



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXIX, NUMÉRO 5 ► OCTOBRE 2007

- 1 Haïti lance une campagne d'élimination de la rubéole et du SRC
- 1 SVA: cinquième anniversaire
- 4 Évaluation du PEV au Honduras
- 5 Systèmes d'informations géographiques appliqués aux programmes d'immunisation
- 7 Rougeole/Rubéole/SRC: classification finale 2006
- 8 Brochure d'immunisation 2007

Le 5 novembre, Haïti lance une campagne d'élimination de la rubéole et du SRC

En Haïti, la rubéole est une maladie qui n'est pas souvent diagnostiquée ou notifiée, d'où une compréhension limitée de son fardeau. Pour autant, une étude menée par Golden et al. (2002) estime que le nombre de cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) se situerait entre 163 et 440 par an, sur la base de la séroprévalence de la rubéole chez les femmes enceintes (1). Le SRC est un des effets indésirables de l'infection rubéoleuse lors de la grossesse. Les trois principales malformations congénitales associées au SRC sont les troubles auditifs, l'insuffisance cardiaque congénitale et les cataractes.

En 2006, onze cas de rubéole ont été notifiés entre les mois d'avril et de mai chez des enfants âgés de 2 à 16 ans (âge médian 7 ans) dans les départements Nord-Est et Sud, ce qui laisse présager une large circulation du virus rubéoleux (tableau 1). Dans le cadre de l'enquête sur ces cas, des échantillons ont été prélevés sur les 18 femmes enceintes qui étaient entrées en contact étroit avec des enfants infectés par la rubéole. Dix-sept de ces femmes (soit 94%) ont présenté des résultats IgG positifs et toutes avaient des résultats IgM négatif. Une femme de 20 ans dans le troisième mois de sa grossesse présentait des résultats IgG et IgM négatifs et ces résultats étaient encore négatifs deux mois plus tard.

En 2006, la surveillance du SRC a été établie à l'Hôpital Universitaire d'État de Haïti (HUEH). Cette année-là, l'HUEH a signalé 15 cas présumés de SRC chez des enfants âgés de 6 jours à un mois. Aucun de ces cas n'a été confirmé par analyse de laboratoire.

En moyenne, l'hôpital de Brenda (Département Sud) pratique annuellement 29 interventions chirurgicales sur des patients atteints de cataracte congénitale (tableau 2). Malheureusement, la plupart des enfants consultent tardivement le médecin, faute de moyens suffisants dans la famille. Sur les 116 enfants opérés entre 2003 et le 30 novembre 2006, 95% ont été examinés après leur premier anniversaire, stade auquel le diagnostic du SRC est plus incertain (isolement viral ou test positif aux IgM). Pour tous les enfants, à l'issue de la première consultation, le diagnostic a été celui de cataracte d'origine congénitale.



"Ann al'vaksynen por dechuoke ribeyòl ak polio!" a annoncé le docteur Robert Auguste, Ministre de la Santé et de la population (Allons vacciner pour éliminer la rubéole et la polio!). Le 5 novembre, Haïti lancera la campagne de vaccination la plus ambitieuse dans l'histoire du pays et administrera le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux aux enfants et jeunes adultes de 1 à 19 ans et le vaccin polio oral aux enfants de moins de 5 ans sur l'ensemble du territoire. Selon le Premier-Ministre, Jacques Édouard Alexis, "La campagne nationale de vaccination sera l'occasion de montrer au peuple les couleurs de la solidarité, de l'amour et de la vie." Et Gabriel Bien-Aimé, Ministre de l'Éducation, d'ajouter: "C'est un effort mené par l'État de Haïti tout entier, pas simplement deux ministères, pour amener la santé et le bien-être dans nos écoles."

Semaine de la vaccination aux Amériques: 5ème anniversaire

Antécédents

Cette année, la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) fête son 5^e anniversaire. La célébration a été lancée officiellement le 21 avril à la frontière trilatérale que se partagent l'Argentine, le Brésil et le Paraguay. D'autres événements en rapport avec ce lancement ont été organisés à travers la Région, avec la participation dans bien des cas de hauts représentants des pouvoirs publics. Cette année, 45 pays et territoires des Amériques ont participé à toute une série d'activités liées à la SVA.

Objectifs de la SVA

La SVA a gagné du terrain en cinq ans, un nombre croissant de gouvernements ayant montré leur engagement politique à maintenir la vaccination au rang de bien public régional. Aujourd'hui, la SVA est une initiative capitale pour préserver les acquis du Programme élargi de vaccination, conclure le programme inachevé et faire office de tremplin pour l'introduction de vaccins nouveaux ou sous-utilisés. Pendant la SVA, les activités planifiées privilégient l'identification des populations vulnérables qui vivent en zone éloignée ou dans des bidonvilles, des régions transfrontalières, des municipalités à faible couverture vaccinale et des communautés autochtones.

Si le plan d'action pour la semaine est spécifique au pays, compte tenu des priorités nationales en matière de santé

Tableau 1. Cas de rubéole confirmés dans des municipalités sélectionnées, Haïti, 2006

Semaine épidémiologique	Département	Municipalité	Nombre de cas	Test de laboratoire
11	Nord-Est	Mombin Crochu	6	IgM +
17	Sud	Cayes	3	IgM +
22	Nord-Est	Ouanaminthe	2	IgM +

Tableau 2. Distribution des cas de cataracte d'origine non traumatique ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale à l'hôpital de Brenda, par tranche d'âge, Haïti, de 2003 à novembre 2006

Année	Age Group				Âge inconnu
	<1 an	1-4 ans	5-10 ans	10-17 ans	
2003	2	13	8	9	0
2004	1	6	11	11	7
2005	1	6	10	9	0
2006	2	2	11	7	0
Total	6	27	40	36	7

À la lumière des données rapportées et de l'engagement de Haïti à atteindre l'objectif régional

d'élimination de la rubéole et du SRC d'ici 2010, le pays a décidé de lancer une campagne de vaccination de masse contre la rougeole et la rubéole, en ciblant la tranche d'âge des 1 à 19 ans, que l'on estime à 4,7 millions de personnes, soit plus de la moitié de la population totale. Cette campagne permettra aussi d'administrer le vaccin oral contre la poliomyélite (VPO) aux enfants de moins de 5 ans, des suppléments de vitamine A aux enfants de 1 à 4 ans, des antihelminthiques (albendazole) dans les établissements scolaires et le vaccin Td, dans les grandes villes, aux femmes en âge de procréer. À l'issue de la campagne, le vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) remplacera le vaccin antirougeoleux dans le programme national d'immunisation et sera administré à tous les enfants d'un an.

En mai 2007, une campagne pilote a été menée dans cinq communes rurales limitrophes de la République dominicaine et dans une commune urbaine à Port-au-Prince, en guise de préparatif à la campagne de vaccination de masse. Plus de 99 000 personnes ont reçu le vaccin. À la fin de la campagne pilote, un suivi rapide de couverture a établi un taux de couverture de 99%. Des leçons importantes tirées de cette initiative permettront d'améliorer les stratégies de vaccination en place et de mieux préparer le pays à la prochaine campagne nationale. ■

Auteurs: Dr Benoît Nteyayabo, Unité d'immunisation (IM)/OPS, Haïti; Dr François Lacapère, IM/OPS, Haïti ; Dr Carlos Castillo-Solórzano, IM/OPS, Washington, D.C.

(1) Golden N, Kempker R, Khaton P, Summerlee R, Fournier A. Congenital rubella syndrome in Haiti (Short communication). *Rev Panam Salud Pública.* 2002;12(4):269-73.

SVA suite de la page 1

publique, les objectifs ci-après constituent le fil directeur de la SVA, soit:

- promouvoir l'accès à la vaccination, dans l'équité;
- encourager la transition de la vaccination de l'enfant à la vaccination de la famille;
- continuer à faire figurer la vaccination à l'ordre du jour politique;
- maintenir la région exempte de polio et de rougeole autochtone;
- appuyer l'exécution de plans destinés à éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC);
- appuyer l'introduction de vaccins nouveaux ou sous-utilisés;
- renforcer la surveillance épidémiologique; et
- promouvoir la coordination transfrontalière.

Méthodes

Pour parvenir aux buts de la SVA, plusieurs stratégies ont été formulées afin d'établir un lien avec le segment de la population le plus vaste possible dans la région et communiquer les messages de l'initiative. Ces stratégies ont porté notamment sur la diffusion de l'information et les efforts de communications de masse ainsi que sur la vaccination de groupes qui, sans ces efforts, pourraient passer inaperçus des services de santé en place. Au nombre d'exemples de tactiques dignes d'intérêt figurent les suivantes:

- Microplanification, ajustée à la dynamique démographique, ce qui permet de vacciner des

populations vulnérables, à haut risque ou de passage, et identification de sites et de jours à plus forte concentration de personnes.

- Coordination entre les secteurs au plan de la santé (système national et commissions locales) et avec d'autres domaines d'intervention des pouvoirs publics comme l'enseignement ou les forces armées pour vacciner les écoliers et les militaires, respectivement.
- Mise à contribution du secteur privé dans le but de vacciner les employés du secteur du tourisme.
- Mobilisation sociale pour susciter la participation des autorités locales, des responsables de collectivités, des personnes influentes et de la société civile.
- Formation des agents de santé, membres des brigades, agents de vulgarisation sanitaire et agents de santé communautaire qui sont directement responsables des tâches de vaccination et de prévention.

Planification

L'OPS aide les pays à organiser la SVA en distribuant tout d'abord des livrets de planification plusieurs mois au préalable et en mobilisant des ressources, surtout à destination de pays prioritaires (Bolivie, Guyane, Haïti, Honduras et Nicaragua). De plus, l'OPS contribue à l'exécution d'une campagne de publicité de masse, à l'achat des vaccins par le biais de son Fonds renouvelable et à l'évaluation des activités de vaccination. L'OPS participe aussi aux tâches de coordination entre services et au travail de plaidoyer afin d'amener d'autres institutions à

s'associer aux événements de cette semaine. En avril dernier, l'OPS a détaché quinze consultants régionaux dans les différents pays pour aider à organiser et à lancer la SVA.

Réalisations choisies

La participation des pays et/ou des territoires s'est accrue de manière non négligeable au cours des cinq années d'existence de la SVA. En 2003, 19 pays s'étaient joints à l'initiative; en 2007, ils étaient 45. Au total, la SVA a permis de vacciner plus de 195 millions de personnes (figure 1). La coordination transfrontalière et la coopération interagences ont été renforcées grâce à la SVA et les pays en ont profité pour associer la vaccination à d'autres interventions de santé publique, dont l'administration de suppléments de vitamine A et l'administration d'antihelminthiques.

Pour la seule année 2007, 47 694 804 personnes ont été vaccinées. Les antigènes les plus fréquemment administrés étaient les vaccins contre la grippe et la fièvre jaune (18 724 234 et 9 306 090 doses, respectivement). Plus de 8 millions de doses de vaccin antipolio, 7,6 millions de doses de vaccin RR (rougeole-rubéole) et plus de 2 millions de doses Td ont aussi été administrées. Au nombre des autres réalisations à signaler pour 2007 figurent les suivantes:

1. Poursuivre l'action en faveur du programme inachevé:

- Le Brésil et le Paraguay ont vacciné des populations autochtones (138 369 et 15 321 personnes, respectivement) contre la grippe, la fièvre jaune, le tétanos, l'hépatite B, le pneumocoque et la varicelle.

- La Bolivie, l'Équateur et le Pérou ont mené des campagnes de prévention contre la fièvre jaune en vaccinant au total 9 264 305 personnes.
- Onze pays ont entrepris de vacciner contre la grippe saisonnière, en ciblant des groupes comme les personnes de plus de 65 ans, les malades chroniques, les femmes enceintes et les agents de santé.
- Le Guatemala a vacciné plus de 7 millions de personnes contre la rougeole et la rubéole, dans le cadre de son plan d'élimination de la rubéole et du SRC. Haïti a lancé une campagne pilote et vacciné 99 526 personnes contre ces maladies.
- Le Paraguay, le Nicaragua et la République dominicaine se sont employés à éliminer le tétanos en vaccinant des groupes à risque comme les femmes en âge de procréer (FAP), les groupes autochtones et les populations résidant en zone frontalière.

2. Protéger les acquis:

- À Cuba, 363 057 enfants âgés de plus de 3 ans ont reçu un rappel contre la polio; le Mexique a vacciné près de 6 millions d'enfants de moins de 5 ans; Haïti, le Honduras et la République dominicaine ont vacciné respectivement 27 776, 875 560 et 97 008 personnes contre la poliomyélite.
- De nombreux pays ont cherché à identifier puis à vacciner les enfants dont le carnet de vaccination n'était pas complet.

3. Relever les défis à venir:

- Le Panama a introduit le vaccin contre l'hépatite A et a administré une première dose et un rappel à 5 590 enfants âgés de plus de 2 ans.
- Le Venezuela a procédé à la réintroduction du vaccin contre le rotavirus et a vacciné 47 217 enfants âgés de 2 à 3 mois, atteignant ainsi 96,4 % de l'objectif qu'il s'était fixé.

4. Mener une campagne de communication de masse:

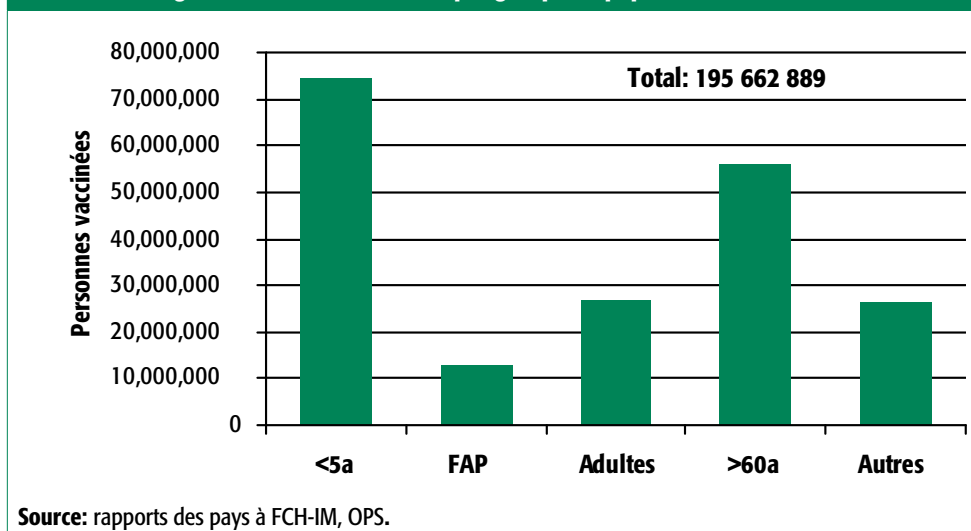
Comme les années précédentes, l'OPS a élaboré des supports de communication afin que les messages de vaccination soient clairs et uniformes. Des célébrités telles le célèbre footballeur Ronaldinho Gaúcho, le joueur de cricket Rodney Walsh, et, pour la première fois, des personnages bien connus de *Sesame Street* ont prêté leur image dans des publicités publiques diffusées à la télévision et à la radio, et aussi sur autocollants et affiches.

Les pays ont aussi conçu des stratégies plus adaptées à l'échelle locale afin que la vaccination soit bien accueillie (appel à l'action). Les Antilles néerlandaises, le Canada, les pays de la Caraïbe anglophone, les États-Unis et l'Uruguay ont planifié et mis en œuvre des campagnes indépendantes de sensibilisation sur l'importance de la vaccination qui ont ciblé parents, agents de santé, décideurs et personnes influentes.

5. Mener des activités de santé intégrées:

En 2007, la République dominicaine, Haïti, le Hon-

Figure 1. Résultats de la SVA par groupe de population, 2003-2007



duras, le Mexique, le Nicaragua et le Panama sont parvenus à associer aux activités de la SVA d'autres activités essentielles en matière de soins de santé primaire, dont l'administration de suppléments de vitamine A, d'antihelminthiques, de solutions de réhydratation orale, de fer et d'acide folique.

Enseignements tirés

Parmi les nombreux enseignements tirés de la préparation et de la mise en œuvre de la SVA figurent les suivants:

- Le processus de planification de la SVA doit démarrer de nombreux mois avant le début de l'initiative pour assurer son succès.
- Les pays doivent inscrire les activités de la SVA au budget national pour assurer que suffisamment de crédits soient disponibles.
- Le lancement d'activités aux échelons national et local apporte un engagement politique capital en faveur de la SVA et des programmes de vaccination des pays, sans compter que cela encourage le panaméricanisme.
- La SVA favorise une solide coopération inter-agences sur deux grands fronts: aide à la mobilisation des ressources financières et humaines et préparation des supports d'information requis pour la campagne.
- La SVA doit être considérée comme une occasion pour les pays de renouveler chaque année leur engagement envers les programmes de vaccination nationaux.

Conclusion

La SVA est un modèle qui peut être repris dans d'autres Régions, dont l'Europe. Du 16 au 20 avril 2007, la Région Europe de l'OMS a mené sa propre semaine de vaccination (*European Immunization Week* ou EIW). L'initiative européenne était entièrement axée sur la communication de masse, soulignant l'importance de la vaccination, des ef-

forts particuliers étant consentis en direction des populations vulnérables. En 2008, EIW coïncidera avec la SVA dans le but de mener ces deux initiatives de front.

L'expansion phénoménale de l'EIW ouvre une perspective passionnante: une semaine de la vaccination mondiale. Pour ce faire, la SVA doit rester une initiative dont le fondement consiste à accorder la priorité aux populations vulnérables et à risque et à les protéger contre les maladies évitables par la vaccination. De plus, la SVA doit œuvrer au maintien des acquis de ces cinq dernières années, c'est-à-dire le maintien de la vaccination à l'ordre du jour politique, la coordination transfrontalière, la coopération inter-agences, l'intégration des activités de santé et l'amélioration de la santé familiale. ■

Résumé de l'évaluation du PEV au Honduras

L'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) coordonne avec ses États membres l'évaluation de leurs programmes nationaux de vaccination dans le cadre d'une démarche internationale multidisciplinaire. Cette évaluation est un outil qui permet de suivre les progrès des programmes et d'évaluer les capacités techniques disponibles pour relever les nouveaux défis. L'évaluation du programme national de vaccination du Honduras s'est déroulée du 20 au 31 août 2007.

L'évaluation avait pour objectifs précis d'apprécier dans quelle mesure le programme de vaccination était capable de maintenir ses acquis; de surmonter les difficultés que posent l'endiguement, l'élimination et l'éradication des maladies; d'effectuer la transition de la vaccination de l'enfant à celle de la famille; d'introduire des nouveaux vaccins de manière durable et de s'adapter au processus de décentralisation que connaît aujourd'hui le pays.

Antécédents

Le Programme élargi de vaccination (PEV) du Honduras, dont la création remonte à 1979, a été d'emblée une priorité politique pour le pays. Des textes comme la constitution nationale, divers règlements sanitaires et une législation sur la vaccination lui donnent fondement. La loi sur les vaccins garantit la viabilité financière du PEV en assurant une provision budgétaire suffisante pour l'achat de vaccins, de seringues et de réceptacles de sécurité. Ces sommes sont considérées comme des dépenses fixes par le ministère des Finances et, depuis 2005, la totalité du financement requis pour l'achat des vaccins et des fournitures provient du budget national. L'étendue de la loi sur les vaccins inclut désormais inclure le concept de la vaccination comme étant un droit et un bien public et maintient la vaccination en tant que service public et gratuit.

Le Conseil consultatif national sur l'immunisation (CCNI), créé en 1999, regroupe des membres de sociétés scientifiques, d'associations professionnelles et d'universités et se réunit quatre à six fois par an. Le CCNI publie des recommandations sur le calendrier de vaccination et apporte un soutien technique. Le CCNI joue également un rôle important dans les tâches de plaidoyer en faveur du programme.

À l'heure actuelle, le calendrier de vaccination comprend les vaccins contre la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la grippe saisonnière (pour les adultes d'âge avancé), les formes graves de la tuberculose (BCG), la diphtérie, la coqueluche, la méningite et les maladies invasives dues au Hib et l'hépatite B (pour les nouveaux-nés, les nourrissons et les groupes à risque). Le PEV envisage d'introduire des vaccins nouveaux comme le vaccin conjugué contre le pneumocoque et le vaccin antitétavirus. Des études sur le fardeau de ces maladies et l'efficacité par rapport aux coûts ont donc

été menées. On a aussi analysé quel serait l'impact économique de cette introduction pour veiller à ce que le programme reste viable.

Globalement, pour tous les vaccins, le taux de couverture dépasse 90% depuis 1998. Néanmoins, les taux de couverture reculent à l'échelon national depuis 2003 (figure 1).

Méthodologie

L'évaluation du PEV a été effectuée selon la méthodologie multidisciplinaire de l'OPS. Elle s'effectue en deux étapes (plan qualitatif et plan quantitatif), à l'aide d'entretiens menés avec des personnes clés aux niveaux politique, administratif et opérationnel, avec pour objectif de passer en revue le fonctionnement des volets du PEV. De plus, et à la demande du pays, l'équipe a procédé à l'évaluation du système d'information du PEV au moyen de la méthodologie d'auto-évaluation de la qualité des données (*Data Quality Self-assessment* ou DQS) (1). On a pu ainsi apprécier la qualité du système, l'exactitude des données ainsi que le degré de ponctualité et d'intégrité des rapports.

L'équipe d'évaluation était composée de fonctionnaires du ministère de la Santé et de huit évaluateurs de différents pays. Douze des dix-huit départements du Honduras ont été sélectionnés (regroupant 65% de la population totale), dont les agglomérations de Distrito Central et de San Pedro Sula. Des entretiens ont été organisés aux échelons politique (32), administratif (34) et opérationnel (98), auprès de 22 agences et 174 usagers. L'équipe du DQS s'est rendue dans 21 dispensaires, 5 départements, au siège national du PEV et a rencontré l'équipe chargée des statistiques au niveau national.

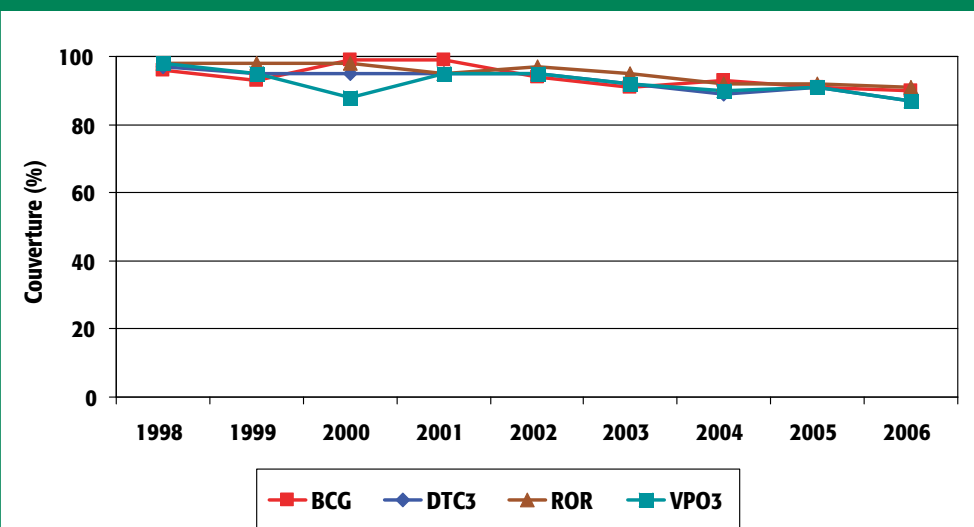
Conclusions et défis principaux

Les conclusions et défis principaux sont énumérés ci-après.

1. Conclusions :

- Le pays contribue la totalité des ressources nécessaires à l'achat des vaccins, des fournitures de vaccination et du maintien de la chaîne du froid.
- Le PEV a reconnu qu'il était important d'introduire des vaccins nouveaux et de préserver les acquis.
- Le PEV jouit d'une grande crédibilité, à tous les échelons, pour ce qui est de son efficacité et de sa transparence.
- Le PEV a mis en place d'excellents mécanismes de soutien administratif et scientifique.
- Le travail du PEV s'inscrit dans un plan stratégique sur plusieurs années.
- La prise de décisions repose sur des évaluations systématiques.
- Des réunions mensuelles ont lieu tous les mois au niveau opérationnel afin de suivre la performance de gestion.
- Aux échelons local et régional, la coordination avec d'autres programmes et institutions ainsi qu'avec les collectivités est de qualité satisfaisante. En zone frontalière, les activités de vaccination et la surveillance épidémiologique font l'objet d'une coordination entre pays.
- Au fil de la mise en œuvre du plan de sécurité de la vaccination, il est procédé à une surveillance et à une supervision systématiques et il est donné une suite appropriée aux événements supposés être attribuables à la vaccination ou l'immunisation (ESAVI).
- Le réseau de la chaîne du froid fonctionne bien dans tout le pays.
- Le système d'informations est bien organisé,

Figure 1. Couverture vaccinale avec le BCG, le DTC3, le ROR et le VPO3, Honduras, 1998-2006



Source: rapport par le biais des tableaux du PEV et le formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF), Unité d'immunisation, OPS.

avec un flux de données adéquat. Les comptes-rendus sont complets, effectués de manière opportune et permettent de surveiller en temps réel la couverture vaccinale par mois, municipalité et dispensaire.

- Le degré d'exactitude entre échelon de compte-rendu est élevé: l'administration de 96% des doses de pentavalent 1 et de 97% des doses de pentavalent 3 a pu être vérifiée dans les registres quotidiens des dispensaires visités.
- La déclaration obligatoire, l'investigation et l'intervention sont appliquées pour tous les cas de maladies évitables par la vaccination.
- Le pays respecte les indicateurs de surveillance internationale définis de la paralysie flasque aiguë (PFA) et de la rougeole/rubéole.
- Un bulletin hebdomadaire national de surveillance de la PFA, de la rougeole/rubéole et du syndrome de rubéole congénitale paraît depuis 2006.

2. Défis :

- Assurer une couverture supérieure ou égale à 95% dans toutes les municipalités du pays.
- Effectuer l'étude sur les dénominateurs démographiques du PEV.
- Assurer le financement pour une meilleure viabilité du programme.
- Intégrer l'appui aux activités de vaccination routinière dans la stratégie de communication en faveur de la santé maternelle et infantile.
- Garantir les moyens de transport pour accomplir toutes les activités programmatiques.
- Mener systématiquement des recherches actives sur les cas de maladies évitables par la vaccination dans les établissements de santé, conformément aux normes nationales en vigueur du PEV.

Recommandations

En plus de son rapport, l'équipe d'évaluation a

Partenariat avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination

De 2004 à 2006, le ministère de la Santé du Honduras et le PEV ont reçu un financement de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Ces crédits, de l'ordre de 456 500 dollars, ont servi à mettre en place le plan national de sécurité des injections. Le PEV a ainsi effectué des progrès marqués dans l'élimination et la destruction sans danger des seringues usagées lors d'activités de vaccination.

Depuis 2006, GAVI œuvre à l'appui de projets nouveaux comme le soutien aux services de vaccination (ISS), le soutien au renforcement des systèmes de santé (HSS) et le soutien pour les vaccins nouveaux et sous-utilisés (NVS). Le Honduras a présenté une proposition de projet ISS pour la période 2007-2011 et a reçu un financement (300 940 dollars). Un plan de décaissement de fonds au niveau opérationnel dans les régions sanitaires du pays est en cours d'élaboration.

Le ministère de la Santé s'apprête à soumettre également à GAVI des propositions de projet HSS et NVS. Les autorités sanitaires reconnaissent la valeur du financement de GAVI et le soutien que ces crédits apporteront en vue de fournir des services de santé de plus grande qualité.

GAVI représente les efforts coordonnés de gouvernements, d'agences internationales, de l'industrie, d'instituts de recherche, de la société civile et d'organisations philanthropiques dont le but est de sauver les enfants par le recours généralisé à la vaccination. À ce jour, GAVI a apporté son concours en partenariat avec une coopération technique de l'OPS à six pays remplissant les conditions requises en Amérique latine et dans les Caraïbes – la Bolivie, Cuba, Guyana, Haïti, le Honduras et le Nicaragua. Pour plus de renseignements, prière de consulter le site www.gavialliance.org.

dressé un plan d'action global sur cinq ans, pour faciliter l'application de ses recommandations dont les plus importantes sont reprises ci-après.

- Accélérer l'adoption d'une législation plus large sur la vaccination.
- Veiller à ce que les indicateurs du PEV servent de jalons au cours de la réforme du secteur de la santé.
- Considérer le PEV comme un tremplin pour étendre sa portée à d'autres interventions.
- Veiller à la disponibilité des ressources humaines appropriées à l'échelon local pour atteindre les objectifs du programme.
- Garantir la disponibilité des ressources humaines et financières pour être en mesure d'intervenir en cas d'urgence.

- Fournir à échelle locale des outils et le logiciel de communication requis pour la transmission de l'information.
- Encourager le partage de l'expérience avec d'autres pays de la Région et favoriser la publication des résultats d'études en rapport avec le PEV.
- Exhorter les autorités politiques à expliquer le caractère prioritaire que revêt le PEV lors de l'affectation des ressources afin de pérenniser les acquis et la capacité à affronter de nouveaux défis. ■

1 Organisation panaméricaine de la Santé. Auto-évaluation de la qualité des données de vaccination: l'expérience du Costa Rica. *Bulletin d'immunisation* 2006;28(1).

Systèmes d'informations géographiques appliqués aux programmes de vaccination

L'Unité d'immunisation (IM) et l'Unité d'Analyse et statistiques de santé (HA) de l'OPS ont organisé ensemble deux ateliers consacrés à l'utilisation des systèmes d'informations géographiques (GIS) appliqués aux programmes de vaccination. Le premier atelier a eu lieu à Saint-Domingue, en République dominicaine, du 8 au 9 juin 2007 et a rassemblé des participants du Costa Rica, de Cuba, du Guatemala, de Haïti, du Honduras, du Panama, du Mexique, du Nicaragua, de la République dominicaine et du Salvador. Le deuxième atelier s'est tenu à Quito en Équateur du 8 au 9 août 2007 et a rassemblé des participants de la Bolivie, du Chili, de la Colombie, du Pérou, du Paraguay, de l'Uruguay et

du Venezuela. Une démonstration sera organisée à Tobago en novembre 2007 au profit des pays des Caraïbes.

Ces ateliers avaient un double objectif: d'une part expliquer les GIS dans leurs grandes lignes ainsi que leur utilité dans la gestion des programmes de vaccination et, d'autre part, présenter pour la première fois l'initiative de l'OPS pour l'usage des GIS en santé publique. Le logiciel GIS utilisé lors des ateliers était le logiciel SIGEpi, un système d'informations géographiques gratuit élaboré par l'Unité d'Analyse et statistiques de santé de l'OPS pour la recherche épidémiologique spatiale.

Les participants à ces ateliers ont été formés aux

techniques GIS de pointe qui leur permettent de créer des variables nouvelles et des cartes thématiques à partir des données concernant la vaccination et les maladies évitables par la vaccination et, aussi, d'effectuer des analyses pour identifier les zones cruciales où les activités de vaccination et de surveillance doivent être renforcées. Ils ont aussi reçu un exemplaire de l'ouvrage préparé par HA intitulé *Geographic Information Systems in Health* (Systèmes d'informations géographiques en santé).

Les ateliers se sont déroulés en trois sessions:

Session théorique: Pour présenter les objectifs de l'atelier et les notions de base des GIS.

Session de démonstration: Pour initier les participants au logiciel SIGEpi à l'aide d'un exercice identifiant certains pays ayant des proportions différentes de municipalités atteignant un taux de

couverture vaccinale pour le DTP3 $\geq 95\%$, en utilisant des techniques de cartographie et de statistique descriptive de base.

Session pratique: Pour donner aux participants une expérience concrète de l'analyse géospatiale des données de vaccination, grâce au SIGEpi.

Au cours de la partie pratique, les participants ont dressé des cartes thématiques à partir des données de leur propre pays (voir cartes à droite).

Les participants ont réagi à ces ateliers de manière très favorable. Pour bon nombre d'entre eux, il s'agissait du premier contact avec les notions de GIS. Ces ateliers ont permis au pays disposant de données de surveillance et de couverture par municipalité de les ajuster aux codes SALB (Second Administrative Level Boundaries ou limites de deuxième degré administratif). Le projet et les données SALB font partie de la base de données géographiques de l'ONU et ont été préparés par le Groupe de travail des Nations Unies sur les informations géographiques. ■

N.B.: Pour plus de renseignements sur le SIGEpi, prière de joindre l'Unité d'analyse et de statistiques de santé à: HA@paho.org.

Que sont les systèmes d'informations géographiques?

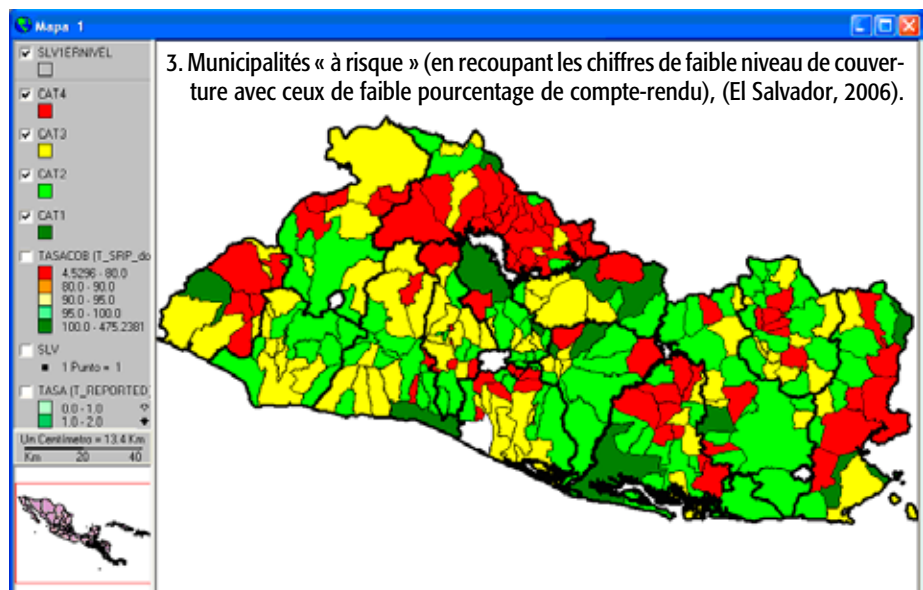
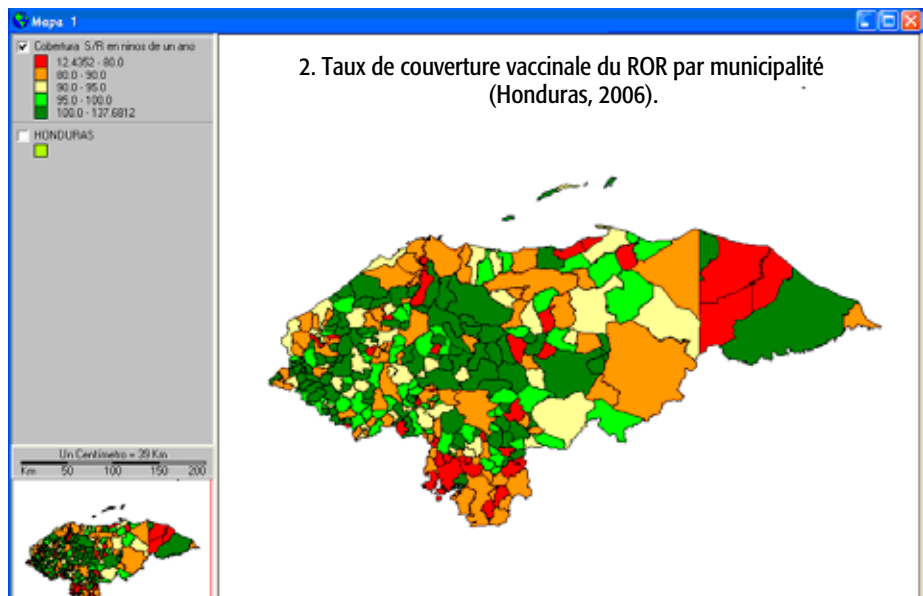
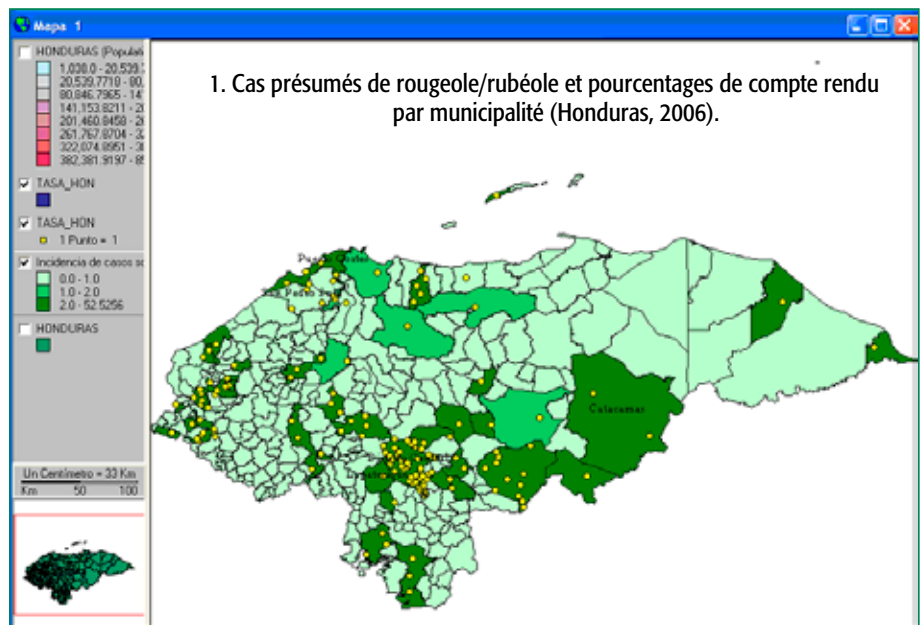
Les GIS ont été définis comme une « ...Technologie informatique réunissant un équipement (matériel), des programmes (logiciel) et des données dans le but de capter, de corriger, de représenter et, c'est essentiel, d'analyser des informations géographiques » (Lewis et Fletcher, 1991). Les GIS ajoutent une dimension d'analyse géographique à la technologie de l'information en servant d'interface entre les données et une carte. Les GIS sont des outils utiles pour présenter l'information aux décideurs avec rapidité et efficacité.

Les trois grandes composantes des GIS sont les suivantes:

1. Système: technologie informatique et infrastructure d'appui.
2. Information: connaissances et données.
3. Géographie: lieu et relations spatiales.

Les utilisations des GIS dans le domaine de la santé publique comprennent les suivantes:

- Déterminer la distribution géographique des maladies.
- Analyser les tendances spatiales et temporelles.
- Cartographier les populations à risque.
- Stratifier les facteurs de risque.
- Évaluer l'affectation des ressources.
- Planifier et cibler les interventions.
- Suivre le cours des maladies et des interventions.



Rougeole/Rubéole/SRC: classification finale, 2006

Pays	Total des cas présumés de rougeole/rubéole notifiés	Rougeole confirmée			Rubéole confirmée			Cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC)	
		Cliniquement	Laboratoire	Total	Cliniquement	Laboratoire	Total	Présumé	Confirmé
Anguilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antilles néerlandaises	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argentine	415	0	0	0	299	0	299	23	0
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	7	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélice	28	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermude	...	0	0	0	...	...	...	...	0
Bolivie	207	0	0	0	0	2	2	0	0
Brésil	20115	0	57	57 ^b	309	1337	1646	119	2
Canada	...	0	13	13	...	7	7 ^b	...	...
Chili	340	0	0	0	0	0	0	240	0
Colombie	2158	0	0	0	2	4	6	224	0
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	...	0	0
Cuba	1019	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	2	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	158	0	0	0	0	2	2	78	0
Équateur	416	0	0	0	0	0	0	0	0
États-Unis	...	0	45	45 ^b	...	4	4 ^b	...	0
Grenade	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	...	...	...	0	...	...	...	...	...
Guatemala	581	0	0	0	0	11	11	0	0
Guyana	14	0	0	0	0	0	0	1	0
Guyane française	70	0	0	0	...	...	...	...	...
Haïti	81	0	0	0	0	11	11	20	0
Honduras	152	0	0	0	0	0	0	14	0
Îles Caïman	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Vierges (RU)	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	130	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	...	...	...	0	...	...	...	...	...
Mexique	4504	0	23	23 ^b	0	74	74	0	0
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	194	0	0	0	0	0	0	0	0
Panama	219	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	596	0	0	0	0	0	0	1	0
Pérou	2422	0	0	0	33	694	727	508	12 ^c
Porto Rico	...	...	...	0	...	...	...	...	...
République dominicaine	276	0	0	0	0	21	21	...	...
Sainte-Lucie	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Kitts-et-Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	13	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	2459	8 ^a	91	99 ^b	0	188	188	...	...
TOTAL	36601	8	229	237	643	2355	2998	1228	14

... non disponible

(a) détectés par recherches actives; (b) importé/lié à une importation; (c) 2 cas d'infection de rubéole congénitale.

Source: MESS et rapports des pays au travers du formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF), 2007

Mise à jour: 7 décembre 2007

Parution de L'immunisation aux Amériques: Résumé 2007

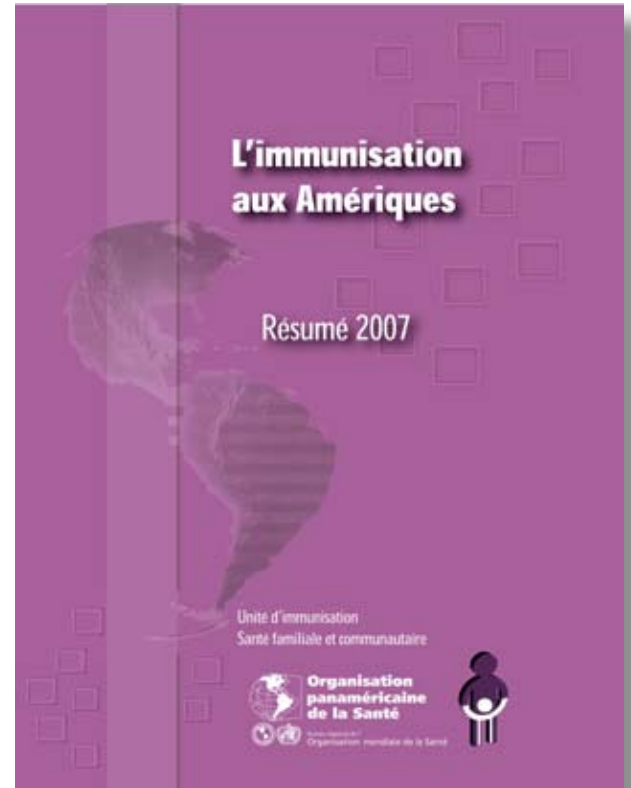
L'Unité d'immunisation publie chaque année une brochure sur *L'immunisation aux Amériques*. Le but de cette publication est de regrouper les données clés concernant la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination et la provision de services de vaccination dans les pays des Amériques. Cette publication sert d'étalon pour vérifier les progrès des programmes nationaux d'immunisation. Elle est disponible en anglais, en espagnol et en français.

Depuis l'édition 2006, les progrès accomplis en vue d'éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale ont été remarquables: le vaccin contre la rubéole figure désormais dans les calendriers de vaccination de tous les pays de la Région. Plus de 116 millions de personnes ont reçu ce vaccin lors de campagnes de vaccination de masse ciblant adolescents et adultes.

Il reste cependant beaucoup à accomplir. Un enfant sur trois en Amérique latine et dans les Caraïbes habite dans un district où le niveau de couverture vaccinale est insuffisant. Pour conclure le programme inachevé, il conviendra d'amplifier la couverture pour qu'elle dépasse 95%.

Des programmes nationaux de vaccination solides, soutenus par le programme régional de l'OPS, seront essentiels pour surmonter les obstacles à la santé qui conduisent à l'inégalité. Une couverture vaccinale insuffisante et le manque d'accès aux vaccins nouveaux qui sauvent des vies constitueront probablement les défis les plus sérieux auxquels nous devons faire face si nous voulons réussir à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Pour obtenir la brochure, veuillez envoyer votre demande à fch-im@paho.org. La version électronique de la brochure pour les trois dernières années peut être consultée sur la page web de l'Unité d'immunisation à www.paho.org/immunization. ■



Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par l'Unité d'immunisation de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce Bulletin ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Année XXIX, Numéro 5 • Octobre 2007

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Pan American
Health
Organization**



Regional Office of the
World Health Organization

Unité d'immunisation

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/immunization>