



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



44^e CONSEIL DIRECTEUR 55^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22-26 septembre 2003

Point 4.10 de l'ordre du jour provisoire

CD44/13 (Fr.)

16 juillet 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

PANDÉMIE DE GRIPPE : PRÉPARATIFS DANS L'HÉMISPÈRE OCCIDENTAL

Dans le passé, les pandémies de grippe ont été précédées de peu d'avertissement. En 1918, l'absence d'un système actif de surveillance retarda le dépistage d'une pandémie qui fut identifiée seulement après une large augmentation de la maladie due à la propagation déjà généralisée dans divers pays d'un type de virus grippal dramatiquement différent. Même avec l'application de procédures de laboratoire en vigueur pour l'examen du virus grippal, relativement peu d'échantillons furent acheminés au Centre de référence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pendant la pandémie de 1968. Par contre, aujourd'hui, il existe quatre Centres de référence et de recherches sur la grippe. Chaque année, ceux-ci isolent des milliers de spécimens, identifient de nouveaux virus en recourant à la méthode de séquence rapide du génome, pour en communiquer les résultats. De surcroît, les connaissances au sujet du virus animal de la grippe se sont accrues.

Cependant, il demeure impossible de prédire le début d'une pandémie de grippe. La mise en place de mesures de contrôle (comme la fabrication de nouveaux vaccins) requiert plus de temps que l'on en dispose avant que ne se déclenche une pandémie. Il n'est pas non plus réaliste de garder des stocks de médicaments antigrippaux en volumes suffisants. Par conséquent, la planification préalable aux pandémies doit avoir lieu avec deux objectifs en vue : une évaluation effective des risques que posent les nouveaux virus, et une gestion performante des risques lorsque les nouveaux virus affichent la capacité de se propager à grande échelle et de causer de graves maladies.

La coopération technique assurée par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) accélérera l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux et sous-régionaux en cas de pandémies en mettant l'accent sur les volets de gestion globale, de surveillance, de stratégies de vaccination, de soins médicaux, de fournitures médicales et de communication. Les présentes commissions nationales de protection civile devraient mettre sur pied un groupe de travail multidisciplinaire de planification nationale en cas de pandémie. Ce groupe serait chargé de concevoir des stratégies appropriées à long terme pour leur pays avant la prochaine pandémie. La responsabilité de la gestion des risques de pandémie de grippe incombe essentiellement aux autorités nationales. Le Comité exécutif a examiné le document et noté avec satisfaction les mesures prises par le Bureau sanitaire panaméricain (PASB) dans le cadre des préparatifs pour la pandémie de grippe. Le Conseil directeur a été invité à formuler des recommandations aux États membres et au Bureau sanitaire panaméricain à ces fins.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction	3
Situation, prévention et contrôle épidémiologiques	4
Coopération technique actuelle.....	7
Stratégies de l'OPS et de l'OMS pour la surveillance, la prévention et le contrôle de la grippe.....	8
Activités programmées.	9
Mesure à prendre par le Conseil directeur	11
Annexe	

Introduction

1. Durant le siècle dernier, les pandémies de grippe ont affecté à divers degrés différentes couches de la population à travers le monde. De 1918 à 1919, la pandémie de Grippe espagnole, dont la cause a été ensuite identifiée comme étant la souche H1N1, plus de 500 000 personnes aux États-Unis d'Amérique et plus de 20 millions à travers le monde perdirent la vie suite à des complications liées à la grippe. Près de la moitié de ces décès comprenait des personnes âgées de 20 à 40 ans et les femmes enceintes ont accusé un taux de fatalité de 30%. La Grippe asiatique de 1957-1958 a été associée à 70.000 morts environ et la Grippe de Hong Kong compte pour environ 34 000 morts aux États-Unis seulement. Le taux d'attaque clinique pendant les épidémies fluctue de 10% et 20% parmi la population en général à plus de 50% dans les communautés fermées, comme les maisons de retraite. On dispose de très peu d'information au sujet de l'incidence sur la santé publique de la grippe dans les régions tropicales où la transmission virale peut se produire pendant toute l'année. Plus de 90% des décès liés à la grippe aux États-Unis sont enregistrés parmi les personnes de 65 ans ou plus. L'hospitalisation se focalise dans les sous-groupes de population d'âge extrême et parmi ceux qui souffrent de troubles respiratoires sous-jacents et de conditions cardiovasculaires..

2. Les plus importants types de virus grippal humain sont les types A et B, qui sont classés en fonction de deux antigènes d'enveloppe : hémagglutinine (H) et neuraminidase (N). Le *virus grippal de type A* contient plusieurs sous-types dont deux d'entre eux, H1N1 et H3N2 ont actuellement une importance épidémiologique. L'instabilité du virus grippal se traduit par des mutations constantes et généralement minimales dans leur composition antigénique, un phénomène connu sous le nom de dérivation antigénique, exigeant chaque année des modifications dans la composition des vaccins contre la grippe.

3. Les plus grandes préoccupations en matière de santé publique sont causées par les changements sensibles enregistrés dans le *virus grippal de type A*, soit par mutation, soit à travers l'échange de gènes du virus de la grippe, ou par la mutation du virus tout entier parmi les espèces-hôtes en des sous-types nouveaux, génétiquement distincts, aux termes d'un processus connu sous le nom de déplacement antigénique. Il en résulte une apparition subite d'une nouvelle souche de virus contre lequel la population peut ne pas avoir d'immunité et pour lequel il peut ne pas exister de vaccin. Il est impossible de prévoir le prochain décalage majeur qui pourrait provoquer une pandémie. Dans le passé, les pandémies de grippe se sont produites en moyenne trois à quatre fois chaque siècle, quand les nouvelles souches virales ont émergé par décalage antigénique et ont été aisément transmises de personne à personne. Si un virus épidémique grippal devait réapparaître, le volume accru et la rapidité des voyages internationaux, de fortes densités démographique dans plusieurs régions, et une urbanisation poussée augmentent la

probabilité de la diffusion et pourront imposer de graves contraintes additionnelles sur l'établissement et la mise en œuvre de mesures de contrôle opportunes de santé publique. Même s'il n'est pas considéré viable de prétendre mettre un frein à la propagation du virus épidémique grippal, l'objectif devrait être de circonscrire le fardeau de la maladie, de minimiser les perturbations sociales et de réduire les pertes économiques.

4. Les récents épisodes de souches animales causant la maladie chez l'être humain viennent étayer l'avis des experts selon lequel une nouvelle pandémie est inévitable. Les modèles épidémiologiques projettent qu'une autre pandémie provoquera probablement 57 à 132 millions consultations externes, 1,0 à 2,3 millions d'admissions à l'hôpital et 280.000 à 650.000 décès en moins de deux ans dans les pays industrialisés seulement.

Situation, prévention et contrôle épidémiologiques

5. La surveillance virologique constitue le fondement des systèmes nationaux et internationaux de surveillance de la grippe. Dans un pays, la surveillance virologique peut se composer d'un simple laboratoire national ou d'un réseau national de laboratoires faisant rapport à un laboratoire national central qui compile les données et les achemine à l'OMS. Les données virologiques peuvent être rapportées par le laboratoire national à l'OMS par l'intermédiaire du système d'établissement de rapports intitulé Flunet, à travers l'Internet .

6. Le dépistage de la grippe dans les Amériques est rapportée par 16 pays dotés de centres nationaux de référence pour la surveillance de la grippe, à savoir : l'Argentine, le Brésil , le Canada, le Chili, la Colombie, Cuba, l'Équateur, la Jamaïque, le Mexique, le Pérou, la Trinité-et-Tobago, les États-Unis d'Amérique, l'Uruguay, et le Venezuela. La Bolivie et le Paraguay ont commencé à rapporter en 2000, mais n'ont pas certifié les centres nationaux de référence. Les pays dotés de plus d'un centre sont : l'Argentine (3), le Brésil (3), et le Chili (3). Le Canada et les États-Unis disposent également de nombreux centres. Parmi les pays mentionnés ci-dessus, on relève une variété de méthodes de travail de laboratoire et des capacités techniques. Cependant, tous les établissements exécutent l'immunofluorescence et l'isolement dans la culture de tissus et quelques-uns ont recours à la réaction en chaîne de polymérase, à la réaction d'inhibition de l'hémagglutination, à l'isolement des oeufs, et/ou la chronologie.

7. Les centres nationaux de référence ont rempli un rôle essentiel dans le développement de la capacité technique en Amérique latine, notamment en ce qui a trait au transfert de technologie. Les centres de contrôle et de prévention des maladies (CCM) a fourni des réactifs types.

8. Un sous-groupe d'isolats est envoyé au Centre de collaboration de l'OMS pour le traitement de la grippe dans les Amériques à la CCM en vue d'une identification complète et une caractérisation antigénique. Des spécimens pour l'isolement du virus sont recueillis au moyen d'un réseau de surveillance sentinelle composé de salles d'urgence, de consultations externes, médecins privés, ou d'enquêtes sur des flambées de maladies respiratoires. Les pays participant au Réseau grippal soumettent des rapports sur le taux de morbidité et de mortalité, les données épidémiologiques, le nombre de cas de pneumonie et d'autres maladies respiratoires, le nombre d'échantillons étudiés et les types de virus. En fait, la plupart des pays ont augmenté le groupe de virus vérifiés pour inclure les adénovirus, le virus respiratoire syncytial, et le virus de para-influenza..

9. Entre 1991 et 1995, le nombre de souches caractérisées d'Amérique latine était relativement bas. On a observé une augmentation depuis 1997, quand les programmes de formation en surveillance et laboratoire organisés par l'OPS et la CCM ont débuté et que des sociétés privées de fabrication de vaccins privées ont patronné des travaux de laboratoire. D'autres améliorations ont eu lieu depuis la mise en place du Réseau du cône méridional pour les maladies infectieuses émergentes en 1998. Quoique le nombre d'échantillons et d'isolats dépende du niveau d'activité de grippe chaque année, il encourage de noter que 1 454 et 1 296 souches ont été isolées en 1999 et 2002 (jusqu'au mois d'août), respectivement. Les experts de laboratoire ont relevé une augmentation de la qualité du travail des centres nationaux de référence, qui se sont à leur tour consacrés de plus en plus à un typage et une caractérisation de souches de virus. Une performance remarquable a été observée en Argentine, dont le réseau de 62 médecins sentinelles, 24 laboratoires provinciaux et de 3 centres nationaux de référence a produit 550 échantillons positifs originaux de grippe par la méthode immunofluorescente rapide, ainsi que 273 isolats de virus grippale en 2001 (250 A/Panama/2007/99 (H3N2); 1 A/New Caledonia/20/99 (H1N1); 16 B/Johannesburg/5/99; 3 B/Sichuan/379/99; 1 Grippe A (H3N2); et 2 grippe A sans caractérisation.

10. Malheureusement, la majorité d'échantillons obtenus provient d'enfants hospitalisés au-dessous de 5 ans. Dans cette population, le taux de virus grippal détecté se porte à environ 5%. En Amérique latine le meilleur taux de détection de grippe a été obtenu chez le groupe d'adultes et d'enfants consultant des médecins sentinelles et montrant un syndrome similaire à la grippe. La détection du virus grippal dans ce groupe était de 21,4% pour le type A et 2,5% pour le type B. Ces résultats ont permis d'obtenir des souches aux fins de leur inclusion pour la production de vaccins dans la région méridionale du Continent américain. Les pays participants continuent d'être encouragés à accroître le nombre d'isolats et d'envois au Centre de collaboration de l'OMS pour le traitement de la grippe dans les Amériques à la CCM. Idéalement, les pays cherchent à effectuer trois expéditions correspondant au début, au point culminant, et à la fin de la saison de grippe. Cependant, des obstacles logistiques et financiers demeurent encore pour le transport de ces échantillons. Les compagnies aériennes et les messageries

refusent souvent de transporter le matériel biologique et potentiellement dangereux, même lorsque le colis a été préparé par des professionnels certifiés suivant les directives standard de l'IATA. L'OPS a facilité les procédures douanières et fourni des ressources limitées pour l'expédition.

11. L'enthousiasme des pays à participer aux activités de surveillance de la grippe a été motivé en partie par les besoins des autorités nationales d'utiliser les données locales pour adopter des décisions fondées concernant les politiques de vaccination..

12. Dans la plupart des pays d'Amérique, la grippe ne figure pas actuellement dans la politique d'immunisation. Seuls l'Argentine (depuis 1993), le Brésil, le Canada, le Chili, Cuba, le Mexique, les États-Unis et l'Uruguay mettent en œuvre des programmes annuels de vaccination de grippe à l'intention des personnes âgées. En outre, les politiques de vaccination du Brésil, du Canada, du Chili, des États-Unis et de l'Uruguay incluent des personnes d'autres catégories d'âge hautement exposées au risque de complications découlant de la grippe.

13. Les données relatives à la couverture de vaccination pour les pays latino-américains sont limitées. Les campagnes de vaccination contre la grippe au Brésil ont visé des personnes de 65 ans et davantage pour la période 1999-2001, et de 60 ans et davantage pour 2002; 74% à 87% de ces sous-groupes de population ont été vaccinés. Un nombre croissant de doses a été administré tous les ans, soit de 7.519.114 doses en 1999 à 11.026.124 en 2002. Depuis 1996, l'Uruguay a lancé un programme de vaccination contre la grippe à l'intention des personnes âgées. Dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe en 2002, l'Uruguay a réussi à vacciner 233.346 personnes parmi 815.592 personnes âgées de plus de 55 ans (29%). Bien que l'Uruguay ait eu l'habitude de vacciner les personnes âgées de plus de 60 ans et davantage, la catégorie d'âge est passée à 55 ans et davantage en 2002. Les personnes d'autres catégories d'âge exposées à des facteurs de risque dû à des complications découlant de la grippe ont également accès à des vaccins. La couverture de vaccination en Uruguay a fluctué entre 31% et 41% pendant la période 1996-2001. L'Argentine maintient depuis 1993 un programme de vaccination contre la grippe à l'intention des personnes âgées et environ 4 millions de doses contre la grippe ont été achetées dans le pays en 2002. Le Chili vaccine environ 1.5 millions de personne, avec une couverture de plus de 95% parmi les personnes âgées de 65 ans ou davantage.

14. L'OMS dispose actuellement d'une liste de 27 laboratoires qui produisent le vaccin contre la grippe, et l'OPS achète de 9 d'entre eux (Baxter, SmithKline, Pasteur-Merieux, Chiron Behring et Chiron Biocine, Swiss Serum and Vaccine Institute, Evans Medical, Connaught, et Wyeth). En Amérique latine, l'institut brésilien Butantan a conclu un accord avec Merieux-Connaught pour le transfert de technologie en vue de la production de vaccins. Actuellement, le Brésil achète des vaccins en vrac.

Coopération technique actuelle

15. La surveillance de la grippe en Amériques fait partie intégrale du système de surveillance globale de la grippe qui a été établi par WHO en 1947. Le système global fournit l'information sur les souches en circulation de virus grippal, ainsi que sur les tendances épidémiologiques dans 112 centres nationaux de grippe dans 83 pays, et quatre centres de collaboration de l'OMS pour la référence et la recherche sur la grippe (Atlanta, Londres, Melbourne, et Tokyo).

16. La diffusion d'information sur la surveillance est facilitée par un réseau Internet dénommé FluNet. En sus de l'orientation qu'il fournit pour la composition annuelle des vaccins recommandés, le réseau fonctionne comme système d'alerte anticipée lorsque émergent des variantes du virus grippal et de nouvelles souches.

17. Depuis 1997, l'OPS, en partenariat avec l'OMS et CCM, a organisé de nombreux cours de formation sur la surveillance de laboratoire. Ces activités ont été rendues possibles par le Réseau du Cône méridional pour l'émergence des maladies infectieuses, avec l'appui de l'OPS et du CCM. Ce Réseau a mis l'accent sur la mise en œuvre de protocoles communs assortis de systèmes de contrôle de la qualité, de transfert de technologie et d'une production et distribution élargies de réactifs.

18. Les pays du Cône méridional ont admis qu'ils ne disposaient pas de moyens de contrôle d'une épidémie de grippe à grande échelle ; c'est pourquoi une décision a été prise de mettre au point, avec la coopération technique de l'OPS, des plans globaux d'urgence de portée nationale et sous-régionale pour les cas de pandémies de grippe. Ces plans devraient non seulement traiter de la disponibilité de vaccins et les sous-groupes de populations pour des programmes prioritaires d'immunisation, mais aussi inclure des questions de stockage de chimioprophylaxie, de formation clinique, d'assurance médicale de groupe, de surveillance, de prévention et de communication sociale. En 2002, un atelier organisé par le Programme de maladies contagieuses de l'OPS et la Division des vaccins et de l'immunisation, a été tenu avec la participation de l'Argentine, du Brésil, du Chili, et de l'Uruguay, en vue de l'élaboration de grandes lignes de plans nationaux d'urgence. Ces directives qui feront l'objet d'ajustements par les pays, sont disponibles sur le site Web de l'OPS à l'adresse suivante : www.paho.org. Grâce à la collaboration de l'institut de Malbran en Argentine, une version espagnole du plan de l'OMS pour la gestion globale et le contrôle de la pandémie de grippe a été rendue disponible pour servir de cadre de travail pendant cet atelier.

19. Avant le début anticipé de la saison de grippe, les centres nationaux de grippe sont équipés de trousse de réactifs diagnostiques de laboratoire qui devraient leur permettre de déterminer le type et le sous-type de virus grippal circulant pendant la saison. Cette trousse, fabriquée pour l'OPS et l'OMS par le Centre de collaboration pour le traitement de la grippe dans les Amériques située à la CDC à Atlanta, en Géorgie, est distribuée à tous les centres gratuitement.

20. La question du transport des spécimens biologiques a été examinée au moyen de la formation et de l'authentification d'au moins un cadre de l'OPS et d'un fonctionnaire de l'OPS appartenant à l'Association internationale de transports aériens (IATA) pour la biosécurité en matière de traitement et transport de spécimens.

21. Pendant nombreuses d'années, l'OMS a tenu une consultation vers la mi-février pour formuler une recommandation au sujet de la composition des vaccins inactivés de grippe devant être utilisés après l'hiver au Nord du Continent américain (novembre à avril). Étant donné que les épidémies de grippe se produisent à différentes époques de l'année dans différentes régions du monde, le virus grippal connaît des mutations constantes et le recours aux vaccins s'accroît dans le monde entier. La nécessité d'examiner la recommandation deux fois par an est devenue évidente. Depuis 1998, une deuxième recommandation est faite chaque septembre pour les vaccins à employer pour l'hiver suivant au Sud du Continent américain (mai à octobre) avec la participation d'un expert latino-américain.

22. L'OMS a également désigné un centre de collaboration pour l'étude des virus animaux de la grippe. Ce centre, basé à Memphis, Tennessee, États-Unis, aide l'OMS à identifier des virus isolés de diverses espèces animales et mène des recherches sur les rapports entre les souches humaines et animales.

Stratégies de l'OPS et de l'OMS pour la surveillance, la prévention et le contrôle de la grippe

23. Même en l'absence d'une pandémie, la crainte chez le public peut grossir rapidement lorsque quelques cas d'infections humaines par un nouveau sous-type de virus se produisent, comme on l'a vu aux États-Unis en 1976 et à Hong Kong vers la fin de 1997. Une telle crainte au sujet de l'existence d'une nouvelle forme dangereuse de virus grippale crée des défis majeurs pour les autorités sanitaires et les dirigeants nationaux, même lorsque la propagation épidémique d'un nouveau virus n'est pas confirmée. En fait, on avait pensé au début que l'épidémie, en 2002-2003, du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) pouvait être lié au virus aviaire A de la grippe, sous-type H5N1, identifié dans la région administrative spéciale de Hong Kong, Chine. Pour mieux gérer les "fausses alarmes" résultant d'une surveillance intensive, une série de "niveaux de préparation" ont été définis qui peuvent être appliqués avant le commencement de la

pandémie (voir l'annexe). L'OPS participera en commun avec l'OMS à la déclaration de chacune des phases correspondant à ces niveaux.

24. Ces mesures devraient aider l'OPS et l'OMS à notifier les nouvelles infections virales humaines et à prendre des précautions sans provoquer de panique inutile. Une telle approche s'avère particulièrement importante à une époque où l'information est diffusée si rapidement par des moyens électroniques. Des efforts spéciaux devraient continuer à être déployés d'une part pour élargir les capacités d'utilisation des communications électroniques par ceux qui mènent une surveillance ou évaluent et gèrent les réponses aux nouveaux virus grippaux et d'autre part, pour la diffusion ordonnée des rapports de situation. En effet, le Canada, à l'instar d'autres pays, a pu utiliser l'infrastructure, les processus et les réseaux de communication conçus pour la pandémie de grippe en vue de faire face à l'épidémie de SRAS.

25. Les différentes caractéristiques des situations passées témoignent de la nécessité de plans d'urgence souples capables de répondre efficacement à une menace de pandémie. Les pays sont encouragés à se fonder sur l'expérience qu'ils ont acquise en relation avec SRAS pour renforcer davantage leurs plans de réponse à la pandémie de grippe. Un cadre préparé par l'OMS (*Plan de préparation pour l'épidémie de grippe. Le rôle de l'OMS et Grandes lignes de planification régionale et sous-régionale, Genève, Suisse, avril 1999*) vise à aider l'Organisation et ses États membres à se préparer à assumer leur rôle et responsabilités à cet égard.

Activités programmées

26. Pour être mieux préparé en cas de pandémie de grippe et en vue de réduire le taux de morbidité et de mortalité en raison des épidémies annuelles de grippe, les aspects suivants doivent être pris en compte :

- a) Amélioration de la qualité et de la couverture de la surveillance de la grippe. Le système intégré de surveillance de virus et de maladie doit être par les activités suivantes : évaluation des centres nationaux de grippe et de la capacité des systèmes nationaux de services de santé à répondre; normalisation des méthodes et formation en matière de laboratoire et de surveillance des maladies (élaboration de réactifs-manuels, fourniture de formation et test de niveau); facilitation d'expédition d'isolats/spécimens de grippe ; identification d'écarts et expansion de la couverture géographique ; élargissement de la surveillance animale de la grippe.

L'OPS coopérera avec des pays à ces activités, continuera de recueillir et d'analyser des données sur l'apparition du virus grippal, et fournira ces informations aux autorités sanitaires. Les négociations sont en cours en vue de la conclusion d'un accord avec un service de courrier exprès ayant une couverture régionale de services pour le transport d'échantillons.

- b) Développement des plans nationaux en cas de pandémies. Les autorités nationales sont principalement responsables de la préparation et de la gestion des risques d'une pandémie éventuelle de grippe. Ces préparations devraient au moins inclure des dispositions pour des hospitalisations et le traitement d'un grand nombre de personnes dans un court laps de temps, la production et le stockage de vaccins et de produits antiviraux, et la communication des risques. L'OPS recommande vivement que tous les pays établissent, sous la juridiction des comités nationaux de préparatifs d'urgence, un groupe de travail national multidisciplinaire de planification en cas de pandémie, lequel groupe serait responsable de l'élaboration de stratégies appropriées pour les préparer à affronter la prochaine pandémie. En raison de la complexité des questions décrites ci-dessus, le groupe de travail prendra avantage de l'inclusion des représentants du comité consultatif national sur les pratiques d'immunisation, des cadres nationaux des programmes de vaccination, de la surveillance épidémiologique, des laboratoires de référence, des systèmes d'octroi de soins de santé, entre d'autres.

L'OPS a préparé en collaboration avec l'Institut Malbran en Argentine une version espagnole des directives pour les plans nationaux de pandémies et continuera à prêter une coopération technique pour leur élaboration dans les États membres. De surcroît, les directives de l'élaboration d'un Plan pour la pandémie de grippe à l'intention des pays du Cône Sud, est maintenant disponible à titre de référence sur le site Web de l'OPS. Les plans nationaux de préparatifs pour les cas de grippe seront disponibles au fur et à mesure qu'ils seront achevés.

- c) Études des épidémies de grippe en vue d'évaluer l'impact et le fardeau économique d'une pandémie éventuelle sur des groupes à haut risque et la population en général. Quelques pays ont commencé des études de l'impact de la grippe. L'OPS favorisera et soutiendra des études d'évaluation du fardeau de la maladie dans des pays additionnels choisis.
- d) Évaluation des conditions requises pour l'utilisation de vaccins et de produits antiviraux dans les cas de pandémies en se fondant sur divers scénarios comportant des groupes à risques. L'OPS collaborera avec les pays dans le cadre de ce processus d'évaluation.

- e) Promotion du transfert de la technologie et partenariat avec la production de vaccins dans des pays de la région. L'OPS devrait stimuler la production de vaccins contre la grippe par les fabricants régionaux qui respectent les bonnes pratiques de fabrication dans des pays où les autorités nationales de contrôle s'acquittent de leur tâche en fonction des attributions recommandées par l'OMS.
- f) Amélioration de la couverture de vaccin parmi les groupes à haut risque pendant les épidémies annuelles. L'OPS a formulé des recommandations spécifiques au sujet des groupes prioritaires devant recevoir le vaccin contre la grippe. Au nombre de ces groupes figurent le sous-groupe de personnes âgées (le groupe d'âge varie par pays et couvre les personnes âgées de 50 à 65 ans et davantage), notamment celles qui vivent dans les maisons de retraite, les patients souffrant de maladies chroniques (troubles cardiaques, respiratoires et métaboliques) et les agents de santé, spécialement ceux qui sont en contact étroit avec d'autres groupes prioritaires. Ce projet sera soumis en 2004 à l'examen du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par vaccination, de la Division des vaccins et de l'immunisation. Ce Groupe orientera la coopération technique avec des pays pour établir des politiques nationales et fixer des objectifs d'immunisation. Au niveau du pays, les Comités consultatifs nationaux sur les pratiques en matière d'immunisation devraient être invités à examiner et appuyer la mise en œuvre de ces recommandations.
- g) Amélioration du contrôle des flambées de grippe en milieu fermé. Les pays devraient développer leur capacité de mise en place d'équipes de réponse rapide chargées de dépister et de contrôler les flambées de grippe en envisageant de recourir aux produits antiviraux et aux vaccins pendant les épidémies annuelles en milieu fermé. L'OPS procède à l'élaboration des grandes lignes appelées à contrôler les flambées de grippe.

27. Les activités décrites revêtent une portée essentielle pour les préparatifs en cas de pandémies. L'OPS concevra un plan d'action axé le Programme global de l'OMS sur la surveillance et le contrôle de la grippe.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

28. Le Conseil directeur est invité à formuler des observations et à émettre des recommandations concernant l'état de la surveillance, des travaux de laboratoire, des programmes de vaccins/immunisation et sur des activités programmées liées aux plans de préparation en cas de pandémie de grippe aux échelons national et international..

Niveaux de préparation entre, pendant et après les pandémies			
Phase	Caractérisé par	Explication	Mesures devant être prises par l'OPS-OMS
Phase 0, Niveau de préparation Niveau 0		Pas d'indication de nouveau type de virus ayant été notifié .	Coordonnez un programme de surveillance internationale pour la grippe chez l'homme, avec l'aide de quatre centres de collaboration.
Phase 0, Niveau de préparation Niveau	Apparition d'une nouvelle souche de grippe dans un cas humain	Ce niveau de préparation existera suivant le premier rapport(s) de l'isolement d'un nouveau sous-type de virus sans évidence claire de diffusion d'un tel virus ou de d'une flambée liée au nouveau virus .	Annoncer, avec l'aide de son groupe de travail de travail et après consultation internationale, ce niveau 1 de préparation. Coordonner les efforts internationaux pour aider les autorités nationales et locales rapportant la pandémie potentielle à confirmer l'infection d'êtres humains par une nouvelle souche. Intensifier les activités du réseau de surveillance de laboratoire.

Niveaux de préparation entre, pendant et après les pandémies (cont.)			
Phase	Caractérisé par	Explication	Mesures devant être prises par l'OPS-OMS
Phase 0, Niveau de préparation Niveau 2	Infection humaine confirmée	Ce niveau de préparation existera quand il aura été confirmé que deux ou plus d'êtres humains ont été infectés par un nouveau sous-type de virus ; mais, la capacité du virus à se propager de personne à personne et à causer des flambées multiples aboutissant à des épidémies demeure incertaine.	<p>Annoncer, avec l'aide de son groupe de travail de travail et après consultation internationale, ce niveau 2 de préparation.</p> <p>Encourager et aider le pays où des cas initiaux ont été détectés, à augmenter la surveillance et le diagnostic, et organiser les mettre sur pied des enquêtes spéciales conçues pour augmenter la compréhension de la transmission et de l'impact possible du nouveau virus.</p> <p>Développer une définition de cas à employer dans la surveillance d'un nouveau sous-type de virus.</p> <p>Inviter un groupe de pays à participer à la détermination de la prévalence de l'anticorps dans le nouveau virus dans la population générale.</p> <p>Favoriser l'activité accrue de surveillance régionalement ou internationalement.</p> <p>Favoriser le développement et l'évaluation des candidats pour la production des vaccins contre la nouvelle souche de virus. Favoriser le développement des réactifs nécessaires pour déterminer l'identité et le pouvoir des vaccins préparés avec la nouvelle souche.</p> <p>Favoriser la planification d'urgence pour des épreuves précliniques et cliniques de vaccins.</p> <p>Favoriser le développement de stratégies pour un usage le plus rationnel possible des vaccins nouvellement développés. Recommander que les autorités sanitaires nationales prennent les mesures préalables propres à faciliter la mise en œuvre de leurs plans nationaux de préparation en cas de pandémies.</p>

Niveaux de préparation entre, pendant et après les pandémies (cont.)			
Phase	Caractérisé par	Explication	Mesures devant être prises par l'OPS-OMS
Phase 0, Niveau de préparation Niveau 3	Transmission humaine confirmée	Ce niveau d'état de préparation existera quand la transmission humaine du nouveau sous-type de virus aura été confirmée par des preuves évidentes de transmission de personne à personne parmi la population générale, comme par exemple, les cas secondaires résultant du contact avec un cas indexé, avec au moins une flambée d'une durée minimale de deux semaines dans un pays.	<p>Annoncer, avec l'aide de son groupe de travail de travail et après consultation internationale, le niveau 3 d'état de préparation.</p> <p>Disséminer la définition de cas à employer dans la surveillance d'un nouveau sous-type de virus.</p> <p>Faciliter la distribution à tous les fabricants intéressés de vaccins contre le virus susceptibles d'être développés dans le cadre u niveau 2 de préparation.</p> <p>Réunir ses experts en composition de vaccin contre la grippe pour développer, diffuser et encourager des épreuves cliniques coordonnées de vaccins contre la nouvelle souche.</p> <p>Réunir ses experts en composition de vaccins pour concevoir les moyens les plus efficaces d'assurer le plus large accès aux vaccins à travers le monde entier.</p> <p>Accroître davantage la diffusion de l'information pour soumettre des rapports opportuns sur l'état des enquêtes sur le nouveau virus, son stade de propagation et le développement des réponses.</p> <p>Entrer en contact avec les fabricants de vaccins et les gouvernements nationaux au sujet de la capacité et des plans de production et distribution internationale d'un vaccin contre le nouveau virus.</p> <p>Encourager la coordination internationale en matière d'achat et de distribution du vaccin parmi différents pays.</p> <p>Fournir aux autorités sanitaires nationales les grandes lignes générales au sujet des meilleurs renseignements disponibles pour aider les différents pays à déterminer leur marche à suivre.</p>

Niveaux de préparation entre, pendant et après les pandémies (cont.)			
Phase	Caractérisés par	Explication	Mesures devant être prises par l'OPS-OMS
Phase 1	Confirmation du début d'une pandémie	Le début d'une nouvelle pandémie sera déclarée quand l'OMS aura confirmé d'une part qu'un virus avec un nouveau sous-type d'hémasphère comparé aux récentes souches épidémiques commence à causer plusieurs flambées dans au moins un pays, et d'autre part que ce virus se sera étendu à d'autres pays, en affichant des modèles consistants de maladies indiquant qu'il sera enregistré un taux élevé de morbidité et mortalité dans un secteur au moins de la population.	<p>Annoncer, avec l'aide de son groupe de travail de travail et après la consultation internationale, le début d'une nouvelle pandémie de grippe :Phase 1.</p> <p>Formuler des recommandations concernant la composition et l'utilisation (des doses et des programmes) des vaccins, et tenir des consultations qui visent à faciliter la production de vaccins et leur distribution de la manière la plus équitable possible.</p> <p>Fournir une orientation pour l'utilisation la plus rationnelle des médicaments antiviraux contre les nouveaux virus</p> <p>Les mesures relatives à une réponse nationale devraient être prises aussi rapidement que possible en fonction de plans nationaux de pandémies prédéterminés qui ont été actualisés pour prendre en compte les caractéristiques spécifiques du nouveau sous-type et les connaissances au sujet de la disponibilité du vaccin.</p> <p>Rechercher un appui en vue de la mobilisation de ressources à l'intention de pays dotés d'une capacité limitée, à travers un partenariat avec différentes organisations et institutions internationales de secours.</p> <p>Travailler avec les bureaux régionaux selon le cas pour encourager des activités communes parmi les nations affrontant des défis similaires posés par les pandémies.</p>
Phase 2	Épidémies régionales et multirégionales	Ce niveau de préparation existera lorsque les flambées et les épidémies se produisent dans plusieurs pays et se propagent d'une région à une autre à travers le monde.	<p>Annoncer, avec l'aide de son groupe de travail de travail et après consultation internationale le début de la pandémie de grippe : Phase 2.</p> <p>Continuer à travailler avec les bureaux régionaux selon le cas pour encourager des activités communes parmi les nations.</p> <p>Continuer le suivi et l'établissement de rapports sur la propagation globale et l'impact du virus.</p> <p>Continuer à organiser la distribution de vaccins de la manière la plus équitable possible.</p> <p>Actualiser les directives portant sur l'utilisation la plus rationnelle des médicaments antiviraux contre le nouveau virus.</p> <p>Rechercher un appui additionnel pour la mobilisation de ressources à l'intention de pays dont la capacité est limitée.</p>

Niveaux de préparation entre , pendant et après les pandémies (cont.)			
Phase	Caractérisé par	Explication	Mesures devant être prises par l'OPS-OMS
Phase 3	Fin de la première vague de pandémie	L'augmentation de la flambée dans les pays ou régions initialement affectés s'est arrêtée ou a été renversée ; mais les flambées du nouveau virus se produisent encore autre part.	<p>Annoncer, avec l'aide de son groupe de travail de travail et après consultation internationale, le début de la pandémie de grippe : Phase 3.</p> <p>Continuer à travailler avec les bureaux régionaux selon le cas pour encourager des activités communes parmi les nations.</p> <p>Continuer le suivi et l'établissement de rapports sur la propagation globale et l'impact du virus.</p> <p>Continue à organiser la distribution de vaccins de la manière la plus équitable possible..</p> <p>Actualiser les directives portant sur l'utilisation la plus rationnelle des médicaments antiviraux contre le nouveau virus.</p> <p>Rechercher un appui additionnel pour la mobilisation de ressources à l'intention des pays dont la capacité est limitée.</p>
Phase 4	Deuxième vague ou vague ultérieure de la pandémie	En fonction d'expériences antérieures, on s'attendrait à ce qu'une deuxième vague sérieuse de flambées causées par le nouveau se produise dans les 3-9 mois suivant l'épidémie initiale dans plusieurs pays.	<p>Annoncez, avec l'aide de son groupe de travail de travail et après la consultation internationale, le début de la pandémie de grippe : Phase 4.</p> <p>Continuer le suivi et l'établissement de rapports sur la propagation globale et l'impact du virus.</p> <p>Évaluer la disponibilité de médicaments antiviraux.</p> <p>. Rechercher un appui additionnel pour la mobilisation de ressources à l'intention des pays dont la capacité est limitée.</p>
Phase 5	Fin de la pandémie (retour à la phase 0)	L'OMS notifiera la fin de la période qui durera probablement 2-3 ans.	<p>Évaluation de l'impact global de la pandémie.</p> <p>Évaluation des "leçons apprises" de la pandémie, ce qui aidera à mieux y répondre à l'avenir.</p> <p>Mise à jour du Plan de lutte contre la pandémie de grippe, établi par l'OMS.</p>