



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXIX, NUMÉRO 3 ► JUIN 2007

- 1 Mobilisation des ressources et partenariats pour l'élimination de la rubéole et du SRC
- 1 Campagne au Honduras
- 4 Campagne au Salvador
- 5 Campagne en Argentine
- 7 Enseignements tirés
- 8 Phases des campagnes d'élimination de la rubéole et du SRC

Mobilisation des ressources et partenariats pour atteindre l'objectif régional d'élimination de la rubéole et du SRC

Au début des années 1990, les activités d'élimination de la rougeole ont mis en évidence que la rubéole constituait un problème significatif de santé publique dans la Région des Amériques. Depuis, des progrès ont été effectués en vue de l'interruption de la transmission endémique du virus rubéoleux dans la Région, qui ont eu pour résultat la baisse rapide du nombre de cas de rubéole et de bébés atteints du syndrome de rubéole congénitale (SRC) (figure 1).

Les données à disposition en matière de coût-avantages et la disponibilité d'un vaccin sûr, d'un coût abordable et efficace ont incité le Conseil directeur de l'OPS à adopter la résolution CD44.R1 en 2003, préconisant l'élimination de la rubéole et du SRC aux Amériques d'ici 2010. Trois années plus tard, le 47^e Conseil directeur a réaffirmé que l'élimination de la rubéole était une priorité pour la Région, en reconnaissant qu'il fallait un engagement soutenu de la part des États membres et de leurs partenaires pour parvenir à ce but. Au vu des progrès accomplis, la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine adoptera en octobre prochain une résolution établissant un comité international d'experts pour documenter l'interruption de la transmission des virus de la rougeole endémique et de la rubéole dans la Région.

Stratégie d'élimination

La stratégie de l'OPS pour l'élimination de la rubéole et du SRC prévoit d'intégrer dans le calendrier de vaccination systématique pédiatrique un vaccin antirubéoleux, d'organiser à intervalles périodiques des campagnes de suivi avec le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR), de fusionner la surveillance de la rougeole et de la rubéole, de mettre en œuvre et de renforcer la surveillance du SRC et de lancer une campagne de vaccination de masse en une seule fois, visant hommes et femmes, pour rapidement réduire le nombre de sujets susceptibles.

Campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole au Honduras

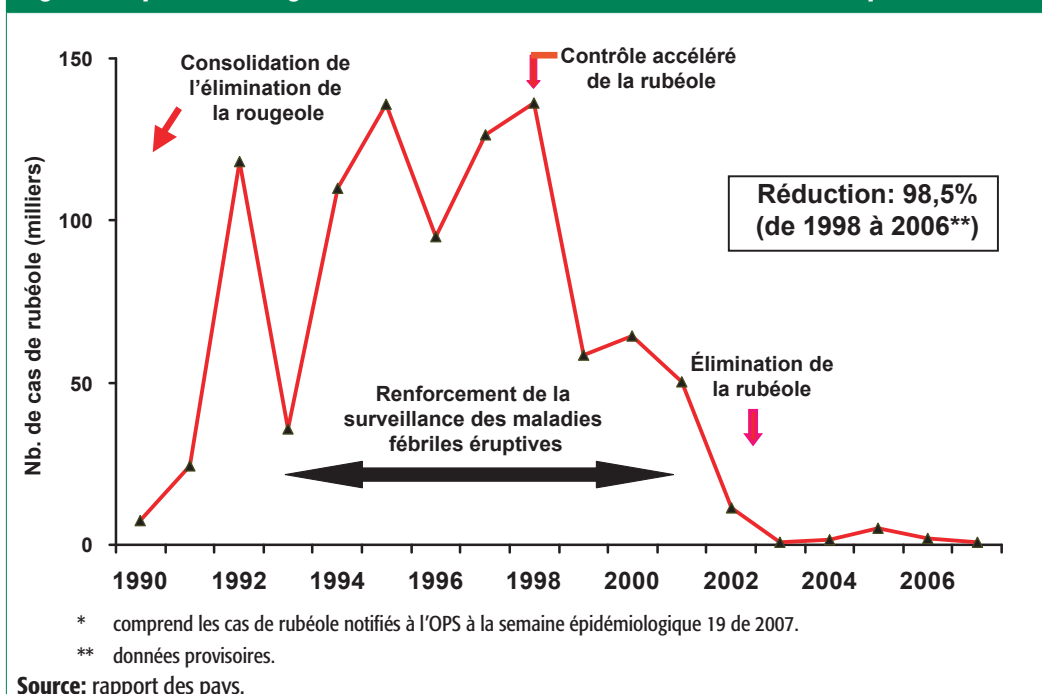
Dans les années 1990, le Honduras déclarait 133 cas de rubéole, en moyenne, par an, ce qui correspond à un taux d'incidence annuel de 2,55 cas pour 100 000 habitants. Toutefois, la sous-déclaration des cas était probablement très élevée. En 1998 et 1999, une flambée de rubéole entraîna la déclaration de 1507 cas, 64,5% d'entre eux confirmés par analyse de laboratoire. Soixante-sept pour cent des malades étaient des femmes. Entre 1998 et 2001, 210 cas présumés de syndrome de rubéole congénitale (SRC) donnèrent lieu à une enquête et 11 d'entre eux furent confirmés par analyse de laboratoire.

En 1997, le Honduras a introduit le vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) dans le calendrier vaccinal des enfants âgés de 12 mois. En 1999, pour endiguer la rubéole et le SRC, le vaccin RR (rougeole-rubéole) a été introduit pour les femmes en âge de procréer (FAP) de 12 à 49 ans. En 1999-2001, le taux de couverture vaccinale chez les FAP a atteint 67%.

Stratégie d'élimination

En 2000, le Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a recommandé le lancement d'une initiative régionale pour la prévention de la rubéole et du SRC. En 2001, par le biais du Programme élargi de vaccination (PEV), le ministère de la Santé du Honduras a adopté la stratégie préconisée par l'OPS dans le but d'accélérer la lutte contre la

Figure 1. Impact des stratégies de contrôle et d'élimination de la rubéole, les Amériques, 1990-2007*



Les éléments déterminants d'une campagne vaccinale de haute qualité sont, entre autres, un engagement et une participation résolus de la part des autorités politiques, une forte communication sociale, une mobilisation sociale intensive, une micro-planification à échelle locale pour assurer la pleine participation de la communauté, le concours des sociétés scientifiques et autres intervenants sociaux et l'inclusion des médias.

Coût de la stratégie

Les données relatives à la charge de morbidité rubéoleuse recueillies au fil des activités d'élimination de la rougeole ont permis d'accélérer le contrôle de la rubéole et du SRC (1998-2003). Les premiers pays ayant appliqué cette stratégie de vaccination contre la rubéole, comme le Brésil, les Caraïbes anglophones, le Chili, le Costa Rica et le Mexique, ont consacré 110 millions de dollars (US) à ces efforts. Après l'adoption de la résolution du Conseil directeur de l'OPS en 2003, le coût supplémentaire de la mise en œuvre de l'initiative d'élimination de la rubéole et du SRC a été estimé à 210 millions de dollars (2003-2010). Ce montant inclut le déblocage d'environ 35 millions de dollars (soit 17% du budget total) de sources hors budget de la part de l'OPS, de l'OMS et des partenaires. Le solde, soit quelque 175 millions de dollars (83%), proviendrait des programmes nationaux pour financer la surveillance, les tests de laboratoire, les activités de vaccination d'appoint, la supervision, la mobilisation sociale, la formation, la recherche, l'évaluation du programme et la documentation des activités d'élimination de la rubéole.

Mobilisation des ressources

Après l'adoption de la résolution en 2003, le Conseil directeur de l'OPS a dressé un plan d'action régionale de mobilisation de ressources afin de par-

venir à éliminer la rubéole et le SRC d'ici à 2010.

Depuis 2003, de gros efforts en matière de mobilisation de ressources ont été consentis pour pérenniser l'initiative en diversifiant les sources de financement. À cette fin, la coordination intersectorielle avec les partenaires de l'OPS, les agences gouvernementales extérieures, les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations locales a été essentielle à la mobilisation des ressources non couvertes par le financement public pour mener les activités d'élimination de la rubéole. Entre 2003 et décembre 2006, 100,4 millions de dollars ont été investis dans l'initiative régionale: 76,5 millions de la part des pays et 1,3 million provenant du budget courant de l'OPS et de l'OMS. En outre, des partenaires de l'OPS, des fournisseurs de vaccins et des ONG ont apporté plus de 22,6 millions. Ces fonds ont permis de couvrir les coûts de surveillance, des campagnes, de la formation, de l'évaluation et de la recherche en rapport avec les activités d'élimination.

Pour que l'objectif d'éliminer la rubéole soit atteint d'ici 2010, il faudra 112,5 millions de dollars de plus pour mener à terme les campagnes de vaccination contre la rubéole et entretenir et renforcer la surveillance intégrée de la rougeole/rubéole et du SRC dans la Région. Sur ce montant, 95,5 millions (soit 85%) proviendront des gouvernements et l'OPS est en train de mobiliser le solde de 17 millions (15%), en collaboration avec ses partenaires. Qui plus est, le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat des vaccins, qui par le passé est parvenu à obtenir, sans discontinuité, des vaccins et des seringues de haute qualité et à des prix abordables, continuera à remédier aux déficits en vaccins des pays, alors qu'approche l'élimination de la rubéole.

Partenariats

Les partenaires de l'OPS ont contribué de manière capitale au succès des efforts visant à relever le

défi énoncé dans la résolution CD44.R1, à savoir éliminer la rubéole et le SRC dans la Région d'ici 2010. Parmi ces partenaires, il faut citer la Croix-Rouge américaine, les Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies, l'Agence Canadienne de Développement International, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, la Banque interaméricaine de développement, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, l'Agence du Japon pour la coopération internationale, March of Dimes, Sabin Vaccine Institute, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, l'Agence des États-Unis pour le développement international, l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours et Serum Institute of India. Chacun de ces partenaires a pesé de manière stratégique dans la mise en place et/ou l'évaluation des campagnes ponctuelles de vaccination de masse organisées à travers la Région. De gros fabricants de vaccins ont aussi contribué aux succès de cette initiative en faisant don de produits biologiques de haute qualité, palliant ainsi les carences et le manque de financement des pays.

Conclusion

Grâce à l'appui et au dévouement indéfectibles des partenaires de l'OPS –agences multilatérales et bilatérales, ONG et contributeurs locaux– la Région a fait de grands pas en avant, non seulement vers l'interruption de la transmission du virus rubéoleux mais aussi vers le renforcement des activités destinées à éliminer la rougeole. ■

HONDURAS suite de la page 1

rubéole et de prévenir le SRC, tout en renforçant l'élimination de la rougeole.

Le Honduras a fondé sa décision de consolider l'élimination de la rougeole et d'accélérer le contrôle de la rubéole et du CRS sur l'analyse épidémiologique de la rubéole et le coût-avantage de la stratégie, selon la méthode de Stray-Pedersen.¹ D'après les estimations, le ratio coûts-avantages d'une campagne destinée à vacciner 3,2 millions de personnes serait de 1:10.

Objectifs de la campagne

Les grands axes du plan national de la campagne de vaccination sont les suivants:

- Intensifier les activités pour le contrôle de la rubéole et la prévention du SRC.
- Parvenir à un taux de couverture vaccinale de 95% avec une dose de RR chez les femmes de 5 à 49 ans et les hommes de 5 à 39 ans, au niveau national.
- Commencer et terminer le calendrier de vaccination, tous antigènes confondus, chez les enfants de 5 ans et les autres groupes ciblés par le programme.

La population cible a été définie sur la base de projections provenant du recensement de la population et des habitations de 1988 et de l'analyse de cohortes féminines dans la tranche d'âge de 12 à 49 ans vaccinées avec le RR entre 1999-2001. Les cibles suivantes ont été fixées: 1 101 933 femmes âgées de 5 à 49 ans et 2 115 967 hommes âgés de 5 à 39 ans (total = 3 217 900), soit 53 % de la population totale du pays.

Exécution de la campagne

La campagne a été articulée autour de la participation de la communauté. Les services de la fonction publique, les agences de coopération internationale, les entreprises privées et la société civile ont unis leurs efforts en vue d'un but commun.

La campagne a été exécutée en appliquant les grandes stratégies suivantes:

- L'annonce que la campagne représentait une priorité nationale, avec publication d'un communiqué présidentiel encourageant l'établissement d'alliances stratégiques aux niveaux national, départemental, municipal et local pour faciliter le déroulement des activités.
- La mise en place d'alliances stratégiques réunissant des parties intéressées des secteurs public et privé pour veiller à ce qu'ils s'investissent et participent pleinement aux étapes de plani-

1 Stray-Pedersen B. Economic evaluation of different vaccination programs to prevent congenital rubella syndrome. NIPH Ann. 1982;5(2):69-83.

fication, d'exécution et d'évaluation de la campagne.

- L'identification des populations cibles, principalement sur les lieux de travail et dans les écoles, pour définir les stratégies de vaccination et les besoins en produits biologiques, seringues et autres fournitures.
- La promotion de la campagne comme un élément de la stratégie de mobilisation sociale du PEV.
- Le recours à la formation, au suivi, à la supervision et à l'évaluation comme dispositifs de contrôle pour la gestion du processus, depuis la planification jusqu'à la mise en œuvre.

La campagne a débuté en juin 2002. Dans le souci d'optimiser les ressources, le lancement de l'initiative a eu lieu au cours de la première semaine des Journées nationales de vaccination (JNV) qui ont lieu tous les ans afin de consolider l'éradication de la polio. La campagne s'est déroulée en plusieurs phases, comme suit:

- Phase I (une semaine): administrer une dose de vaccin polio oral aux enfants de moins de 5 ans et une dose de RR à la population, largement féminine, qui les accompagnait.
- Phase II (deux semaines): administrer une dose de vaccin RR aux populations féminines (5-49 ans) et masculines (5-39 ans) concentrées dans les jardins d'enfants, les établissements d'enseignement primaire et secondaire et les universités des secteurs privé et public. Outre les élèves et étudiants, le personnel enseignant et administratif a été vacciné en dispensaire et dans des postes mobiles.
- Phase III (deux semaines): vacciner les femmes (5-49 ans) et les hommes (5-39 ans) sur leurs lieux de travail, en service de vaccination fixe.
- Phase IV (une semaine): effectuer des recherches de personnes non vaccinées dans les dispensaires et les collectivités, sur les lieux de travail, et dans les centres d'éducation pour identifier et vacciner les personnes non immunisées. En parallèle, des activités de suivi rapide de la couverture (SRC) ont été menées dans des communautés à risque.

Résultats de la campagne

La campagne n'a pas progressé comme prévu en raison d'une urgence nationale due à une flambée de fièvre hémorragique imputable à la dengue. La vaccination a été interrompue dans deux grandes régions sanitaires du pays qui réunissaient plus de 60% de la population visée. Les sept régions sanitaires restantes ont aussi ressenti cet impact sous la forme d'un ralentissement de la cadence de vaccination. Six semaines après le début de la campagne, le taux de couverture vaccinale n'avait pas dépassé 82% (2 635 502 vaccinés). Les autorités du pays ont donc décidé de reprendre la campagne une fois l'épidémie de dengue maîtrisée.

La campagne a redémarré fin novembre et s'est poursuivie jusqu'en décembre 2002, atteignant un taux de couverture de 93% (2 992 647 vaccinés) à l'échelon national.

Faute d'avoir atteint le taux de couverture de 95%, des recherches exhaustives de cas et des activités de SRC ont été menés en 2003 afin d'identifier les populations non vaccinées.

À l'issue des JNV organisées entre le 2 et le 7 juin 2003, le Honduras a enfin atteint un taux de couverture de 98% à l'échelon national: 100% des femmes et 97% des hommes ciblés ont été vaccinés (figure 1). L'opinion erronée associant la vaccination à une méthode de stérilisation explique probablement le taux de couverture plus faible chez les hommes. Jusqu'à 25% des FAP vaccinées entre 1999 et 2001 l'ont probablement été à nouveau, faute de pouvoir produire leur carnet de vaccination.

Le recours systématique au SRC pendant les journées nationales de vaccination, les campagnes de masse et des activités programmatiques régulières ont facilité l'identification des zones à risque d'obtenir une couverture <95%.

Toutes les régions sanitaires du Honduras ont obtenu un taux de couverture >95%, par groupe d'âge et par sexe, excepté la région sanitaire numéro 4 (départements de Choluteca et de Valle) où le taux de couverture masculine a été inférieur à ce chiffre. Sur les 298 municipalités que compte le pays, 78% (231) ont atteint un taux de couverture vaccinale avec le RR >95% chez les hommes de 5 à 39 ans. Chez les femmes de 5 à 49 ans, plus de 89% des municipalités ont obtenu une couverture >95%.

Dans les hôpitaux, le vaccin RR a été introduit après l'accouchement et 80 000 femmes ont été vaccinées.

Aucune manifestation indésirable grave n'a été déclarée à l'échelon national. Seuls deux cas de vaccination par inadvertance de femmes enceintes ont été signalés au cours de la campagne. Un suivi

a été effectué et les deux mères ont accouché d'un bébé en bonne santé.

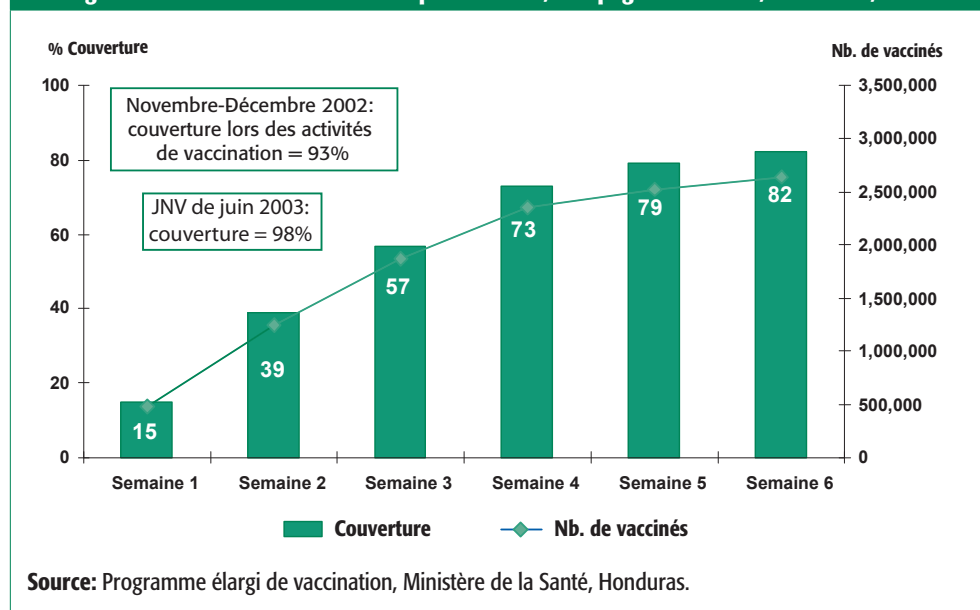
Les JNV de 2002 et la campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la rubéole ont coûté US \$2 638 750. De ce total, 89% (US \$2 354 997) provient du gouvernement du Honduras, sous forme de fonds affectés au PEV par le ministère de la santé, des municipalités et du secteur privé. Le solde de \$283 753 a été couvert par des dons de l'Agence des États-Unis pour le développement international, de l'Agence de Suède pour le développement international, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, de l'OPS et d'autres organisations comme le Rotary Club et les laboratoires Merck.

Conclusion

Le Honduras a mené avec succès une campagne de vaccination de masse contre la rougeole et la rubéole en dépit de difficultés imputables à la survenue d'une urgence sanitaire nationale. Parce que le taux de couverture de la campagne 2002 n'a pas dépassé 93% chez les hommes de 5 à 39 ans et les femmes de 5 à 49 ans, il a fallu mener des activités d'appoint pour parvenir à l'objectif de départ. Pendant les JNV de 2003, des recherches ont été menées pour identifier les populations non vaccinées et le taux de couverture du RR a atteint 98% au niveau national. ■

Auteurs: Ida Berenice Molina, Regina Trinidad Durón, María Aparicia Palma; Programme élargi de vaccination, Ministère de la Santé, Honduras.

Figure 1. Couverture du vaccin RR par semaine, campagne de masse, Honduras, 2002



Source: Programme élargi de vaccination, Ministère de la Santé, Honduras.

Élimination de la rubéole et du SRC au Salvador

Introduction

De 1997 à 2004, le Salvador a mis en œuvre une stratégie accélérée de contrôle de la rubéole. En 1997, le vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) a été introduit dans le calendrier de vaccination systématique pour les enfants âgés d'un an. Depuis son introduction, la couverture vaccinale du ROR avoisine 95%. L'année précédente, le ROR avait été inscrit au programme « Écoles en bonne santé » qui vise près de 600 000 écoliers de 6 à 12 ans. Au cours des deux années suivantes, le ROR a été offert dès l'entrée à l'école. De plus, entre 1997 et 1998, 640 000 femmes de 15 à 25 ans ont été vaccinées contre la rubéole. Une fois terminé le programme « Écoles en bonne santé », la deuxième dose de ROR a été offerte dans tous les dispensaires aux enfants de 6 ans. Cependant, en l'an 2000, cet âge a été ramené à 4 ans car le taux de couverture vaccinale à l'âge de six ans n'avait pas franchi 60% (tableau 1).

Planification de la campagne

En 2004, le Salvador a lancé des efforts pour éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC). En plus de renforcer la surveillance de la rubéole et du SRC, les autorités sanitaires décidèrent de lancer une campagne de vaccination de masse pour rapidement interrompre la transmission endémique de la rubéole. Une étude menée à l'échelle locale avait conclu qu'une campagne de vaccination à grande échelle ciblant hommes et femmes entre 15 et 39 ans serait avantageuse par rapport au coût.

La planification de la campagne de vaccination de masse a pris six mois. La préparation de plans détaillés à l'échelle locale a duré un mois. La planification a aussi compris une vaste campagne de communication avant le début de la campagne de vaccination pour encourager les dons de sang, le déficit en approvisionnement sanguin étant un problème chronique au Salvador. Cette démarche était nécessaire car la réglementation internationale décourage le don de sang après l'administration d'un vaccin atténué comme le vaccin RR (rougeole-rubéole) et il était crucial pour le pays de garantir un approvisionnement continu.

Exécution de la campagne

Entre avril et mai 2004, le Salvador a mené une campagne de vaccination de masse visant hommes et femmes âgés de 15 à 39 ans (47% de la population du pays) avec le vaccin RR (tableau 1). Lors des deux premières semaines de la campagne, les activités ont ciblé les populations dites captives sur les lieux travail et dans les écoles et universités. De plus, des antennes de vaccination ont été installées là où les personnes se rassemblent, comme les marchés, les centres commerciaux et les arrêts d'autobus. Les quatre semaines suivantes ont été consacrées à la vaccination porte-à-porte, une stratégie capitale pour atteindre les habitants en milieu rural. Plus de 4000 agents de santé ont travaillé exclusivement pour la campagne. Le taux de couverture globale a atteint 99%, ce qui correspond à 2 796 391 personnes vaccinées.

Le suivi journalier des progrès à l'échelon municipal et le suivi hebdomadaire au niveau central ont

été essentiels pour détecter les problèmes et les rectifier à temps. Lors de la quatrième semaine, par exemple, il est devenu manifeste que le taux de couverture vaccinale des hommes entre 20 et 34 ans était nettement inférieur à celui des autres groupes. Les messages de communication ont donc ciblé cette tranche d'âge et le taux s'est amélioré.

Un autre volet essentiel de la campagne, outre le suivi hebdomadaire de la couverture administrative, a été le suivi rapide de la couverture (SRC) pour s'assurer que les cibles de vaccination étaient atteintes. Le SRC a été déterminant pour repérer les poches de populations non vaccinées. Au final, plus de 380 SRC ont été effectués et ont signalé un taux de couverture $\geq 95\%$. Il convient de noter que le Salvador est le premier pays des Amériques à mener autant d'activités de SRC en tant que composante à part entière de sa campagne d'élimination de la rubéole.

Le vaccin RR n'était pas offert aux femmes enceintes mais 909 femmes enceintes ont été vaccinées par inadvertance. Cinquante-neuf pour cent d'entre elles (6,5%) ont été classées comme sujet susceptible à la rubéole au moment de la vaccination. Tous les enfants de ces mères ont été évalués à la naissance. L'un d'eux présentait des signes d'infection au virus vaccinal mais aucun ne souffrait de malformation congénitale compatible avec le SRC.

Conclusion

La vaccination des hommes et des femmes de 5 à 39 ans constitue la première étape dans les efforts du Salvador pour éliminer la rubéole et le SRC. Pour mener les stratégies de vaccination à bien, les autorités sanitaires devront évaluer les cohortes protégées.

Nombre d'enseignements ont été tirés de la campagne de vaccination contre la rubéole au Salvador, dont l'importance d'associer toutes les composantes du système de santé (y compris l'Institut Salvadorien de Sécurité Sociale) et de mettre l'accent sur les efforts de communication et de mobilisation sociale, le besoin de détailler les stratégies de vaccination à l'échelon local et le poids déterminant du SRC pour pouvoir atteindre les objectifs fixés. La campagne de communication concernant le don de sang a été couronnée de succès car aucune pénurie n'a été signalée au cours de la campagne. Le pays met désormais ces leçons à profit lors de campagnes de vaccination contre d'autres maladies comme la grippe (2004) et le rotavirus (2006). Les connaissances accumulées au cours de la campagne de vaccination de masse contre la rubéole au Salvador seront capitales lorsque de nouveaux vaccins seront introduits dans le pays. ■

Auteurs : Nora Villatoro, Programme élargi de vaccination (PEV), Ministère de la Santé (MS), El Salvador; Ana Elena Chévez, ex-PEV/MS, El Salvador; Desirée Pastor, Unité d'immunisation (IM), OPS/El Salvador; C. Castillo-Solórzano, IM, OPS/Washington.

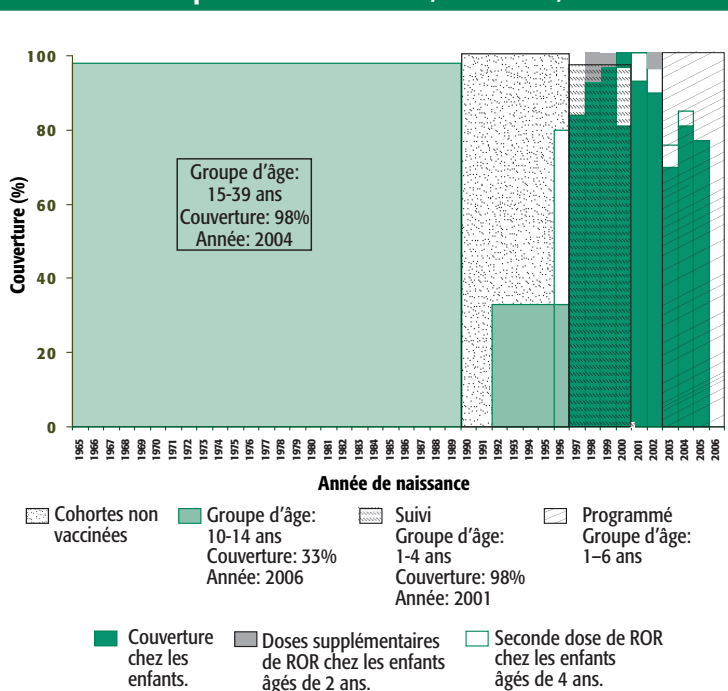
Tableau 1. Élimination de la rubéole et du SRC au Salvador: stratégies de vaccination, 1997-2007

Année	Stratégie	Vaccin	Population visée	Couverture
1997	Introduction de la première dose (programme de vaccination systématique)	ROR	Enfants d'un an	>90%
1996-1999	Programme « Écoles en bonne santé »	ROR	Enfants de 6 à 12 ans	100%
1997-1998	Vaccination porte-à-porte	Rubéole	Femmes de 15 à 25 ans	80%
2000	Introduction de la deuxième dose (programme de vaccination systématique)	ROR	1999: cohorte d'enfants de 6 ans 2000-2006: cohorte d'enfants de 4 ans	80%
2001	Campaña de seguimiento	SR	Niños de 1 a 4 años de edad	98%
2004	Campagne de vaccination	ROR	Hommes et femmes de 15 à 39 ans	99%
2007*	Campagne de suivi	RR	Enfants de 1 à 6 ans	95% (objectif)

* fin prévue pour juillet 2007

Transmission de la rubéole et susceptibilité après la campagne au Salvador

Figure 1. Couverture chez les personnes vaccinées contre la rougeole et la rubéole par année de naissance, El Salvador, 1965-2006



Note: les doses administrées par le programme des écoles en bonne santé ne sont pas comprises.

Source: Ministère de la Santé, El Salvador.

En raison d'une petite flambée rubéoleuse (2 cas confirmés) chez des élèves âgés de 10 à 14 ans en août 2006, une analyse de cohortes a été menée pour déterminer si elles étaient toutes protégées contre la maladie. L'analyse a démontré que 1) certains groupes n'avaient pas été ciblés pour la vaccination avec le ROR ou le RR, 2) tous les enfants n'avaient pas reçu une dose de ROR avant leur cinquième anniversaire (figure 1) et 3) la campagne de suivi prévue pour 2005, pour pallier l'accumulation de sujets susceptibles (étant donné que le ROR n'est pas un vaccin efficace à 100%), n'avait pas été menée. Par conséquent, pour empêcher une résurgence de la transmission rubéoleuse, plus de 180 000 élèves de 10 à 14 ans ont été vaccinés en novembre 2006. Pour parvenir à éliminer la rubéole, maintenir l'élimination de la rougeole et limiter les flambées causées par les importations, il faut veiller à ce que toutes les cohortes soient protégées. Dans ce but, une campagne de suivi ciblant les enfants de 1 à 6 ans (nés entre 2002 et 2006) est prévue pour les mois de juin-juillet 2007 et une campagne de vaccination de masse ciblant les élèves de 11 à 17 ans est prévue pour 2008.

La flambée de 2006 au Salvador et l'analyse de cohorte qui l'a suivie montrent que, en dépit d'un taux élevé de couverture vaccinale systématique du ROR et d'une campagne de vaccination de masse couronnée de succès, certains groupes peuvent toutefois ne pas être protégés. Lors de la planification des campagnes de vaccination de masse pour l'élimination d'une maladie, les pays doivent soigneusement analyser les stratégies mises en œuvre et les résultats obtenus pour garantir que tous les groupes potentiellement susceptibles sont ciblés. Par ailleurs, même si le calendrier de vaccination systématique recommande l'administration de deux doses de ROR, les campagnes de suivi restent nécessaires si un taux de couverture de 95% ne peut être assuré pour les deux doses dans toutes les municipalités.

Campagne de vaccination contre la rubéole en Argentine

Antécédents

Depuis 1998, le ministère de la santé (MS) argentin a mis en œuvre des stratégies de vaccination et de surveillance fondées sur l'analyse des tendances de la rubéole, des groupes susceptibles et du coût-avantage des interventions. Le MS s'est engagé à atteindre le but de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2010.

Compte tenu des études de séroprévalence, du taux de couverture vaccinale obtenu par le programme systématique avec deux doses de vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole), des comportements de la population adulte et de la disponibilité des vaccinateurs, le pays a fait des femmes âgées de 15 à 39 ans (n=6 795 786) le groupe cible de sa campagne d'élimination de la rubéole et du SRC de 2006. Pour limiter le risque de transmission virale, les hommes faisant partie de groupes dits captifs, au travail ou dans des établissements fermés, et des groupes exposés à un danger d'infection supérieurs ont aussi été vaccinés.

Organisation et planification

L'organisation et la planification de la campagne ont été coordonnées avec les autorités politiques et techniques des provinces du pays. Compte tenu des progrès effectués en matière de couverture, les décisions ont été prises par le Conseil fédéral de la Santé (COFESA) lors de réunions mensuelles auxquelles participaient les autorités sanitaires du ministère et des provinces.

Une résolution ministérielle a conféré un soutien politique et juridique au niveau national, tandis que les provinces préparaient des déclarations en faveur de la campagne et que leurs gouvernements adoptaient des résolutions en ce sens. Le MS a dressé un budget (US \$10 833 750) et transféré ces crédits aux provinces. Ce budget couvrait les rubriques de produits biologiques et seringues (55,3%), la campagne de communication sociale (17,6%) et les coûts de fonctionnement (27,1%). Les provinces ont aussi affecté des ressources issues de leurs budgets propres. La chaîne du froid

a été renforcée grâce à l'achat de réfrigérateurs (n=2300) et de glacières (n=2000) pour les activités de vaccination sur le terrain.

Il a fallu huit mois de préparations avant de lancer la campagne. Une série de documents techniques ont été mis au point à l'appui de la campagne, tels que des directives techniques et opérationnelles, des guides détaillés de planification locale, des manuels à l'intention des vaccinateurs, des listes de questions-réponses et des protocoles pour le suivi en cas de vaccination par inadvertance de femmes enceintes. Une formation a été dispensée tout d'abord pour les gestionnaires du programme dans les provinces par le biais de quatre ateliers régionaux. Dans le but de renforcer la formation et la micro-planification à l'échelle locale, les ateliers ont de nouveau été organisés dans les 512 départements des provinces grâce à des fonds provenant du gouvernement fédéral. Les vaccinateurs et superviseurs de 2171 municipalités ont suivis ces ateliers.

Diverses organisations ont été associées à la campagne, notamment des cercles scientifiques (pédiatrie, obstétrique et gynécologie, périnatalogie, neurologie, orthophonie, ordre des médecins argentins, association de médecine familiale et soins infirmiers), le Rotary Club, l'*Asociación Apoyo Familiar* (association pour le soutien aux familles),

l'Asociación Mensajeros de la Paz (association des messagers de la paix) ainsi que des agences de coopération internationale (UNICEF et OPS). La Fédération des sociétés d'obstétrique et de gynécologie, la Société de Pédiatrie, la Société de Périnatalogie, l'Association de Médecine familiale et la Fédération des Soins infirmiers de l'Argentine ont signé une déclaration en faveur de la campagne de vaccination.

La campagne de communication sociale menée au niveau national prévoyait des messages clairs destinés à deux groupes de population: les adolescents et étudiants, ainsi que les femmes avec enfants. Des annonces ont été diffusées aux heures de grande écoute lors des émissions radio et télévisées favorites des deux groupes cibles. Des affiches et prospectus ont été envoyés aux provinces pour qu'elles soient distribuées dans les lieux très passants. Des encadrés publicitaires sont parus dans les revues et quotidiens à tirage national. En outre, ce matériel a été mis à disposition sous format numérique aux provinces pour qu'elles puissent les adapter à leur contexte local. Des informations au sujet de la campagne ont aussi été diffusées sur le web, par le biais de numéros verts et d'une adresse électronique assignée à l'initiative.

Exécution de la campagne

Commencé le 1^{er} septembre, la campagne devait durer deux mois. Or, à l'issue des 30 premiers jours, seulement 5 des 24 provinces avaient atteint un taux de couverture supérieur à 80% et la couverture n'était que de 46% au niveau national. Les provinces très peuplées, comme celles de Buenos Aires, Capital Federal et Santa Fe frisaient les 40%.

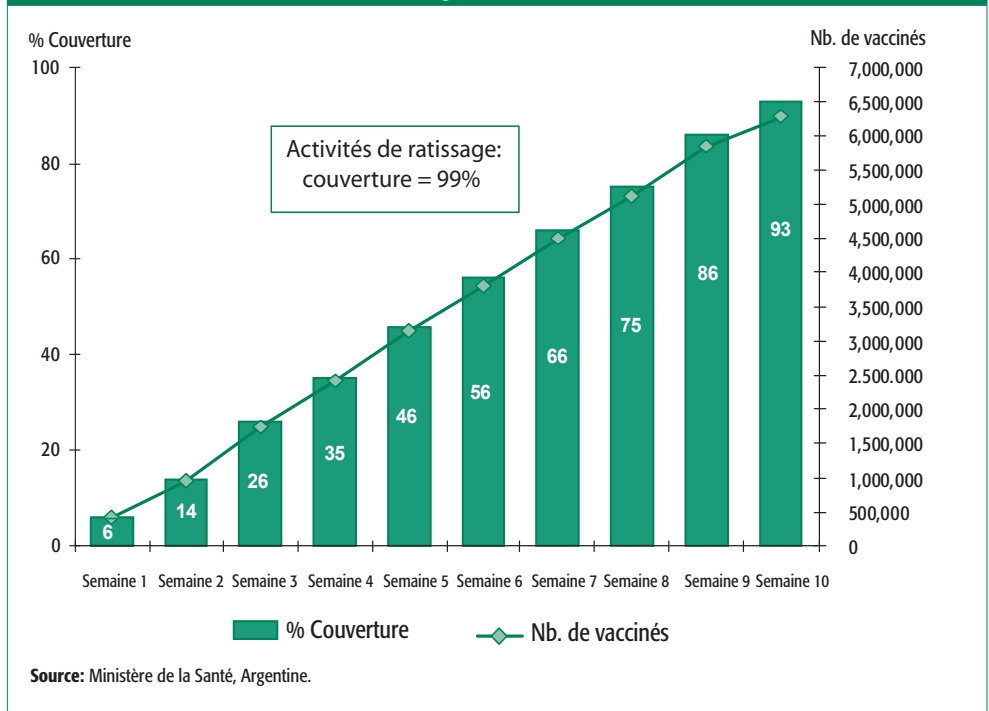
La situation s'est encore dégradée lorsqu'une rumeur a circulé par voie de courriels en chaîne fin septembre prétendant que le vaccin rendait stérile. Soucieux de dissiper tout doute à ce sujet dans l'esprit du public, le MS a préparé un document expliquant la qualité et l'innocuité du vaccin et qui a été largement diffusé dans les provinces et par les médias. Les autorités sanitaires ont accordé des entretiens à la radio, la télévision et les journaux tandis que les sociétés scientifiques ont publié des déclarations techniques.

Les activités de vaccination ont été prolongées jusqu'en novembre pour permettre d'atteindre le but de la campagne et les tactiques de vaccination ajustées compte tenu de l'évaluation de la couverture suivant les groupes d'âge.

Résultats de la campagne

En fin de campagne, le taux de couverture nationale a atteint 98,86% (n=6 718 314 vaccinées) (figure 1). Dans toutes les provinces, à l'exception de Buenos Aires (89%) l'objectif de 95% de couverture a été dépassé. Parmi les groupes d'âge de 15 à 19 ans et

Figure 1. Couverture par semaine, campagne d'élimination de la rubéole et du SRC, Argentine, 2006



de 20 à 29 ans, il a dépassé 95%. Dans les grandes villes, le taux de couverture de la tranche d'âge des 30 à 39 ans a été décevant, atteignant seulement 88% au niveau national. Lors des activités de suivi, les femmes ont avancé les raisons suivantes pour lesquelles elles n'ont pas sollicité le vaccin: vaccination à jour, analyse sérologique positive, pas de souhait de grossesse, absence au moment de la visite des vaccinateurs au travail ou à la maison et manque de temps pour se rendre au dispensaire.

En tout, 1 257 555 hommes ont été vaccinés, pour la plupart appartenant à des groupes dits captifs, tels militaires, étudiants, personnel de santé et employés aux postes-frontières. Au nombre des provinces ayant vacciné le plus d'hommes (>50% de la population masculine), citons Córdoba, Mendoza et Catamarca.

Le numéro de téléphone vert mis en place par le MS a reçu plus de 25 000 appels et le personnel a répondu à 32 273 questions au cours de la campagne. Des réponses ont été envoyées à près de 3000 courriels et l'adresse assignée reste en usage car les services de santé continuent à vacciner, sur demande. Les demandes d'information portaient sur les sujets suivants: lieux de vaccination (55%), vaccination et grossesse (20%), indications et contre-indications (15%) et rumeur concernant la présence d'une hormone dans le vaccin (10%).

Pour vérifier le taux de couverture, les autorités sanitaires suivent la méthodologie normalisée proposée par l'OPS, soit le suivi rapide de la couverture (SRC) dans chacun des départements du pays. Le nombre total des personnes à suivre est de 83 275 dans 2256 grappes.

Conclusion

Il est essentiel de louer les agents de santé, qui ont travaillé d'arrache-pied et apporté la preuve de leur engagement résolu à prévenir les maladies, tout comme le public pour la façon dont il a réagi à la vaccination, et tout particulièrement les adolescents. Grâce à la campagne contre la rubéole, le programme de vaccination a été renforcé au niveau national et provincial dans des domaines essentiels, dont l'organisation et la micro-planification, l'efficacité des pratiques de vaccination, la gestion d'une crise en rapport avec l'innocuité du vaccin, la conception et l'utilisation des systèmes d'information, la supervision, le suivi et l'évaluation.

Une équipe technique nationale a été mise en place à l'issue de la campagne pour analyser et exécuter les stratégies nécessaires pour atteindre ceux qui n'ont pas été vaccinés lors de la campagne, les hommes en particulier. Le SRC sera utilisé comme élément de la stratégie pour conclure la vaccination des hommes. Renforcer la surveillance de la rubéole et du SRC est un volet capital de ce plan puisque l'on pourra ainsi évaluer les résultats et certifier que l'Argentine est parvenue à éliminer la rubéole et le SRC, d'ici 2010. ■

Auteurs: Direction de l'Épidémiologie, ministère de la santé, Argentine.

Enseignements tirés des campagnes de vaccination contre la rubéole aux Amériques

Enseignements d'ordre général

- La vaccination des hommes et des femmes est nécessaire pour obtenir l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et pour consolider les efforts d'élimination de la rougeole aux Amériques.
- La planification d'une campagne de vaccination de masse ciblant hommes et femmes appartenant à des groupes d'âge différents qui ne sont pas habituellement ciblés par les programmes de vaccination nécessite une organisation, une programmation et une promotion intensives, commençant au moins six mois avant le lancement de la campagne.
- La phase de planification doit être systématisée pour mieux coordonner et optimiser les efforts de vaccination; elle doit aussi comprendre la préparation de plans de gestion de crises pour affronter des problèmes qui pourraient se présenter lors de la campagne.
- Il est capital pour le succès de la campagne de coordonner systématiquement le travail du ministère de la santé et des autorités sanitaires à tous les niveaux, notamment pour la préparation des matériels pédagogiques, l'intégration des échelons de gestion (local, provincial et national), l'organisation, la programmation, la mobilisation et l'usage des ressources ainsi que la mise en place des systèmes d'information, de suivi et d'évaluation.
- La stratégie d'information, éducation et communication est un outil crucial pour atteindre l'objectif de vaccination. Il faut adapter les messages au public visé (hommes et femmes) et au lieu de résidence (milieu rural ou urbain).
- Un autre facteur de première importance pour parvenir aux objectifs est la mobilisation sociale et la participation des différents intervenants des secteurs public et privé.
- La mise à disposition de directives, méthodologies, outils et guides de microprogrammation est un élément déterminant pour faciliter le déroulement des activités d'organisation, de mise en œuvre et d'évaluation. La formation des équipes de vaccination doit veiller au respect de pratiques de vaccination sûres et avoir pour résultat l'absence d'ESAVI¹ imputables à des erreurs programmatiques.
- Les ateliers offrent une occasion idéale pour l'apprentissage car ils permettent aux agents de santé d'actualiser leur savoir sur les grands volets du programme de vaccination systématique, comme la microprogrammation et la planification, la chaîne du froid, la sécurité de la vaccination et la gestion des crises, les tactiques probantes de mobilisation et de vaccination, l'analyse des données et la prise de décisions, le suivi, la supervision et l'évaluation.
- Une cérémonie d'ouverture de la campagne ainsi que le soutien appuyé du Président, du Ministre de la Santé, d'autres personnalités et des médias revêtent une importance essentielle pour que l'initiative reste d'actualité dans le pays, durant tout son déroulement.
- Le suivi des progrès doit être mené tous les jours dans les municipalités et toutes les semaines au ministère de la santé pour identifier les zones de faible couverture.
- Des équipes de supervision doivent être formées et dotées de moyens pour l'identification des situations nécessitant des ajustements ou un appui supplémentaire pour atteindre l'objectif de la campagne.

Enseignements tirés au Honduras

- Vaccins, seringues et fournitures doivent arriver au pays au moins deux mois avant le début de la campagne. Le Honduras a été contraint de commander des seringues en urgence par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS, un fournisseur international ayant manqué à ses obligations de livraisons.
- Les efforts visant à contrôler les flambées de maladies non ciblées par la campagne ont bénéficié de l'infrastructure existante et de la mobilisation des communautés.
- Le lancement parallèle des JNV² et de la campagne de vaccination avec le RR a été déterminant pour optimiser l'usage des ressources.
- Le recours systématique au SRC³ pendant les JNV, les campagnes de vaccination de masse et les activités de vaccination systématique ont permis d'identifier les zones risquant de ne pas atteindre 95% de couverture et de conduire les activités en temps utile, ce qui a facilité l'obtention des objectifs de couverture.

Enseignements tirés au Salvador

- L'appui apporté par l'Institut Salvadorien de Sécurité Sociale, qui fournit des services à 20% de la population, a été déterminant dans les efforts de mobilisation sociale ciblant les adultes.
- Grâce aux efforts de communication et de mobilisation sociale lancés pour susciter les dons de sang avant le lancement de la campagne, les ruptures d'approvisionnement ont pu être évitées.

Enseignements tirés en Argentine

- La formation et la collaboration entre tous les secteurs, dès le début des préparatifs de la campagne, ont permis de corriger une rumeur sur la composition et la qualité du vaccin. L'accès permanent à l'information, par le biais de numéros verts, de pages web ou d'adresses électroniques, a été un outil extrêmement utile pour dissiper les doutes. Par conséquent, la rumeur a eu un impact minimal sur les taux de couverture et la confiance de la population dans le programme de vaccination a été renforcée.
- La réunion d'analyse de la couverture organisée chaque semaine dans les bureaux du ministère de la santé a été utile pour le renforcement des stratégies.
- L'exploitation, à titre expérimental, d'un système d'informations en ligne pendant la campagne a contribué de manière inestimable au programme de vaccination systématique. Ce système permettra d'accélérer la mise en place du programme et de connaître les taux de couverture de tous les vaccins dans le programme de vaccination, par lieu de résidence.
- Le SRC, coordonné à tous les échelons jusqu'au niveau local avec la coopération du ministère de la santé, s'est révélé un outil de supervision et d'évaluation précieux.
- La diversité et l'efficacité des tactiques utilisées dans chaque province pour mobiliser et vacciner la population ont été deux atouts dans les stratégies de vaccination visant les adolescents et les adultes.

Phases des campagnes de vaccination pour éliminer la rubéole et le SRC aux Amériques

La plupart des pays de la Région des Amériques qui ont lancé des campagnes d'élimination de la rubéole ont procédé selon les étapes indiquées à la figure 1 :

1. Cibler les populations dites captives au travail, à l'école et en établissement fermé (prisons, casernes militaires) par des équipes de vaccination en plus de postes de vaccination installés dans les lieux passants ou très fréquentés et des unités de santé où la vaccination est systématiquement offerte.
2. Ajouter aux activités courantes la vaccination porte-à-porte.
3. Mener un suivi rapide de la couverture (SRC) vers la fin de la campagne pour vérifier qu'aucun groupe ou zone éloignée n'est resté à l'écart de la vaccination.
4. Proposer le vaccin RR (rougeole-rubéole) post-partum puisque ce vaccin n'est pas offert aux femmes enceintes pour éviter toute association entre le vaccin et une issue indésirable après l'accouchement.
5. Mener une vérification, de manière indépendante, de la couverture et reconnaître chaque municipalité ayant atteint l'objectif de la campagne.

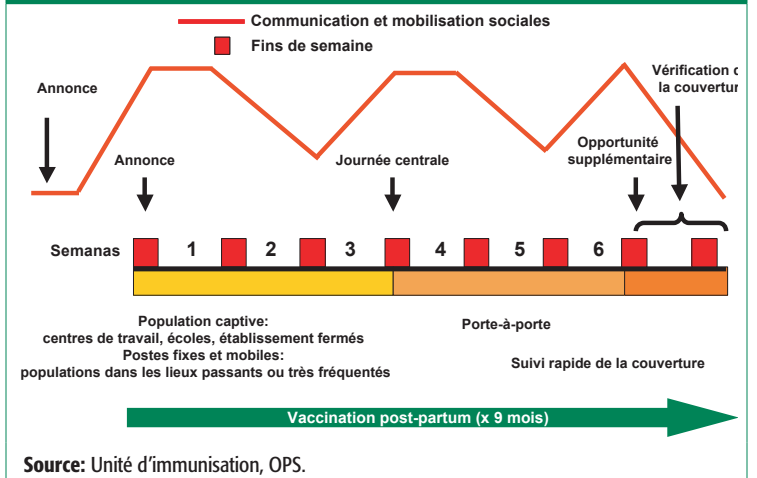
En plus de ces mesures, certains pays ont institué une « journée centrale » à mi-chemin de la campagne pour fournir une nouvelle occasion de se faire vacciner à ceux qui ne l'ont pas encore fait. Cela équivaut à un « second lancement » de la campagne, avec le soutien des médias, du président et d'autres

dignitaires pour renforcer les messages adressés au public. Une activité similaire peut être répétée vers la fin de la campagne.

Comme indiqué dans la figure et contrairement aux campagnes de vaccination qui visent les enfants, les campagnes contre la rougeole et la rubéole ont mis l'accent sur la vaccination en fin de semaine, lorsque les adolescents et adultes sont plus disponibles.

La communication et la mobilisation sociales sont adaptées à chaque étape de manière à cibler les messages sur les populations les plus susceptibles d'être touchées lors de chaque étape. ■

Figure 1. Étapes de la campagne de vaccination pour l'élimination de la rubéole et du SRC



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 3 • Juin 2007

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro

Éditeurs invités: Carlos Castillo-Solórzano et Christina Marsigli



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

Unité d'immunisation

525 Twenty-third Street, N.W.

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