



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXVI, Numéro 5

Protégez vos enfants par la vaccination

Octobre 2004

Vaccination des adultes pour maintenir l'interruption de la transmission de la rougeole et éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale en Équateur

Antécédents

Comme les autres pays de l'Hémisphère, l'Équateur est signataire de la résolution du 44^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) qui établit l'objectif de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) d'ici 2010.

Comme première mesure sur la voie de l'élimination de la rubéole et du SRC, l'Équateur a mené une campagne couronnée de succès avec le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR) en novembre 2002. Au cours de cette campagne, près de 100% des 4151 839 enfants du pays âgés de 5 à 14 ans ont été vaccinés.

En 2004, l'Équateur a poursuivi ses efforts en vue d'éliminer la rubéole et le SRC en effectuant une campagne de vaccination en masse dans tout le pays avec le vaccin RR, ciblant la population âgée de 16 à 39 ans.

Les objectifs de la campagne étaient les suivants:

1. Obtenir une couverture de 95% ou plus dans toutes les municipalités au cours de la campagne.
2. Interrompre la transmission de la rubéole afin d'éliminer la rubéole et le SRC.
3. Réduire le risque de flambées de rougeole à la suite de l'importation de cas, consolidant ainsi l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole.

Méthodologie

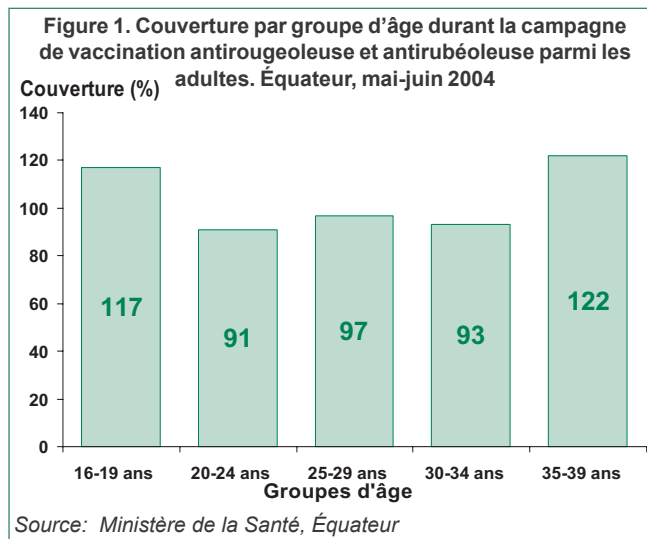
La campagne fut menée entre le 3 mai et le 5 juin 2004 et son but était de vacciner 2 469 877 hommes et 2 347 727 femmes âgés de 16 à 39 ans (en excluant 315 829 femmes enceintes).

Le vaccin a été acheté par le biais du Fonds de roulement de l'OPS pour l'achat de vaccins. Les lots de vaccins sont arrivés en Équateur entre octobre 2003 et mars 2004 et ont été distribués aux provinces un mois avant le démarrage de la campagne.

Des comités nationaux ont été mis sur pied pour promouvoir la coopération intersectorielle tant dans le secteur public que dans le secteur privé, ainsi que pour récolter le soutien des institutions politiques et des organismes techniques. Ils ont également été priés d'assurer l'appui logistique. Des comités similaires faisant intervenir des autorités locales et des organisations non gouvernementales ont été établis dans les provinces, les cantons et les zones sanitaires.

Pour accroître la sensibilisation à la campagne de vaccination, des visites ont été rendues aux cadres supérieurs de lieux de travail employant des personnes

faisant partie du groupe ciblé par la campagne. Des partenariats en vue de la mobilisation sociale ont été forgés avec des organisations qui pouvaient collaborer à la campagne ou y participer. Un mois avant la campagne, le Président de la République a fait paraître un décret exhortant les institutions gouvernementales et non gouvernementales et la société civile dans son ensemble à participer activement à la campagne de vaccination.



Dans ce numéro:

Vaccination des adultes pour maintenir l'interruption de la transmission de la rougeole et éliminer la rubéole et le SRC en Équateur 1
Recherche active de cas de paralysie flasque aiguë au Guatemala 3
Partenariat entre l'OPS et l'USAID: un outil pour la promotion de la santé

aux Amériques 5
Réunion d'experts à Mexico pour discuter du rotavirus 6
Résumé annuel des indicateurs de surveillance de la polio et de la rougeole – Final, 2003 7

Les directives de la campagne sur la stratégie d'information et de mobilisation sociale ont permis aux provinces et zones sanitaires de développer des activités complémentaires. Des spots télévisés et radiophoniques ont été diffusés en espagnol, en quechua et en shuar. La presse écrite, en particulier la presse nationale, a consacré une large couverture à la campagne.

La première phase de la campagne visait à vacciner la population captive, qui avait été recensée au cours des semaines antérieures afin de définir les cibles de vaccination et de mieux programmer les activités de vaccination. Dans le même temps, toutes les unités sanitaires ont servi de postes fixes de vaccination. Des équipes mobiles ont été envoyées sur des lieux où le public a l'habitude de se rassembler. Dans une deuxième phase, la campagne s'est concentré sur des activités de « ratissage » dans les zones urbaines, dans les zones rurales à forte densité de population et dans les quartiers urbains marginalisés.

Les doses administrées ont fait l'objet d'un décompte hebdomadaire, avec une ventilation par lieu (province et canton), sexe et cinq tranches d'âge: 16-19, 20-24, 26-29, 30-34, 35-39 ans. Pour faciliter la consolidation des données au niveau national, les doses administrées dans une province étaient classées selon le canton d'origine de la personne vaccinée.

Des activités de suivi rapide de la couverture (SRC) furent programmées et menées de concert avec une recherche active des personnes non vaccinées. Selon les directives de SRC de la campagne, au moins 40 personnes devaient être interrogées par SRC. Les gens étaient encouragés à apporter leur livret vaccination pendant la campagne pour documenter leurs antécédents vaccinaux. Les résultats ont été divisés en trois catégories de vaccinés: <90%, 90%-94% et ≥95%. Afin d'évaluer le volet de communication sociale de la campagne, un protocole d'enquête avait également été développé.

De plus, avec l'appui de l'Institut national d'Hygiène, un protocole avait été formulé pour vérifier l'état immunologique des femmes enceintes vaccinées par mégarde. Ces femmes et leurs bébés font l'objet d'un suivi.

Résultats

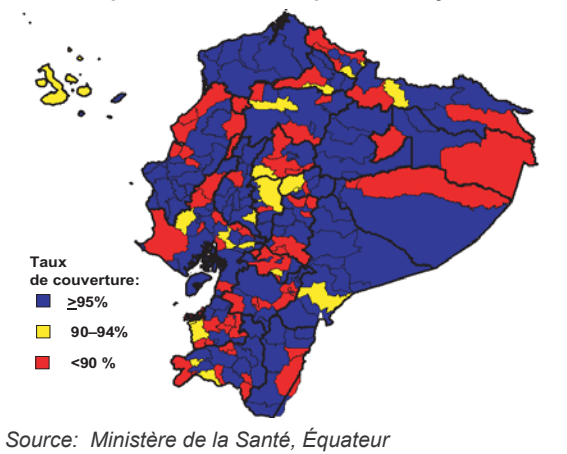
Compte tenu de la population cible estimée, la couverture nationale a atteint 103,2% : 101% pour les hommes et 105% pour les femmes. La figure 1 indique les taux de couverture par tranche d'âge. Ils étaient supérieurs à 100% dans les tranches d'âge de 16 à 19 ans et de 35 à 39 ans, en partie parce que ces deux groupes ont plus de chance d'être affectés par la vaccination de personnes en dehors de la tranche d'âge ciblée. Sur les 22 provinces, 21 avaient un taux de couverture dépassant 95%. Parmi les 217 cantons, 61,3% (133) avaient une couverture ≥95%, 11,5% (25) avaient une couverture entre 90%-94% et 27,2% (59) avaient une couverture <90% (figure 2). Les deux derniers groupes sont des cantons dans lesquels résident 10% et 12,5% respectivement de la population.

Entout, 6661 SRC ont été effectués (de 23 à 2194 par province) et 315 927 personnes ont été interrogées, c'est-à-dire une moyen-

ne de 47 personnes par SRC (de 29 à 102). Sur les personnes interrogées, 92,6% (293 169) avaient été vaccinées (69,5% à 100% dans les zones sanitaires individuelles). La plupart (75,8%) des SRC ont montré que ≥95% des personnes interrogées avaient été vaccinées, 13,8% ont montré que 90%-94% des personnes interrogées avaient été vaccinées et 10,4% ont montré que <90% des personnes interrogées avaient été vaccinées.

La diffusion des spots radiophoniques et télévisés a commencé lors de la deuxième semaine de la campagne en raison de retards dans le décaissement des fonds. Un total de 3447 enquêtes pour évaluer le niveau de sensibilisation à la campagne ont été menées dans 8 provinces, 88,6% des enquêtes dans les zones urbaines et 11,4% dans les zones rurales. Parmi les personnes interrogées, 96,5% avaient entendu un message sur un événement de vaccination particulier, 88,2% l'ayant associé à la campagne et 6,1% à la semaine de vaccination. Les médias les plus souvent cités en tant que source d'information étaient la télévision (78,1%), la radio

Figure 2. Cantons selon le taux de couverture durant la campagne de vaccination antirougeoleuse et antirubéoleuse parmi les adultes. Équateur, mai-juin 2004



(47,9%), l'unité sanitaire (44,5%), les mégaphones mobiles (32,3%), les journaux (22,8%), une note de l'école (18,4%) et autres (0,6%). En outre, 80,7% des personnes interrogées ont reconnu que les femmes enceintes ne doivent pas être vaccinées et 75,3% ont répondu correctement aux questions sur le groupe cible. Certains organes de presse ont créé une controverse concernant la sécurité du vaccin pour les femmes enceintes et la manière appropriée de suivre les femmes enceintes vaccinées par mégarde. Il a fallu des clarifications de la part de personnes clés indépendantes de la communauté médicale, ainsi que du personnel du PEV et de collaborateurs de l'OPS pour gérer ces incidents.

Un total de 1316 femmes enceintes vaccinées par mégarde a été notifié. Parmi elles, 13,6% (179) étaient sensibles et ont fait l'objet d'un suivi jusqu'à l'accouchement de façon à pouvoir procéder à une évaluation clinique et sérologique des nouveaux-nés.

Discussion

La planification a commencé neuf mois avant la campagne. Elle a joué un rôle décisif pour l'achat en temps voulu des fournitures, des outils de formation et du matériel d'information et pour l'élaboration des volets de mobilisation sociale et de formation. Elle a été également utile lors de la négociation du budget, en particulier pour la mobilisation de brigades et la communication sociale.

Les volets de la campagne devant être supervisés en priorité ont été évalués chaque semaine au vu des constatations préliminaires et des problèmes rencontrés. Des ajustements ont été introduits, principalement dans les grandes villes. Les SRC, qui peuvent être utilisés comme un outil pour évaluer rapidement les progrès de la campagne, ont été menés de manière inégale d'une province à l'autre. Ceci montre qu'il est nécessaire de systématiquement inclure les SRC dans les activités de supervision et de promouvoir leur utilité.

La seule province n'ayant pas atteint la couverture cible de ≥95% se situe à la frontière avec la Colombie et a obtenu

Leçons tirées de la campagne

Les leçons tirées de la campagne antirougeoleuse et antirubéoleuse menée en Équateur sont les suivantes:

- Exprimer la volonté et l'engagement politiques au moyen d'un acte officiel, tel que le décret présidentiel destiné à l'ensemble du public;
- Assurer l'exécution en temps voulu de chaque volet du programme pour obtenir une couverture de 95% ou plus chez les adultes, en particulier les volets relatifs à l'achat de fournitures, à la programmation locale des activités de vaccination, à la supervision et au suivi rapide de la couverture, à la mobilisation sociale, aux systèmes d'information et à la communication. Concernant le volet de communication, l'information doit être mise à la disposition des dirigeants communautaires, des journalistes et des chroniqueurs;
- Adopter une approche de promotion de la santé pour assurer des partenariats interinstitutions et intersectoriels avec les ONG et les organismes de coopération;
- Assurer le financement du volet de mobilisation sociale et le coup d'envoi en temps voulu de la campagne de presse; donner priorité aux messages télévisés, radiophoniques

et par mégaphones mobiles; créer des spots radiophoniques dans les principales langues du pays; améliorer les mécanismes pour la coordination entre le PEV et les personnes chargées de la publicité et de l'éducation en santé à tous les niveaux; et encourager les autorités locales à promouvoir la présentation du « *vacunómetro* », un graphique qui indique les progrès de la campagne de vaccination en termes d'augmentation de la couverture des personnes vaccinées;

- Assurer que les conventions et les déclarations signées avec les têtes des fédérations de professionnels de la santé sont distribuées à leurs membres ou partenaires et que les membres reçoivent l'information technique concernant la sécurité du vaccin et la prise en charge des femmes enceintes vaccinées par mégarde;
- Assurer que le système d'information indique la couverture par cantons et que l'âge des personnes vaccinées est enregistré. Si possible, utiliser un logiciel qui facilite le traitement des données; et
- Améliorer l'exécution du suivi rapide de la couverture en tant qu'outil de supervision.

une couverture de 94,2%. Des 59 cantons avec une couverture <90%, 48% sont dans la Sierra, 37% sont sur le littoral et 15% dans la région de l'Amazonie. Dans 76% de ces cantons à faible couverture, plus de 70% de la population vit dans des zones rurales d'accès difficile, ce qui pourrait expliquer les faibles taux de couverture. De plus, une couverture administrative plus faible a été atteinte dans les cantons situés près des grandes villes, conséquence éventuelle de problèmes de notification concernant l'endroit d'origine de la personne vaccinée.

La confusion concernant les motifs de non vaccination des femmes enceintes et l'innocuité du vaccin RR pour les femmes

enceintes provient en partie d'une dissémination inadéquate de l'information aux professionnels de la santé et du manque d'éducation permanente en matière de vaccins.

Plusieurs leçons des plus utiles ont été tirées de la campagne de vaccination. Elles sont énumérées dans l'encadré ci-dessus.

Auteurs : Nancy Vásconez (Ministère de la Santé publique/MS), Rodrigo Rodríguez (OPS/OMS-Équateur), J. Pinos (MS), M.C. Grijalva (MS), F. Franco (MS), M. Pazos (MS), L. Flor (MS), L. Escalante (Institut national d'Hygiène), Adriana Carvajal (MS), M. Chiriboga (MS), Carlos Castillo-Solórzano (OPS/OMS-Washington, D.C.).

Recherche active de cas de paralysie flasque aiguë au Guatemala

Antécédents

En 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a établi l'objectif d'éradication de la poliomyélite. À l'époque, la poliomyélite était endémique dans plus de 125 pays sur cinq continents, paralysant 1000 enfants chaque jour. À la fin de 2003, six pays seulement demeurent endémiques et un total de 784 cas ont été notifiés, représentant une réduction de plus de 99%.¹ La Région des Amériques a été déclarée exempte de polio en 1994 après avoir notifié le dernier cas de virus sauvage de la polio au Pérou en 1991.²

En 1996, le Guatemala a signé les « Accords de Paix » (*Acuerdos de Paz*), par lesquels le pays s'engageait à maintenir l'éradication de la polio. Au Guatemala, les derniers cas de polio sauvage ont été notifiés en 1990 et la couverture avec la troisième dose de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO3) a augmenté au cours des 10 dernières années, atteignant 94% en 2003 (figure 1). Toutefois, le risque de réintroduction est réel car le tourisme et autres échanges entre les pays sont prospères et des cas de polio se produisent encore dans certains pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est. Le maintien d'une couverture vaccinale élevée et uniforme et un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) respectant les normes internationales sont essentiels pour l'éradication de la polio.

Le taux de cas de PFA notifiés pour 100 000 personnes âgées de <15 ans est l'un des indicateurs clés de la qualité du système de surveillance. Les directives internationales recommandent d'utiliser un taux de PFA de 1 pour 100 000 enfants âgés de <15 ans détectés par an comme indicateur de sensibilité de la surveillance mais au Guatemala un taux de PFA de $\geq 1,5$ est considéré acceptable. En 1999, le taux de PFA au Guatemala est tombé à 1,1 cas pour 100 000 personnes âgées de <15 ans mais la sous notification n'a pas fait l'objet d'une investigation. Lorsque le taux de PFA est tombé au-dessous de 1,5 à nouveau en 2002 (à 1,2 cas pour 100 000 personnes âgées de <15 ans), le Ministère de la Santé a mené une recherche active de cas de PFA, une stratégie destinée à améliorer la notification de la PFA. Les objectifs de cette recherche active étaient d'évaluer l'efficacité et la sensibilité du système existant de surveillance et de maintenir la motivation parmi les agents de santé concernant la surveillance de la PFA et le maintien de l'éradication de la polio.

Méthodologie

Une recherche active des cas de PFA a été menée dans les hôpitaux des zones sanitaires qui étaient silencieuses sur le plan épidémiologique, c'est-à-dire qui ne notifiaient pas de cas de PFA, ou qui avaient enregistré des taux de PFA inférieurs à 1,5 cas pour 100 000 personnes âgées de <15 ans pendant 2002.

Les trois aspects étudiés étaient (1) les cas de PFA définis comme tout cas de paralysie de début aigu chez les personnes âgées de <15 ans chez lesquelles il n'y avait pas d'évidence de traumatisme;² (2) les taux notifiés de PFA de chaque zone sanitaire;³ et (3) la sensibilité du système de surveillance (proportion de cas détectés par le système de surveillance par rapport au nombre réel de cas se produisant dans la zone). En raison de la faible incidence de PFA, cette revue rétrospective a été menée pour l'année 2002, étant estimé que suffisamment de cas seraient découverts sur une période d'un an.

Entre février et mai 2003, environ 80 agents de santé (personnel du Programme élargi de vaccination, épidémiologistes et infirmières) se sont rendus dans les hôpitaux publics régionaux et de district pour examiner les dossiers cliniques et autres documents où différents diagnostics de la PFA pouvaient être enregistrés. Les services examinés incluaient les départements des urgences, de consultation externe, de médecine interne et de pédiatrie. Les agents chargés de la surveillance recherchaient les huit diagnostics suivants: poliomyélite, syndrome de Guillain-Barré, myélite transverse, polyneuropathie, neuropathie virale, intoxication aux organophosphates (empoisonnement par des insecticides), neuropathies toxiques dues à d'autres agents tels que des plantes (par exemple *Karwinskia Calderoni*, connu localement sous le nom de « Huilihuite »), botulisme, paralysie métabolique et PFA.*

Deux instruments ont été utilisés pour enregistrer l'information recueillie: un formulaire pour enregistrer le diagnostic trouvé dans le dossier examiné et un formulaire pour consolider l'information obtenue. Les données ont été saisies dans une base de données Microsoft Excel 4.0 et ont été analysées à l'aide d'EpiInfo 2002. Le Système de surveillance pour l'éradication de la poliomyélite (PESS, d'après son acronyme en anglais) a été utilisé pour examiner les données des cas de PFA notifiés en 2003.

Résultats

La recherche active des cas de PFA a été menée dans 16 des 26 zones sanitaires du pays: 4 « zones silencieuses » et 12 avec un taux insuffisant de notification. Seize hôpitaux régionaux et neuf hôpitaux de district ont été visités. Sur les 456 366 diagnostics examinés, 85 présentaient l'un des diagnostics différentiels de la PFA et 60 répondaient à la définition de la PFA. Seulement dix (17%) des 60 cas de PFA rencontrés avaient été étudiés et notifiés à travers le système de surveillance de la PFA. Un total de 58% des cas était concentré dans les zones avoisinantes de *Quetzaltenango*, *San Marcos* et *Huehuetenango* dans l'Ouest du pays. Aucun cas de PFA n'a été trouvé dans les hôpitaux de quatre zones sanitaires.

* Même si la PFA n'est pas un diagnostic, elle est apparue comme telle dans plusieurs dossiers médicaux.

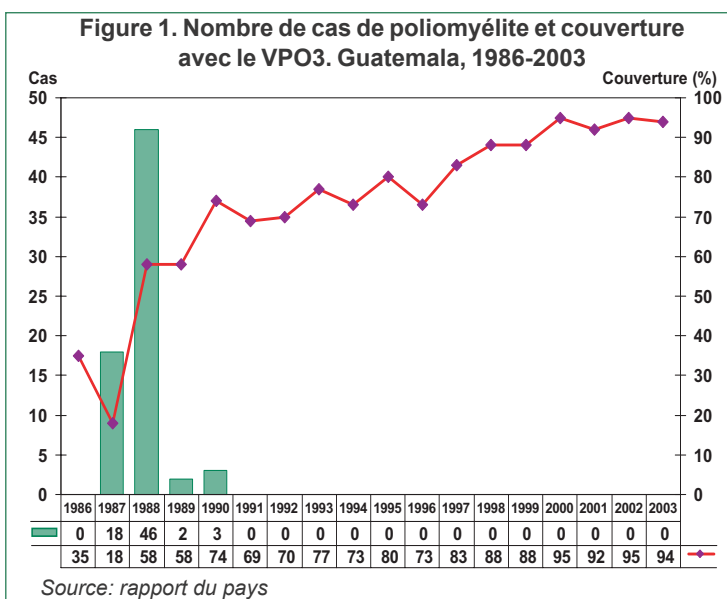
Le tableau 1 indique le taux de cas notifiés de PFA pour 2002, le taux de PFA incluant les cas découverts par la recherche active et la sensibilité du système dans les 16 zones sanitaires étudiées. Globalement, le taux de PFA parmi les enfants âgés de <15 ans était de 2,0 pour 100 000.

Lors de l'examen des cas par semaine épidémiologique, aucun profil clair ne s'est dégagé. Quarante pour cent des cas se sont produits pendant le premier semestre de 2002 et, même si un plus grand nombre de cas se sont produits au cours des semaines 48 à 50, ils provenaient de zones géographiques différentes.

Discussion

La situation actuelle des efforts mondiaux d'éradication présente des défis majeurs pour les pays qui sont exempts de polio. Le défi principal consiste à minimiser le risque de réintroduction du virus sauvage de la polio, provenant d'importations, d'accidents de laboratoire, de porteurs de longue durée (cas rares liés à une immunodéficience congénitale), et à empêcher la circulation des virus de la polio dérivés du vaccin et l'occurrence de flambées en découlant.⁴ Plusieurs exemples démontrent que les risques de réintroduction et de flambées de polio dérivée du vaccin sont réels. En 2003, des cas se sont produits dans neuf pays exempts¹ de polio et la circulation du virus dérivé du vaccin a été notifiée en Haïti, en République dominicaine et aux Philippines en 2000-2001, dus probablement aux faibles niveaux de couverture routinière avec le VPO3.^{5,6}

Parmi les cas découverts, 58% étaient concentrés dans trois des 16 zones sanitaires examinées. L'hôpital de *Quetzaltenango*, situé dans la partie occidentale du pays, est particulièrement intéressant car il sert de centre de référence à une vaste zone géographique. Des cas de cinq autres zones sanitaires ont été identifiés dans les dossiers de l'hôpital, ce qui soulève des préoccupations sur les problèmes du système de surveillance dans cette région. La partie occidentale du Guatemala est plus pauvre et rurale que la partie orientale et le rapport des cas entre l'Ouest et l'Est est de 5:1. Des facteurs tels que des différences dans l'épidémiologie des maladies infectieuses apparentées au syndrome de Guillain-Barré ou d'autres étiologies provoquant la PFA et/ou un accès plus élevé aux soins privés dans l'Est plus affluent peuvent expliquer la disparité géographique des cas de PFA. Bien que la surveillance au Guatemala porte sur un syndrome plutôt que sur une maladie particulière, les schémas temporels méritent une analyse. On a remarqué que 40% des cas s'étaient produits lors du premier semestre de 2002 et que seulement 25% d'entre eux avaient été saisis dans le système de surveillance, laissant entendre que la notification peut suivre un schéma « administratif », avec des périodes silencieuses et des périodes de sous notification liées aux variations de productivité du secteur de santé publique.



Partenariat entre l'OPS et l'USAID: un outil pour la promotion de la santé aux Amériques

Les 13 et 14 septembre 2004, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a accueilli le Symposium entre l'OPS et l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID): Partenariat pour la Santé publique aux Amériques. L'événement a souligné les accomplissements de l'accord de coopération de longue date entre les organisations, ainsi que les défis auxquels elles ont fait face au long du chemin. Six panels ont présenté les stratégies et résultats programmatiques dans les domaines de la résistance antimicrobienne et tuberculose, du paludisme, des vaccins, de la mortalité maternelle, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et de la réforme du secteur de la santé.

L'Unité d'immunisation a présenté une rétrospective sur l'impact de l'investissement par USAID à hauteur de US \$52 millions dans les programmes régionaux de l'OPS au cours des quinze dernières années. Depuis 1986, USAID a contribué de manière significative à des événements mémorables tels que l'éradication de la polio en 1991, l'élimination de la rougeole autochtone en 2002 et l'adoption en 2003 de l'objectif d'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) d'ici 2010. La contribution financière et l'assistance technique d'USAID ont également représenté un appui crucial pour le renforcement des programmes de vaccination de routine du PEV et l'introduction de nouveaux vaccins.

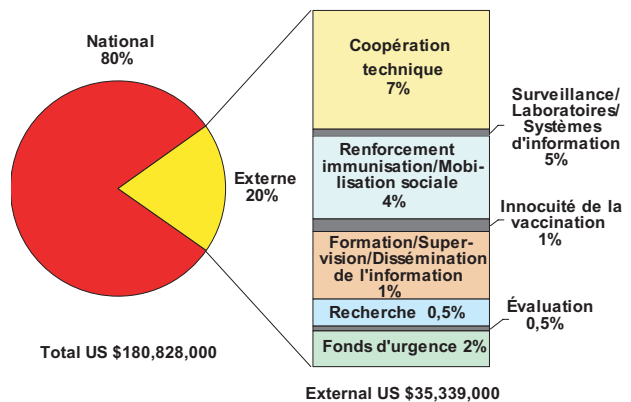
Les présentations ont souligné les trois objectifs intermédiaires de l'accord de coopération: 1) améliorer le processus de prise de décision; 2) étendre et améliorer la prestation des services d'immunisation; et 3) renforcer et appuyer les systèmes de surveillance.

Une présentation sur la durabilité de l'offre des vaccins a introduit les principes essentiels du Fonds de roulement de l'OPS pour l'achat de vaccins. Fondé sur les principes de l'équité et du panaméricanisme, le Fonds de roulement permet aux États Membres d'acheter des vaccins et autres fournitures d'immunisation de haute qualité à des prix abordables et en grandes quantités. Outre les avantages économiques, les pays participants obtiennent un accès rapide aux nouveaux vaccins tels que le pentavalent (DTC+Hib+HépB) et les prochains vaccins contre le rotavirus, la maladie pneumococcique et le papillomavirus humain. Une gestion efficace de l'offre au niveau

régional requiert des prévisions rigoureuses au niveau national, réalisées au moyen de Plans d'action nationaux quinquennaux et l'assurance d'un financement garanti par un poste consacré aux vaccins dans le budget national (voir figure 1).

Deux présentations ont porté sur les questions concernant l'introduction de nouveaux vaccins: l'une d'après la perspective des récentes campagne contre la rubéole, l'autre analysant le processus d'introduction sur le marché aux Amériques du nouveau vaccin antirotavirus. Les campagnes de vaccination contre la rubéole et le SRC apportent aux programmes d'immunisation une expérience précieuse en matière d'approche de la population adulte. Alors que la plupart des vaccinations sont administrées pendant l'enfance, plusieurs vaccins à venir, tels que ceux contre le VIH/SIDA et le papillomavirus humain, cibleront les populations adultes. Les stratégies utilisées lors de ces campagnes, comme l'enregistrement des doses, les tactiques de campagnes rurales contre campagnes urbaines et le suivi post-vaccinal, peuvent être facilement adaptées à l'introduction de nouveaux vaccins pour adultes.

Figure 2. Estimation budgétaire par volet pour l'élimination de la rubéole et du SRC, les Amériques, 2004-2010

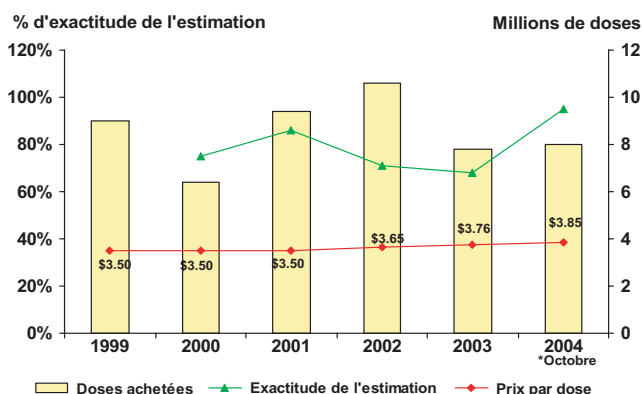


Source: Plan régional d'action 2004-2010, OPS

Le vaccin antirubéoleux s'est avéré très efficace par rapport au coût, en particulier quand il est administré avec le vaccin antirougeoleux. En présentation de 2 doses, le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) coûte \$0,80 par dose. La figure 2 montre le budget estimé de l'Initiative de l'OPS pour l'élimination de la rubéole et du SRC entre 2004-2010. Quant au vaccin antirotavirus, son prix initial est estimé entre US \$12 à US \$15, ce qui rend crucial l'argument du fardeau de la maladie. Des études sur la surveillance du rotavirus sont par conséquent en cours dans plusieurs pays afin d'estimer le fardeau de la maladie sur les systèmes de santé publique et les résultats préliminaires indiquent une incidence plus élevée qu'initialement prévu (voir figure 3). En juillet 2004, le 6^e Symposium international sur le rotavirus s'est tenu à Mexico. Les représentants des Ministères de la Santé ont enjoint l'OPS et le Fonds de roulement de l'OPS de faciliter l'introduction du vaccin antirotavirus à des prix abordables dans tous les pays de la Région dès qu'il sera disponible.

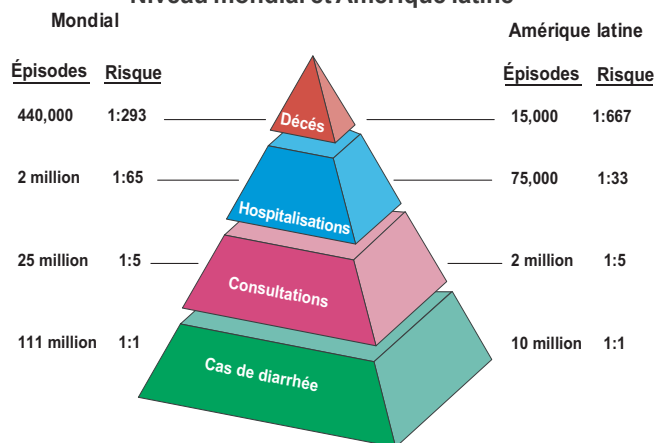
La vaccination infantile a été reconnue comme l'une des interventions en santé les plus efficaces par rapport au

Figure 1. Pentavalent 1: Doses achetées, prix (US \$) et exactitude de l'estimation, 1999-2004*



Source: Fonds de roulement, Unité d'immunisation, OPS

**Figure 3. Fardeau de la maladie dû au rotavirus:
Niveau mondial et Amérique latine**



Source des données: Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, États-Unis

coût et comme un outil de développement à impact élevé. La couverture moyenne de la troisième dose du vaccin DTC

pour les enfants âgés de <1 an, qui est une indication générale de la couverture vaccinale de routine des enfants, est de 91% aux Amériques mais il reste des poches où la couverture est faible. Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les zones à haut risque car l'incapacité de maintenir une couverture élevée dans toute la Région permettra aux maladies de continuer à circuler et rendra les populations susceptibles dans l'éventualité d'importations de cas. Les pays des Amériques reconnaissent de plus en plus que l'immunisation est un investissement essentiel, avec un impact certain sur la performance de l'économie. Près de quinze pays disposent désormais de lois sur les vaccins affectant des fonds nationaux à l'achat de vaccins et de fournitures de vaccination.

La coopération technique et financière de l'USAID a joué un rôle essentiel dans le succès des programmes d'immunisation des Amériques. Un soutien ininterrompu facilitera l'introduction de nouveaux vaccins et renforcera la durabilité des programmes nationaux d'immunisation. Cette collaboration jouera en outre un rôle fondamental pour garantir une augmentation continue de la couverture vaccinale de routine et le maintien de l'équité comme caractéristique clé des programmes nationaux et régionaux d'immunisation.

Réunion d'experts à Mexico pour discuter du rotavirus

Le 6^e Symposium international sur le rotavirus et les vaccins antirotavirus s'est tenu à Mexico, au Mexique, du 7 au 9 juillet 2004. La réunion a été convoquée par l'Organisation panaméricaine de la Santé, l'Albert B. Sabin Vaccine Institute, ainsi que les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies et les Instituts nationaux de la Santé des États-Unis.

Des scientifiques, cliniciens, professionnels de la santé publique, chefs de file de la vaccination, représentants de l'industrie des vaccins et partenaires se sont réunis pour discuter des derniers résultats de la recherche, des essais de nouveaux vaccins et du financement et de l'introduction du vaccin. Cinq séances ont couvert des questions telles que l'épidémiologie et la charge de morbidité; la virologie, la pathogénèse et l'immunité; les expériences passées avec les vaccins antirotavirus; les résultats des nouveaux vaccins antirotavirus; et leur introduction dans les programmes nationaux d'immunisation. Les représentants des Ministères de la Santé présents au symposium ont publié une déclaration.

En 2003, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a désigné le vaccin antirotavirus comme l'un des deux vaccins auxquels il faut donner priorité pour un développement accéléré et une introduction mondiale. Cette décision était fondée sur le fardeau énorme de la diarrhée à rotavirus dans le monde entier, l'état avancé de développement des nouveaux vaccins antirotavirus et la reconnaissance du fait que l'impact de l'introduction d'un nouveau vaccin pourrait être mesuré, dans un délai de deux à trois ans, par une réduction des décès et hospitalisations dus au rotavirus et une rentabilité économique. Aux Amériques, le rotavirus infecte tous les enfants dans les premières années de vie et est responsable d'environ 15 000 à 20 000 décès pour cause de maladie diarrhéique, de 30% à 45% des hospitalisations dues à la diarrhée et de plus d'un million de consultations, soit chez un médecin, soit en clinique.¹

¹ Organisation panaméricaine de la Santé (2004), *Presentation of Rotavirus Vaccine Development and Summary of the 6th International Rotavirus Symposium in Mexico, 7-9 July, 2004*. XVI Meeting of the Technical Advisory Group on Vaccine-preventable Diseases, Abstract Book, p. 63.



DÉCLARATION DE MEXICO SUR LA PRÉVENTION DU ROTAVIRUS

Les représentants des Ministères de la Santé présents au 6^e Symposium international sur le rotavirus tenu à Mexico du 7 au 9 juillet 2004,

CONSIDÉRANT

Que le rotavirus est l'une des causes les plus fréquentes de gastroentérite sévère dans le monde et une cause principale de diarrhée sévère, essentiellement chez les enfants âgés de 3 à 35 mois.

Que sur les 600 000 décès causés par le rotavirus chaque année, 85% se produisent dans les pays en développement.

Que le traitement du rotavirus implique des coûts élevés et que son impact économique est important en Amérique latine, où environ 15 000 décès et 75 000 hospitalisations se produisent chaque année.

Que deux vaccins prometteurs sont près de faire leur entrée sur le marché.

Que les vaccins antirotavirus peuvent réduire la mortalité due à la maladie jusqu'à 60 pour cent s'ils sont inclus dans les programmes nationaux d'immunisation de notre Région.

Que cette nouvelle technologie doit être mise à la disposition des nourrissons pour prévenir la maladie.

CONVIENNENT:

De continuer à appuyer la vaccination, avec la plus haute priorité politique, comme un bien public pour la Région.

De démontrer les réussites en santé publique réalisées par la vaccination universelle.

De rechercher des mécanismes dans les procédures budgétaires nationales, au plus haut niveau gouvernemental, afin de garantir la durabilité des programmes existants de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins.

D'enjoindre l'Organisation panaméricaine de la Santé, et son Fonds de roulement pour l'achat de vaccins, à collaborer avec les organisations bilatérales et multilatérales, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et les fabricants de vaccins pour faciliter l'introduction de vaccins antirotavirus à des prix abordables pour tous les pays de la Région dès qu'ils seront disponibles.

Résumé annuel des indicateurs de surveillance de la polio et de la rougeole – Final, 2003

Indicateurs de surveillance des PFA (période entre les semaines épidémiologiques 01 à 53 2003)

Pays	TOTAL 2002		Dernières 52 semaines (2003/01-2003/53)				
	Cas	Taux	Cas	Taux	% inv. <48 heures	% 1 échantillon +	% sites notifiant
Argentine	129	1,19	122	1,17	80	64	100
Bolivie	64	1,95	58	1,67	98	72	...
Brésil	636	1,23	654	1,24	96	73	93
Canada	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CAREC	22	1	43	1,91	93	63	100
Chili	115	2,67	86	1,96	81	85	100
Colombie	121	0,86	163	1,14	69	72	85
Costa Rica	11	0,9	18	1,45	100	89	100
Cuba	37	0,83	28	0,61	96	100	96
Rép. dominicaine	36	1,12	17	0,56	100	94	100
Équateur	43	1	44	1,03	80	95	85
El Salvador	110	4,82	106	4,51	90	86	78
Guatemala	72	1,58	101	2,18	92	90	50
Haïti	10	0,31	13	0,40	69	69	40
Honduras	72	2,95	55	1,98	96	100	94
Mexique	384	1,18	452	1,36	93	82	95
Nicaragua	28	1,25	37	1,59	95	100	100
Panama	4	0,41	8	0,81	100	75	85
Paraguay	27	1,21	26	1,22	73	81	89
Pérou	96	1,12	103	1,18	99	95	99
Uruguay	9	1,1	10	1,20	80	50	92
EUA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Venezuela	107	1,4	102	1,31	96	89	80
TOTAL ♦	2133	1,28	2246	1,32	91	80	94

+ prélevés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie

♦ à l'exception du Canada et des EUA

NR ou ... : pas de notification

Indicateurs de surveillance de la rougeole (période entre les semaines épidémiologiques 01 à 53 2003)

Pays	% sites notifiant hebdomadairement	% cas avec visite domiciliaire opportune	% cas avec échantillon adéquat	% échan. reçus <=5 jours	% résultats de labo <=4 jours	% cas écartés par le labo	Nombre de municipalités actives
Argentine	91	18	90	77	93	100	0
Bolivie	...	99	99	79	74	93	0
Brésil	89	85	70	61	80	89	0
Canada	...	...	...	...	...	...	0
CAREC	100	99	95	22	100	99	0
Chili	97	61	94	75	95	99	0
Colombie	88	55	95	69	80	98	0
Costa Rica	...	0	100	100	0	100	1
Cuba	96	100	100	...	...	93	0
Rép. dominicaine	90	100	98	44	94	100	0
Équateur	89	44	99	86	89	99	0
El Salvador	80	53	96	80	85	98	0
Guyane française	...	...	...	...	...	100	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	0
Guatemala	48	97	99	66	94	99	0
Haïti	...	86	95	95	75	95	0
Honduras	94	94	100	77	94	100	0
Martinique	...	...	...	...	...	...	0
Mexique	89	98	99	82	54	100	3
Nicaragua	100	86	100	84	77	100	0
Panama	86	86	98	75	99	99	0
Paraguay	89	63	100	88	100	100	0
Pérou	99	90	96	65	81	93	0
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	0
Uruguay	27	100	100	100	0	100	0
EUA	...	...	...	...	...	...	0
Venezuela	82	97	99	66	76	100	0
TOTAL ET MOYENNE	89	85	80	63	74	93	4

... : pas de notification

Source: PESS et MESS, OPS

(suite de la page 4)

L'examen des cas sur la base des dossiers de l'hôpital n'a identifié que 10 des 18 cas notifiés dans les 16 zones sanitaires étudiées. Ceci peut s'expliquer par le fait que d'autres cas sont notifiés par des services de santé moins complexes ou par des hôpitaux de référence situés dans la capitale. De plus, la liste des huit diagnostics différents n'est peut-être pas exhaustive et donc insuffisante pour englober tous les cas de PFA.

Le maintien d'un système de surveillance sensible est essentiel pour que dure l'éradication de la polio au Guatemala et aux Amériques. Le taux de PFA est l'un des indicateurs les plus importants de la qualité de la surveillance de la PFA. Pour atteindre et maintenir un taux de PFA de $\geq 1,5$ pour 100 000 personnes âgées de < 15 ans au Guatemala, il faut repérer les zones sanitaires qui sous notifient et agir pour améliorer la détection et la notification des cas. Si les cas découverts lors de la recherche active avaient été notifiés, le taux de PFA aurait dépassé 1,5 cas pour 100 000 enfants âgés de < 15 ans dans 13

Tableau 1. Sensibilité et taux de notification avec et sans recherche active par zone de santé*, Guatemala

Zone de santé	Cas notifiés 2002	Taux de notification**	Cas de PFA Recherche active	Taux de PFA ** avec recherche active	Sensibilité %
Alta Verapaz	0	0	2	0,4	0
Huehuetenango	3	0,7	6	2,1	37
Ixcán	0	0	1	2,7	0
Izabal	1	0,6	1	1,2	50
Jalapa	1	0,7	2	2,1	33
Jutiapa	3	1,7	1	2,2	75
Petén Norte	0	0	2	4,2	0
Petén Suroccidente	1	1,3	2	3,9	33
Quetzaltenango	1	0,3	11	3,6	5
Quiché	2	0,9	3	2,2	50
Retalhuleu	1	0,8	1	1,6	50
San Marcos	4	0,9	8	2,7	66
Santa Rosa	2	1,3	3	3,2	33
Totonicapán	3	0,5	6	3,5	25
Zacapa	1	1,0	1	2,0	50
Total pays	73	1,3	50	2,0	60

* par zone de santé de résidence

** taux x 100 000 enfants < 15 ans

des zones sanitaires; il aurait été de $< 1,5$ dans une zone; et deux zones sanitaires seulement seraient restées épidémiologiquement silencieuses. Ceci confirme que le taux de PFA de 1,2 de 2002 était imputable à la sous notification et qu'il aurait pu être plus élevé que la norme de 1,5 établie par le Guatemala.

Étant donné qu'une mauvaise performance du système de surveillance, mesurée par un faible taux de PFA et par le pourcentage de notification hebdomadaire des sites (notification « zéro ») pose le risque de la réintroduction du virus de la polio, des actions immédiates ont été prises suite à cette étude. Quatre ateliers régionaux ont eu lieu pour discuter des résultats de l'étude et des raisons de la sous notification. Les six facteurs identifiés comme les raisons principales de la sous notification étaient les suivants: 1) formation insuffisante du personnel aux directives de surveillance, 2) mauvaise communication entre zones sanitaires et hôpitaux, 3) enregistrement des problèmes du système d'information, 4) manque d'analyse systématique des données, 5) problèmes du système d'aiguillage des patients, et 6) manque de rétroinformation dans le système de surveillance. À la suite de l'étude et des ateliers, une augmentation de la notification des cas de PFA a été observée au Guatemala.

Auteur : Dr César Sánchez Montúfar, Épidémiologiste, Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale, et personnel du Programme national de vaccination du Guatemala.

Références :

1. *Global Polio Eradication Initiative Progress Report 2003*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/Polio/04.02; http://www.polioeradication.org/content/publications/2003_progress.pdf accessed 14 December 2004).
2. *Polio Eradication Field Guide. Second Edition*. Washington DC, Pan American Health Organization, 1994 (PAHO Technical Paper No.40).
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de regulación, vigilancia y control de la salud, Departamento de regulación de los programas de atención a las personas. Programa Nacional de Inmunizaciones. Lineamientos 2002. Guatemala: PNI; 2002.
4. Technical Consultative Group to the World Health Organization on Global Eradication of Poliomyelitis. "Endgame" Issues for the Global Polio Eradication Initiative. *Clin Infect Dis* 2002;34:72-77
5. World Health Organization. Progress towards global eradication of poliomyelitis. *Weekly Epidemiological Record*, 2002.
6. Landaverde M, Venczel L, de Quadros CA. Brote de poliomiélitis en Haïti y la República Dominicana debido a un virus derivado de la vacuna antipoliomielítica oral. *Rev Panam Salud Pública* 2001;9(4):272-274.

Le *Bulletin informatif du PEV* est publié tous les deux mois, en espagnol, anglais 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



Pan American Health Organization



Regional Office of the World Health Organization

ISSN 0251-4729.

Éditeur: Jon Andrus
Éditeur-adjoint: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro

Unité d'immunisation
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org>