrétaire ad hoc (États-Unis).

Pour obtenir une version complète du rapport, veuillez vous reporter à l'addresse Web suivante : www.paho.org/english/hvp/hvp_home.htm

Note de la rédaction : La recommandation du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada à l'égard de la vaccination anti-rubéole et la grossesse veut que les femmes en âge de procréer soient conseillées d'éviter de tomber enceintes pendant 1 mois après leur vaccination. Le CCNI recommande également de s'assurer qu'une femme n'est pas enceinte avant d'administrer le vaccin car il faut éviter de vacciner les femmes enceintes.

Notes internationales

La rougeole dans les Amériques à l'approche de l'an 2000

Adaptation du Fact Sheet N° 15, Division des vaccins et de l'immunisation, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington (D.C.)

Après une recrudescence des cas de rougeole dans la région des Amériques en 1997, le nombre de cas signalés a diminué en 1998. À l'approche de l'an 2000, la collaboration entre tous ceux qui travaillent à l'éradication de la rougeole est plus importante que jamais, si nous voulons réaliser cet objectif!

Quatre années se sont écoulées depuis que l'objectif d'éradication de la rougeole des Amériques a été établi à la Conférence sanitaire panaméricaine de 1994. La majorité des pays de la région réussissent toujours à endiguer la maladie et à prévenir les éclosions en adoptant la stratégie de vaccination recommandée par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour l'éradication de la rougeole. Bien que d'importants progrès aient été réalisés en vue d'atteindre cet objectif, le nombre annuel de cas signalés ayant en effet diminué de façon marquée, le virus de la rougeole continue de circuler dans quelques pays de la Région.

Les répercussions de l'éclosion de rougeole dans le sud du Brésil à la fin de 1997 (plus de 52 284 cas confirmés) continuent de se faire sentir dans les pays du cône sud, en particulier l'Argentine, la Bolivie et le Paraguay. Le bilan provisoire des cas confirmés dans la Région des Amériques en 1998 s'établit à 12 940, ce qui représente une réduction de 75 % par rapport au nombre de cas confirmés en 1997. Les éclosions de rougeole au Brésil et en Argentine en 1997 et 1998 a encore une fois prouvé la létalité du virus rougeoleux. Plus de 100 décès associés à la rougeole ont été signalés au cours des 2 dernières années dans ces deux pays; la plupart des victimes étaient des nourrissons non vaccinés et des enfants d'âge préscolaire.

Ces éclosions soulignent l'extrême infectivité du virus de la rougeole et l'importance d'obtenir et de maintenir une couverture vaccinale élevée chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire, en particulier ceux qui vivent en milieu urbain. L'expérience vécue dans les Amériques montre que la forte densité démographique dans les villes facilite grandement la transmission du virus rougeoleux des personnes infectées aux personnes réceptives, en particulier lorsque le nombre de nourrissons et d'enfants réceptifs est élevé en raison d'une faible couverture vaccinale dans les programmes de vaccination systématique contre la rougeole.

Il reste encore quatre importants défis à relever pour atteindre l'objectif d'éradication de la rougeole d'ici l'an 2000 dans la Région.

Premier Les pays des Amériques doivent demeurer vigilants en maintenant la plus grande couverture vaccinale possible chez les nourrissons et les enfants en offrant des services d'immunisation systématique.

Deuxième Tous les pays doivent mener des campagnes de vaccination de rappel contre la rougeole chez les enfants de 1 à 4 ans, au moins tous les 4 ans, pour éviter que le nombre d'enfants réceptifs n'aille en augmentant. C'est un important volet de la stratégie de vaccination recommandée par l'OPS pour l'éradication de la rougeole.

Troisième Tous les pays des Amériques devraient accorder la priorité à la surveillance de la rougeole afin de pouvoir effectuer des enquêtes rigoureuses sur les cas et les éclosions.

Quatrième Les pays devraient affecter suffisamment de ressources pour maintenir des stocks adéquats de vaccins contre la rougeole et d'autres fournitures, pour pouvoir offrir des services d'immunisation systématique, pour mener des campagnes prévues de vaccination de rappel et pour accélérer l'adoption de mesures de lutte en cas d'éclosion.

L'OPS invite les pays à adopter une approche proactive afin de prévenir les éclosions de rougeole. Les éclosions ont cependant permis de renforcer la surveillance et d'obtenir les appuis politiques nécessaires pour atteindre l'objectif d'éradication de la rougeole d'ici l'an 2000. Il faudra toutefois déployer beaucoup plus d'efforts pour l'analyse de ces éclosions, la diffusion des connaissances tirées de l'expérience des travailleurs de la santé et la présentation de ces renseignements aux décideurs.

Il sera essentiel d'appliquer *intégralement* la stratégie de vaccination recommandée par l'OPS pour l'éradication de la

rougeole et d'inclure d'autres groupes qui peuvent courir un risque élevé de rougeole, tels que les travailleurs de la santé, les étudiants et les enseignants des niveaux collégial et universitaire, le personnel militaire et les personnes travaillant dans l'industrie touristique. Si l'on veut éradiquer la rougeole, la couverture obtenue par les programmes de vaccination systématique annuelle doit être d'au moins 95 % dans tous les districts ou municipalités de tous les pays de la région et les campagnes de *rappel* doivent être menées tous les 4 ans chez les enfants de 1 à 4 ans.

Ensemble, nous éradiquerons la rougeole des Amériques!

Questions et réponses

À partir du présent numéro, *Mise à jour* offrira une nouvelle chronique ponctuelle intitulée *Questions et réponses*, qui fera état des questions importantes ou récurrentes qui nous sont posées ainsi que des réponses qui leur ont été données par les autorités nationales et provinciales/territoriales de santé publique compétentes en la matière ou par des comités consultatifs d'experts. Le but de cette chronique est de diffuser le plus largement possible l'information susceptible d'avoir une pertinence pour les programmes d'immunisation et leurs employés, qui peuvent avoir à répondre à des questions du même ordre. Coordonné par la Division de l'immunisation, ce service verra à favoriser l'échange d'information entre les lecteurs ayant des intérêts ou des préoccupations communes. Les questions pourront être reformulées, mais nous nous efforcerons dans la mesure du possible de respecter l'original de façon à refléter la situation réelle. Nous ferons en outre tout notre possible pour que l'information fournie dans la chronique *Questions et réponses* soit exacte sur le plan des faits et conforme aux politiques et lignes directrices nationales; cette information ne représentera cependant pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada. Les lecteurs qui possèdent de l'information à propos des sujets abordés sont priés de communiquer avec l'équipe de rédaction.

Q : Nous traitons un enfant immunisé avec un vaccin appelé Tétralife ou Tétra... – le dossier de vaccination est illisible. Je suppose qu'il s'agit d'une forme de vaccin DPT-Hib. Je me demande aussi s'il s'agit d'un vaccin anticoquelucheux à bacilles entiers. Pourriez-vous nous éclairer au sujet du calendrier de vaccination des nourrissons en Afrique du Sud. (*Saskatchewan*)

R : On peut obtenir des informations sur le Programme élargi de vaccination (PEV) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le site Web (en anglais seulement) à l'adresse suivante : www.who.int/gpv/. Pour obtenir des renseignements sur l'immunisation propres à un pays particulier, cliquez sur «Diseases + Vaccines», puis sur «Country Immunization Profiles» et sur «Alphabetic Index». On peut aussi télédécharger des dossiers en Excel sur les calendriers de vaccination et les taux de couverture vaccinale par pays. Ce site Web est une ressource inestimable pour tout fournisseur de vaccins local/régional/provincial/territorial ou employé de santé publique (à condition d'avoir accès à Internet) qui veut obtenir des renseignements de base sur l'immunisation pour répondre aux questions posées par les clients provenant d'autres pays. (*Division de l'immunisation, LLCM*)

Note : Des renseignements supplémentaires sur un fabricant de vaccins sud-africain ont été obtenus au moyen d'une recherche sur Internet pour «Tetralife», et fournis avec la réponse à titre de source d'information potentielle au sujet du produit en question.

Annonce

RAPPEL
Avis à nos lecteurs

Nous désirons vous rappeler que l'avenir de cette publication dépend de l'intérêt que vous y portez et de l'information que vous y contribuez. Les gens sur le terrain nous font savoir que ce bulletin d'information leur est précieux – car il sert de forum permettant aux provinces et territoires de mettre en valeur non seulement leurs réalisations et les faits qui les intéressent, mais également de partager les programmes et activités de leur domaine avec plus de 1 200 professionnels en santé publique. Nous vous encourageons donc de continuer à nous soumettre des écrits au sujet de programmes et de politiques épidémiologiques pour fins de publication.

La *Mise à jour* comporte maintenant une rubrique annonçant les conférences et événements à venir du domaine des maladies évitables par la vaccination. Veuillez nous en tenir au courant!

Vous êtes libre de nous soumettre un matériel original ou déjà publié ailleurs. Veuillez le faire parvenir à la rédaction de *Mise à jour* soit par télécopieur (613-952-7948), courriel (adwoa_bentsienchill@hc-sc.gc.ca), ou courrier (à l'attention de La rédaction, Mise à jour : maladies évitables par la vaccination, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, pré Tunney, IA 0603E1, Ottawa (Ontario) K1A 0L2).

Erratum

Description et épidémiologie des maladies causées par le virus varicelle-zona : à la recherche de meilleures méthodes de lutte – Partie 1

Volume 6, N° 4 – Paragraphe 5, page 36

Veuillez noter dans le paragraphe 5, ligne 4, «(jusqu'à 25 pour **10 000**[(6)])» devrait se lire «(jusqu'à 25 pour **100 000**[(6)])».

Rapport d'une surveillance améliorée de la rougeole

Sommaire de cas signalés au Canada selon la semaine d'apparition* (1er janvier au 30 juin 1999)		
Semaine se terminant	**Apparition de l'éruption (semaine de l'année)**	**Cas confirmés**
2 janv.	53	0
9 janv.	1	0
16 janv.	2	0
23 janv.	3	0
30 janv.	4	1
6 fév.	5	1
13 fév.	6	0
20 fév.	7	1
27 fév.	8	0
6 mars	9	0
13 mars	10	0
20 mars	11	0
27 mars	12	0
3 avril	13	0
10 avril	14	0
17 avril	15	0
24 avril	16	0
1 mai	17	0
8 mai	18	0
15 mai	19	0
22 mai	20	1
29 mai	21	0
5 juin	22	0
12 juin	23	0
19 juin	24	0
26 juin	25	0
TOTAL	–	**4**

* Conforme aux cas confirmés signalés au Système de surveillance améliorée de la rougeole, Division de l'immunisation, LLCM.

Tableau récapitulatif des maladies évitables par la vaccination

Nombre cumulatif de cas déclarés* pour certaines maladies choisies, Canada, de janvier-juin 1997-1999

Divisions de l'immunisation et de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa

Maladie	janv–juin 1997	janv–juin 1998	janv–juin 1999
Diphtérie	1	0	1
Haemophilus influenzae de type b	12	15	11
Rougeole§	382	8	4
Oreillons	154	35	24
Rubéole¶	2 305	41	13
Rubéole congénitale	1	1	0
Coqueluche	1 114	772	1 659
Poliomyélite paralytique	0	0	0
Tétanos	1	0	0

* D'après le nombre de cas signalés au *Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire*, Division de la surveillance des maladies, LLCM; les données pour 1998 et 1999 sont provisoires. De plus, les totaux cumulatifs pour l'année en cours ne correspondent peut-être pas aux totaux nationaux parce que les rapports des provinces et des territoires ne sont pas complets.

§ Les données relatives à la rougeole sont fondées sur les cas déclarés au *Système de surveillance améliorée de la rougeole*, Division de l'immunisation, LLCM.

¶ Environ 98 % des cas de rubéole déclarés en 1997 ont été signalés par le Manitoba qui a connu une éclosion de cette maladie entre octobre 1996 et décembre 1997.

Conférences/événements à venir

Semaine nationale de la sensibilisation à l'immunisation
25 au 30 octobre 1999

Exposition d'un réseau de registres d'immunisation
Régina
6 au 8 décembre 1999

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Nous invitons les personnes intéressées à présenter des notes épidémiologiques et des rapports pertinents, étant donné que le succès de cette initiative dépend de l'intérêt et de la collaboration des lecteurs. En ce qui concerne la publication dans le bulletin, l'ordre de priorité sera déterminé en fonction de la pertinence de l'article. Il ne s'agit pas d'une publication officielle, et les opinions de même que les interprétations ne refléteront pas nécessairement la position de Santé Canada. Le bulletin sera distribué gratuitement, et toute personne qui souhaite en recevoir un exemplaire régulièrement doit communiquer avec la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (Ontario) K1A 0L2; téléphone (613) 957-1340; télécopieur (613) 952-7948. On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc

Éditeurs :
Adwoa Bentsi-Enchill
Paul Varughese
Division de l'immunisation
Bureau des maladies infectieuses
Tél. : (613) 957-1340
FAX : (613) 952-7948

Préparation :
Services de rédaction et de production
Division de la diffusion
Bureau de la planification stratégique et gestion des risques

Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada
Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2

ISSN 1485-0230 (En direct) ISSN 1481-1014