

Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXV, Numéro 1

Protégez vos enfants par la vaccination

Février 2003

Dix-neuf semaines sans notification de transmission du virus rougeoleux d9 dans l'hémisphère ouest!

La région des Amériques a adopté l'objectif de l'éradication de la rougeole en 1994 et le plan régional d'action mis en oeuvre pour atteindre ce but a été ratifié par tous les ministres en 1995. En date du 28 mars 2003, l'hémisphère ouest est indemne de circulation du virus rougeoleux d9 depuis 19 semaines, comme le prouve le solide système de surveillance de la région.

La stratégie de vaccination recommandée par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) comprend: 1) une campagne ponctuelle ciblant tous les enfants entre 1 à 14 ans; 2) la vaccination routinière des enfants d'un an; et 3) des campagnes nationales de *suivi* menées tous les 4 ans et ciblant tous les enfants de 1-4 ans. Le contrôle rapide porte à porte des efforts de vaccination au niveau local et la surveillance épidémiologique et virologique actives constituent d'autres éléments clés de cette stratégie.

Le nombre de cas de rougeole notifiés et confirmés dans l'hémisphère ouest entre 1997 et 2001 est passé de 53 683 à 541, un chiffre à la baisse record. La transmission connue du virus rougeoleux de génotype D6, circulant dans la région depuis 1995 au moins et ayant provoqué de grandes épidémies au Brésil, en Argentine, en Bolivie, en République dominicaine et en Haïti, a été interrompue en septembre 2001. Lors du même mois, un nouveau génotype rougeoleux (d9) a été introduit au Venezuela par un voyageur de retour d'Europe et a donné lieu à une flambée qui s'est propagée à la Colombie voisine lors du mois de janvier 2002. Cette flambée a été due au faible niveau constant de couverture vaccinale routinière au Venezuela. Au contraire du Venezuela, il n'y avait pas beaucoup d'enfants susceptibles en Colombie et, par conséquent, le contrôle de la flambée a été plus facile. A la

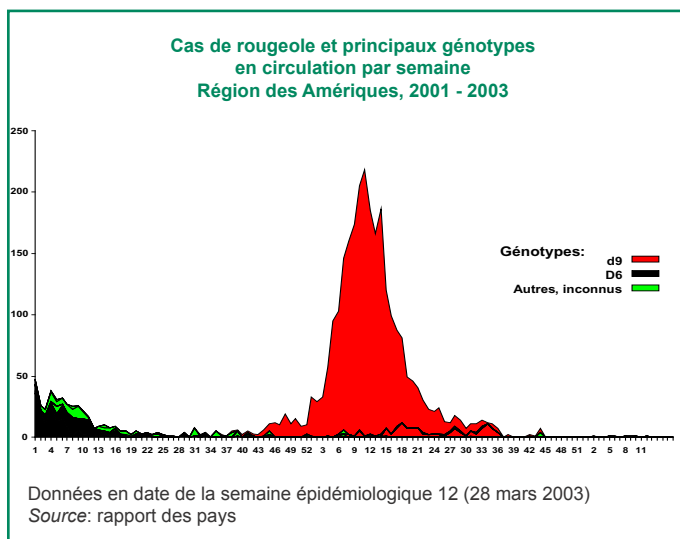
suite d'efforts de vaccination sur toute l'étendue de leur territoire par les deux pays, la transmission du virus rougeoleux d9 a été également interrompue. Le dernier cas a eu lieu à Carabobo (Venezuela) le 16 novembre 2002. Le nombre total de cas est de 2501 au Venezuela et 140 en Colombie.

En date du 28 mars 2003, aucune circulation du virus d9 n'a été notifiée où que ce soit dans l'hémisphère ouest depuis 19 semaines, malgré des efforts de surveillance majeurs, comme

la notification de 1173 cas présumés, dont 191 (16,3%) sont toujours sous investigation et 7 (0,6%) ont été confirmés. Des cas confirmés sporadiques ont été notifiés au Canada (4) et aux États-Unis (3).

Ce succès sans précédent est le résultat d'un engagement politique fort et soutenu par les États membres et de la pleine mise en oeuvre des stratégies de contrôle de la rougeole recommandées par l'OPS. Ceci permet de prouver que l'éradication mondiale de la rougeole est un objectif réalisable bien que des défis considérables restent encore à surmonter. La

rougeole est toujours endémique dans d'autres régions du monde et des cas sporadiques continuent de se déclarer dans l'hémisphère ouest, le résultat d'importations. La plupart des pays n'ont pas maintenu une couverture vaccinale antirougeoleuse de 95% dans toutes les municipalités. Les quartiers pauvres et peu desservis des grandes villes, qui attirent des migrants en provenance de zones rurales, sont particulièrement à risque de flambées de rougeole lors de la réintroduction du virus et les pays des Amériques ont par conséquent lancé des interventions pour la vaccination des personnes y résidant.



Dans ce numéro:

Dix-neuf semaines sans notification de transmission du virus rougeoleux d9 dans l'hémisphère ouest!.....	1	de promotion de la santé de l'enfant: le cas du Nicaragua.....	5
Données du PEV: il est essentiel de garantir leur qualité et leur exactitude	2	Surveillance de la rougeole aux Amériques: Données finales de surveillance de la rougeole, 2002	7
Interaction entre le Programme élargi de vaccination et les autres activités		Haïti lance une initiative en faveur de l'élimination du tétanos maternel et néonatal.....	8

Données du PEV: il est essentiel de garantir leur qualité et leur exactitude

Au cours de l'année dernière, HVP/OPS a publié dans le Bulletin du PEV plusieurs articles ayant trait à la qualité des données, plus spécialement les problèmes de qualité concernant les différentes facettes du PEV. L'objectif est de souligner à quel point il est essentiel de garantir que les renseignements rassemblés et utilisés par le PEV soient de la plus haute qualité. La discussion sur la qualité des données concerne ici les aspects liés à l'estimation de la couverture. Étant donné le nouvel accent mis par l'OPS sur l'évaluation de la qualité des données, les directeurs nationaux doivent s'assurer que la qualité des données utilisées pour calculer la couverture est exemplaire. Enfin, cet article traite principalement des problèmes liés à la gestion des données et à l'utilisation de ces dernières pour calculer la couverture et non pas de la manière d'augmenter la couverture.

L'obtention de niveaux de couverture élevés, c'est à dire $\geq 95\%$ par vaccin, est une stratégie essentielle afin d'atteindre les objectifs régionaux d'éradication, d'élimination et de contrôle des maladies évitables par la vaccination. Ainsi, la faculté de mesurer avec justesse puis de contrôler les niveaux de couverture vaccinale est primordiale pour garantir et prouver que nos objectifs ont été atteints. Cela implique que les pratiques d'enregistrement au niveau local doivent être efficaces et précises. De plus, les données utilisées pour évaluer les niveaux de couverture doivent être de bonne qualité et la méthodologie utilisée pour calculer les taux doit être simple et appropriée à la situation.

En général, les pays de la région rapportent leurs niveaux de couverture nationale à l'OPS annuellement sur la base de ce que l'on appelle la méthode administrative (c'est à dire le nombre de doses administrées). Cette méthode a été et continue d'être recommandée par l'OPS comme la méthode de choix pour le calcul des niveaux de couverture et, pendant de nombreuses années, a permis d'obtenir au niveau national des estimations officielles de taux de couverture qui ont été essentielles pour le contrôle national et local du progrès du PEV. La méthode consiste à diviser le numérateur, c'est à dire le nombre de doses de vaccin administrées, par un dénominateur égal à la population qui aurait dû recevoir cette dose de vaccin. Elle est recommandée pour garantir un rapport uniforme et encourager la collaboration entre les niveaux de supervision et de gestion. Sur la base des chiffres de population, l'OPS calcule ensuite les taux de couverture régionale pour tous les vaccins du PEV.

L'OPS requiert également depuis plusieurs années que les programmes nationaux contrôlent la couverture au moyen de deux mesures supplémentaires: 1) la proportion de municipalités avec un taux donné de couverture, par exemple 95% et 2) la proportion d'enfants dans une tranche d'âge donnée qui habite dans une municipalité dont le taux de couverture est égal ou supérieur à ce taux de couverture. Cela reflète des objectifs régionaux de taux de couverture $\geq 95\%$ au niveau local. Par exemple, pour l'élimination de la rougeole, les pays doivent contrôler la proportion de municipalités avec une couverture $\geq 95\%$ et la proportion d'enfants de 12-23 mois qui habite dans une municipalité dont le taux de couverture antirougeoleuse est d'au moins 95% . Idéalement, ces deux mesures du taux de couverture devraient coïncider. Malheureusement, cela n'est pas toujours le cas.

Le taux de couverture nationale par pays pour le vaccin antirougeoleux est élevé pour l'année 2001, 95% parmi les enfants de 12-23 mois dans la région. Cependant, ce chiffre n'est pas consistant avec la proportion de municipalités ayant un taux élevé de couverture antirougeoleuse (57%) ou avec la proportion d'enfants qui habite dans des municipalités où ce taux est $\geq 95\%$ (61%). Certains pays avec une couverture antirougeoleuse $\geq 90\%$ ont une faible proportion d'enfants et de municipalités en situation de couverture élevée. En fait, bien que la couverture régionale était estimée à 95% en 2001, seules 7525 (57%) des 13 302 municipalités dans 17 pays disposant de renseignements avaient une couverture $\geq 95\%$. De plus, seuls 5 419 388 (61%) des 8 917 765 enfants d'un an habitent dans des municipalités où la couverture est $\geq 95\%$.

Le manque de concordance entre ces chiffres est inquiétant. Les écarts peuvent simplement être dues à des différences inhérentes à la manière dont les mesures sont calculées. Certains écarts peuvent cependant représenter des erreurs véritables dues à de mauvaises pratiques d'enregistrement, qui pourraient suggérer une mauvaise gestion des services de vaccination, et de tels problèmes peuvent mener à des erreurs dans les calculs de doses administrées. Étant donné que ce calcul est la méthode de choix utilisée pour obtenir la couverture et contrôler nos objectifs de vaccination, il est par conséquent impératif que des efforts soient entrepris pour améliorer tous les aspects de la gestion des données, y compris l'enregistrement, ainsi que leur analyse et utilisation ultérieure au niveau local pour provoquer les changements nécessaires. Cela garantira l'exactitude des données et, en conséquence, que les enfants reçoivent les vaccins nécessaires. Pour encourager les directeurs nationaux à insister sur le problème de la qualité des données dans le PEV, une présentation est faite dans cet article sur les distorsions et erreurs lors du rapport et du calcul de la couverture, les moyens éventuels de remédier à un problème quand et s'il se pose, ce que l'OPS est en train d'élaborer pour prêter assistance aux directeurs afin d'améliorer les pratiques locales et valider la qualité des données locales et quels critères peuvent être appliqués par les directeurs lors du choix de la méthode la plus appropriée pour calculer la couverture.

A. Distorsions potentielles (voir cadre)

B. Solutions potentielles

Les directeurs locaux doivent s'assurer que de bonnes pratiques d'enregistrement sont suivies dans les centres de santé. Pour ce faire, d'excellentes pratiques de gestion et une supervision pédagogique fréquente sont essentielles. Il est impératif de s'assurer de l'exactitude des données de vaccination au niveau local. Les visites de supervision doivent comporter une révision des données concernant les doses administrées et la correction des pratiques ayant conduit à des erreurs. Il faudra s'efforcer d'évaluer et d'améliorer l'exactitude du numérateur (doses administrées) et du dénominateur (population). Selon les termes du projet actuel de supervision en Bolivie, il est procédé à une comparaison entre les différentes sources d'information concernant le nombre de doses administrées dans une clinique, par exemple entre le chiffre enregistré sur les carnets de

Distorsions potentielles entre les trois mesures de couverture vaccinale

L'écart peut être en partie attribué aux différences inhérentes dans la manière dont les trois mesures différentes de couverture sont calculées.

1. Proportion de municipalités à couverture élevée

Cette mesure peut être problématique si, lors des calculs, la même pondération est accordée à des municipalités ayant des niveaux de population différents. Il peut arriver qu'un pays ait de nombreuses municipalités à faible population avec une couverture basse à modérée et seulement quelques municipalités à forte population et à la couverture très élevée. Dans ce cas, la couverture nationale, une moyenne de toutes les municipalités, pourrait être élevée bien que la majorité des municipalités aient une faible couverture. Cela arrive souvent dans des pays dont la population est disséminée et difficilement accessible.

2. Proportion d'enfants habitant dans des municipalités à couverture élevée

Un des problèmes concernant le calcul de cette mesure de couverture a trait au fait que les enfants habitant dans une municipalité peuvent être vaccinés dans une autre municipalité voisine. Des situations peuvent ainsi avoir lieu où un pays pourrait en fait avoir une couverture très élevée, avec une large majorité de ses enfants vaccinés mais seulement quelques municipalités rapportant une couverture élevée dû aux pratiques d'enregistrement, par exemple la municipalité de résidence ne serait pas au courant que ses enfants ont été vaccinés. Dans de telles situations, la couverture rapportée par municipalité serait sous-estimée en dépit d'une couverture nationale élevée. De plus, certains enfants sont vaccinés dans le secteur privé à l'insu des directeurs nationaux et par conséquent ne sont pas compris dans les estimations de couverture.

3. Données de doses administrées

Les données sur les doses administrées, le numérateur, peuvent être inexactes pour de nombreuses raisons. De mauvaises pratiques d'enregistrement, comme par exemple l'absence d'enregistrement des doses administrées, peut donner lieu à des sous-estimations de la couverture. Le nombre de doses administrées peut être artificiellement gonflé pour des raisons diverses. Il se peut aussi qu'un enfant soit vacciné lors d'une campagne sans que la dose soit enregistrée ou, s'il se rend à une clinique sans son carnet de vaccination, qu'il soit considéré non vacciné et par conséquent vacciné à nouveau.

Ensuite, les chiffres de population, c'est à dire le dénominateur, ne sont souvent pas à jour ou bien ne reflètent pas la réalité car de nombreux pays n'organisent pas régulièrement de recensement. De plus, des migrations internes ont eu lieu dans nombre de pays, dues aux changements politiques et sociaux dans la région. La migration des zones rurales vers les zones urbaines a pour résultat une surestimation de la population dans les zones rurales, c'est à dire un gonflement du dénominateur, source de sous-estimation de la couverture, alors qu'une sous-estimation de la population dans les zones urbaines, c'est à dire un dénominateur inférieur à la réalité, est source de surestimation de la couverture.

Quelle que soit la distorsion, la conséquence majeure de toute erreur est que les directeurs au niveau local ne révisent pas forcément leurs propres données, utilisées ultérieurement à des fins d'orientation du programme. De même, les directeurs des niveaux supérieurs (provincial ou national) ne procèdent pas toujours à une révision appropriée des renseignements reçus du niveau local ou à une analyse de la situation suivant les différents secteurs de responsabilité.

vaccination et le chiffre rapporté dans le rapport émis par le secteur administratif supérieur. Si la marge d'erreur est $\leq 10\%$, il existe une concordance d'au moins 90% et le chiffre est accepté comme approprié pour les besoins programmatiques. Dans tous les cas, les problèmes sont identifiés et corrigés et l'établissement fait l'objet de visites régulières jusqu'à l'amélioration de la situation. Dans certains États du Mexique, les directeurs locaux évaluent l'exactitude des données de population en comparant les données du recensement, si elles sont disponibles, aux données de couverture en DPT1 et BCG et les chiffres de population provenant d'autres sources comme le programme anti-malaria ou prénatal. Le chiffre de population est accepté comme étant fiable si la concordance entre toutes les sources est d'au moins 90%. Au Brésil, la comparaison entre les taux d'abandon et de couverture est source de précieux «contrôles de la réalité» sur l'exactitude potentielle des données de couverture locale. Ce pays encourage l'analyse des données au niveau local ce qui favorise le processus de décentralisation et la consolidation des aptitudes.

L'occurrence dans certaines municipalités d'une couverture $> 100\%$ indique probablement l'existence

d'erreurs probables dans le calcul de la couverture et ces taux doivent faire l'objet d'une évaluation circonspecte et poussée. La comparaison des taux d'abandon (par exemple entre vaccins DPT1 et antirougeoleux) avec les taux de couverture est nécessaire: des taux d'abandon élevés ($\geq 5\%$) ne signifient en aucun cas que la couverture est élevée.

La résolution des distorsions (voir cadre) associées aux calculs de la couverture par municipalité et de la proportion d'enfants habitant dans des municipalités où la couverture est élevée est plus difficile. Il est conseillé de vérifier la couverture au niveau de la communauté ou de la localité dans les municipalités fortement peuplées. La coordination et la communication entre les municipalités doit être intensifiée car elle représente la première étape du processus. Certaines autorités au Brésil ont suggéré que les municipalités voisines qui vaccinent mutuellement leurs enfants devraient incorporer leurs renseignements et notifier les taux de couverture inter municipalités. L'élaboration par les municipalités de micro plans d'action afin de combattre les taux faibles de couverture

constitue l'amorce d'une solution. Enfin, les directeurs doivent collaborer avec le secteur privé pour s'assurer que, dans leurs secteurs, les enfants vaccinés en dehors du secteur public soient pris en compte dans les estimations officielles de couverture.

C. Plans pour l'avenir

À l'heure actuelle, l'OPS travaille sur un instrument pouvant être utilisé sur le terrain lors des visites de supervision pour évaluer la qualité des données au niveau local. Cet instrument est fondé sur le travail accompli en Bolivie et au Mexique pour valider les renseignements de vaccination utilisés dans les calculs de couverture. Un superviseur et un directeur de centre utilisent conjointement l'instrument pour recouper les renseignements sur les doses administrées recueillis sur les registres du centre de santé avec les différentes sources dont ils proviennent pour garantir la consistance des rapports. De même, des sources différentes fournissant des données sur la population locale sont comparées, par exemple les données du recensement, de l'immatriculation des naissances, des programmes de nutrition et anti-malaria, pour valider le dénominateur utilisé dans les estimations de couverture. Aussi, les données sur les doses de BCG et DTP1 administrées et les taux d'abandon sont examinés pour s'assurer que les statistiques de population locale sont fiables. Ces activités permettent d'évaluer l'exactitude des données et leur fiabilité lors d'une utilisation pour les calculs de couverture.

Note de la rédaction: l'obtention de taux de couverture élevés est un objectif clef de l'OPS ainsi que des programmes nationaux de vaccination. Il faut instaurer des méthodes pour vérifier le progrès vers l'obtention de taux de couverture élevés tels que définis par les trois mesures de couverture actuellement utilisées dans la région. Il est essentiel que ces dernières soient interprétées ensemble et non pas individuellement. Des inconsistances dans les estimations de couverture requièrent une évaluation détaillée de la situation. Les directeurs doivent comprendre que les données nationales représentent une moyenne et peuvent dissimuler des variations majeures au niveau local. Par conséquent, la vérification de la couverture au niveau local doit figurer au centre des activités.

Cet article traite de certains problèmes liés à la gestion des données au niveau local qui, s'ils ne sont pas corrigés, peuvent donner lieu à des estimations de couverture erronées et aboutir à terme à des activités de vaccination inappropriées. L'évaluation régulière des pratiques d'enregistrement et de la qualité des données au niveau local doit devenir un volet intégral des pratiques de gestion et doit faire partie de toutes les visites de supervision. Il est espéré que l'instrument en cours d'élaboration par l'OPS servira de guide sur la manière de rapidement évaluer la qualité des données et la nécessité d'activités pour l'amélioration de cette dernière.

En plus de la qualité des données, il est possible que se pose également la question de la manière de calculer la couverture, c'est à dire quelle(s) méthode(s) utiliser. La réponse dépend des renseignements nécessaires. S'il faut connaître le taux réel de couverture, les directeurs ont deux options: l'utilisation des données de doses administrées ou une enquête. L'OPS, comme il a été expliqué auparavant, recommande l'utilisation des données sur les doses administrées. Les enquêtes prennent généralement trop de temps, sont coûteuses et leurs résultats arrivent souvent trop tard pour fournir des renseignements utiles, particulièrement au niveau local. Cependant, une enquête est parfois indiquée, par exemple si l'n'existe aucune source pour l'estimation de la

couverture ou bien si les ministères de la santé ont besoin d'une confirmation de la couverture rapportée, doivent la combiner avec des enquêtes concernant d'autres problèmes de santé, ou si les donateurs ont besoin d'estimations d'enquêtes. Par contre, si les directeurs veulent simplement savoir si la couverture est acceptable (supérieure à 90%), l'échantillonnage de vérification de la qualité des lots est une méthode excellente pour déterminer rapidement, et souvent à peu de frais, si la couverture est adéquate. Cette méthodologie permet de savoir si la couverture d'un secteur est supérieure ou inférieure à un niveau prédéterminé mais elle ne permet pas d'établir un niveau réel de couverture.

Si les directeurs ont besoin de vérifier le progrès au cours d'une période donnée, les données sur les doses administrées sont les plus appropriées. S'il est nécessaire de procéder à une évaluation rapide des activités de vaccination au niveau local pour savoir si elles sont menées de manière adéquate ou parce qu'il faut lancer des activités de vaccination ou les orienter dans le cadre d'une campagne ou des services de routine, l'instrument de contrôle rapide élaboré par l'OPS est alors une excellente solution. Bien qu'il ne puisse pas fournir une estimation de la couverture puisqu'il ne peut la calculer, il est toutefois extrêmement utile car il permet de savoir si les enfants sont réellement vaccinés et, de par les contacts avec les parents, pourquoi les enfants ne sont pas vaccinés et d'obtenir l'opinion des parents sur la qualité des services de vaccination.

Chacune de ces méthodes possède ses avantages et ses inconvénients et les directeurs doivent clairement établir ce dont ils ont besoin et les limitations de chaque méthode. Les informations nécessaires pour atteindre les objectifs de couverture du PEV peuvent être obtenues au moyen des données sur l'utilisation des doses administrées et des évaluations de contrôle rapide effectuées lors des visites de supervision pédagogique. Les informations nécessaires à la mesure et au contrôle efficaces de la couverture peuvent être obtenues au moyen de données exactes sur les doses administrées en conjonction avec les données de population du dénominateur. L'instrument de contrôle rapide permet d'exposer la présence d'enfants non vaccinés dans la communauté et les raisons potentielles de la non vaccination. Ces renseignements sont très utiles au niveau local car ils indiquent si des activités de vaccination sont nécessaires et si les activités précédentes ont été couronnées de succès; il est par conséquent un excellent instrument de supervision lors des campagnes et de la supervision de routine.

En résumé, pour calculer de manière précise la couverture au niveau local, les directeurs nationaux du PEV doivent d'abord s'assurer que les données sont exactes et garantir la qualité de leur gestion car l'information générée doit être utilisée et analysée pour identifier les municipalités à risque élevé (celles où la couverture n'est pas optimale ou dont les pratiques de gestion des données ne sont pas adéquates). Cependant, d'autres méthodes peuvent également être utilisées pour identifier les communautés à risque élevé: indicateurs socio-économiques ou secteurs peu desservis comme les zones périurbaines des grandes villes qui attirent des migrants. Une fois ces municipalités identifiées, des micro plans d'action peuvent être élaborés et mis en oeuvre. L'évaluation au niveau local de la qualité des données doit être une part intégrante de la supervision, tout comme le contrôle rapide porte à porte de la couverture et les activités de recherche active (recherche de cas dans les établissements de santé et dans la communauté).

Interaction entre le Programme élargi de vaccination et les autres activités de promotion de la santé de l'enfant: le cas du Nicaragua

Le Nicaragua dispose, par tradition, d'une vaste expérience dans l'organisation de campagnes intensives de vaccination par l'intermédiaire des Journées nationales de vaccination (JNV) qui sont menées depuis le début des années 80. Grâce à ces activités de masse, la poliomyélite a été éliminée depuis 1981, les derniers cas de diphtérie et de rougeole datent de 1987 et 1994, respectivement, et les autres maladies évitables par la vaccination ont été maintenues sous contrôle au cours des dix dernières années. Le programme national d'immunisation du Nicaragua suit deux stratégies fondamentales: la vaccination routinière au sein des services de santé et les Journées nationales de vaccination dont l'objectif est l'administration simultanée de tous les antigènes faisant partie du schéma de vaccination du pays au cours d'une période de 3-4 semaines.

Afin de profiter des efforts intensifs du pays en matière de mobilisation sociale et des ressources de santé, et pour élargir la portée des JNV, le Ministère de la Santé du Nicaragua a ajouté des activités concrètes et à grand impact comme la distribution de suppléments de vitamine A, l'administration de parasitocides et des activités spécifiques de promotion et de contrôle de la santé, fondées sur les priorités et la situation épidémiologique du pays. C'est le cas des efforts de contrôle du choléra au cours des années 90 par exemple et, plus récemment, des activités d'hygiène fondamentale et de contrôle des vecteurs pour combattre la dengue.

Les autorités sanitaires du Nicaragua ont fait des maladies carencielles une priorité. Cela est évident au vue des efforts entrepris afin de déterminer les niveaux d'avitaminose A parmi les jeunes enfants, étant données les conséquences et séquelles de ce déséquilibre parmi la population. La première enquête de grande portée, qui a été menée en 1966 avec l'aide de l'Institut de nutrition pour l'Amérique centrale et le Panama (INCAP) de l'OPS, a exposé les niveaux suivants de prévalence d'avitaminose A (niveaux de rétinol < 20 µg/dl): 22% dans les zones rurales, 18% parmi les enfants de 1-4 ans et 10,8% dans la capitale, Managua; 75% des familles dans les zones rurales consomment moins de

50% du dosage journalier recommandé de vitamine A. Une étude menée en 1989 dans la région IV (ville de Managua) montre que 17% des femmes enceintes avaient des niveaux de rétinol inférieurs à 20 µg/dl. En 1993, la première enquête nationale sur les micronutriments a été menée et a démontré que 7,9% de la population entre 12-59 mois souffraient d'une carence grave

en vitamine A (rétinol < 10 µg/dl) et 23,4% présentaient une carence modérée. La prévalence totale de rétinol en quantité inférieure à 20 µg/dl (indicateur d'avitaminose A sub-clinique) était de 31,3%.

Ces résultats ont mené à la décision de faire de la distribution de suppléments de vitamine A une activité obligatoire lors des JNV. Ces suppléments ont été distribués pour la première fois lors de la première JNV en 1994; depuis lors, les groupes d'âge ont graduellement été ajustés et les femmes venant d'accoucher ont récemment été ajoutées au programme de distribution de suppléments.

En 1999, la distribution de suppléments de vitamine A a débuté dans les unités de santé en tant qu'activité de routine des services de santé. Après analyse de cette stratégie, il s'avère cependant que la proportion de doses administrées aux enfants de 6-59 mois représente moins de 2% du total de doses administrées.

Par contraste, le pourcentage de doses administrées après l'accouchement est bien plus élevé et représente 52%-81% des doses administrées à ce groupe. Sur la base de l'enquête ENDESA de 2001, 65,3% des enfants de 6-59 mois avaient reçu des suppléments de vitamine A au cours des six derniers mois, alors que 26,7% des mères avaient reçu une dose après l'accouchement.

La deuxième enquête nationale sur les micronutriments a été menée en 2000. Il a été découvert que la proportion d'enfants de 1-4 ans présentant des niveaux de rétinol < 20 µg/dl était de 8,8, alors que 10,9% des mères d'enfant allaitant présentaient des niveaux inférieurs à 30 µg/dl. Ces chiffres représentent une réduction de l'avitaminose A de 71,8% parmi les enfants de 1-4 ans comparé à la première enquête nationale.

Providing vitamin A supplements through immunization and other health contacts for children 6-59 months and women up to 6 weeks postpartum

A Guide for Health Workers



SECOND EDITION 2001

PAHO/HPN/HVP/01.2
Original: English
Distribution: General



DIVISION OF HEALTH PROMOTION AND PROTECTION
FOOD AND NUTRITION PROGRAM AND
DIVISION OF VACCINES AND IMMUNIZATION OF THE
PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

Opérationnellement parlant, la distribution de méga doses de vitamine A lors de campagnes de vaccination intensive est aisée, ce qui a permis une application en masse et simultanée tout en ayant pour résultat un niveau de couverture et un impact qu'il aurait été difficile d'obtenir par les activités de routine des services de santé. Il faut noter que la mise en oeuvre des JNV au Nicaragua deux fois par an, à deux mois d'intervalle, permet la complétude avec le calendrier de distribution de doses de vitamine A pour les enfants.

L'intégration des activités de santé primaire offre l'avantage d'optimiser les ressources, d'accroître l'étendue et la portée du programme, de rendre les activités de santé plus équitables

et d'obtenir un impact fort à court terme. Les programmes de vaccination des Amériques disposent de la structure, de l'organisation et de l'expérience nécessaires pour parvenir à une telle intégration.

Source: Dr Juan José Amador (Département de santé environnementale et d'épidémiologie, Ministère de la Santé/MS, Nicaragua), Dr Omar Malespín (Département d'immunisation, MS, Nicaragua), Dr Antonio Largaespada (Département de nutrition, MS, Nicaragua), Miguel Mejía et Teresa Guerrero (Département de statistiques, MS, Nicaragua), Dr Gloria Elena Navas (Nutrition, OPS/Nicaragua) et Dr Raúl Montesano (Immunisation, OPS/Nicaragua).

Les pays d'Amérique du sud organisent un semaine de vaccination commune en juin Leur cible: les populations à risque élevé

En date du 28 mars 2003 (se référer à l'article de la page 1, *Bulletin informatif du PEV*, Février 2003), aucun cas confirmé de rougeole n'a été notifié aux Amériques depuis 19 semaines, ce qui constitue un fait historique. Ce succès est dû principalement à la mise en oeuvre d'activités de vaccination complémentaires dans toute la région et à la consolidation des niveaux de couverture routinière. Afin de préserver les acquis des programmes nationaux de vaccination en Amérique du sud et pour répondre à l'épidémie de rougeole au Venezuela et en Colombie en 2002, les ministres de la santé de la région andine et du Chili ont signé un accord, l'*Accord de Sucre*, le 23 avril 2002. Cet accord établissait une liste de mesures concrètes permettant de prévenir la régionalisation de la flambée de rougeole qui sévissait alors au Venezuela et en Colombie et de consolider les programmes nationaux de vaccination. L'une des recommandations principales de l'*Accord de Sucre* est la mise en oeuvre, dès 2003, d'une semaine simultanée de vaccination avec un accent particulier mis par chaque pays sur les groupes de population à risque élevé.

Semaine sud américaine de vaccination

- **Date:** première semaine de juin 2003
- **Pays participants:** Colombie, Venezuela, Équateur, Pérou, Bolivie, Chili, Argentine, Uruguay, Paraguay et Brésil.

Objectif

- Vaccination par des antigènes multiples des enfants et femmes en âge de procréer habitant dans les zones à risque élevé: zones marginales en secteur urbain, zones frontalières et communautés indigènes.

Population ciblée

- Environ 4,3 millions d'enfants de moins de 5 ans et 1,1 million de femmes en âge de procréer habitant dans les zones à risque élevé.

Organisation

- Avec le soutien de l'OPS, chaque pays participant a mis sur pied un comité national de coordination et un comité opérationnel permettant de gérer la campagne.
- Les pays définiront les activités devant être menées durant la semaine eu égard à leurs priorités nationales et aux zones à risque de flambée.
- Chaque pays est en voie de nommer des responsables pour les zones frontalières afin d'expédier l'échange de renseignements concernant la couverture et d'identifier les territoires relevant de la semaine de vaccination.

Supervision

- La supervision sur le terrain constituera une activité prioritaire et comprendra le contrôle rapide porte-à-porte dans toutes les communautés ciblées afin d'évaluer l'efficacité des efforts de vaccination. Il sera également conduit une recherche active de cas de rougeole.

Indicateurs normalisés de performance pour la semaine sud américaine de vaccination

1. Couverture administrative: objectif de 95%;
2. Proportion d'évaluations prévues pour le contrôle rapide: objectif de 90%;
3. Proportion de zones où l'évaluation de contrôle rapide met en évidence 95% d'enfants vaccinés: objectif de 95%;
4. Proportion d'évaluations prévues pour le contrôle rapide de la campagne d'information: objectif de 90%.

Évaluation

- L'évaluation finale de la semaine de vaccination aura lieu lors de la réunion sub-régionale des directeurs de programmes d'immunisation des pays d'Amérique du sud, prévue pour la première semaine de septembre 2003.

Surveillance de la rougeole aux Amériques

Données finales de surveillance de la rougeole, 2002

Pays	Données finales 2002					Total de cas confirmés 2001
	Total de cas présumés notifiés	Écartés	Cas confirmés			
			Clinique	Laboratoire et lien	Total	
Bolivie	906	906	0	0	0	0
Colombie	4914	4882	17	123	140***	1
Équateur	766	766	0	0	0	2
Pérou	1705	1705	0	0	0	0
Venezuela	7525	5133	0	2392	2392	115
Brésil	23950	21712	0	1	1**	1**
Belize	38	38	0	0	0	0
Costa Rica	16	16	0	0	0	0
El Salvador	296	296	0	0	0	2**
Guatemala	447	447	0	0	0	0
Honduras	430	430	0	0	0	0
Nicaragua	409	409	0	0	0	0
Panama	530	530	0	0	0	0
Anguilla	7	7	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0
Bahamas	4	4	0	0	0	0
Barbade	17	17	0	0	0	0
Îles Caïman	0	0	0	0	0	0
Dominica	0	0	0	0	0	0
Grenade	18	18	0	0	0	0
Guyana	45	45	0	0	0	0
Jamaïque	262	262	0	0	0	0
Montserrat	0	0	0	0	0	0
Antilles néerlandaises	...	...	...	...	...	0
St-Kitts-et-Nevis	2	2	0	0	0	0
Ste-Lucie	0	0	0	0	0	0
St-Vincent-et-Grenadines	2	2	0	0	0	0
Suriname	19	19	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	38	38	0	0	0	0
Î. Turques et Caïques	3	3	0	0	0	0
Îles vierges britanniques	6	6	0	0	0	0
Îles vierges américaines	...	...	...	...	...	0
Cuba	919	741	0	0	0	0
Rép. Dominicaine	739	739	0	0	0	113
Guyane française	...	...	...	...	...	...
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...
Haïti	54	54	0	0	0	159
Martinique	...	...	...	...	...	...
Porto Rico	...	...	...	...	...	0
Mexique	1633	1633	0	0	0	3**
Bermudes	...	...	...	...	...	0
Canada	6	0	0	6**	6**	34**
États-Unis	49	13	0	42*	42*	109**
Argentine	492	492	0	0	0	0
Chili	109	109	0	0	0	0
Paraguay	276	276	0	0	0	0
Uruguay	11	11	0	0	0	0
Total	46,643	41,761	17	2,564	2,581	539

... Aucune information fournie
 * Données provisoires
 ** Dû à une importation (cas brésilien dû à une importation du Japon)
 *** Parmi lesquels 53 cas sont importés

Source: MESS/HVP sauf pour le Brésil, le Canada, Cuba et les USA

Mis à jour: 3 avril 2003

Haïti lance une initiative en faveur de l'élimination du tétanos maternel et néonatal

Au cours des 3 dernières années, la moitié de tous les cas notifiés de tétanos maternel et néonatal en Amérique latine (population totale estimée à 355 millions) se sont déclarés en Haïti, dont la population avoisine les 8 millions d'habitants (figure 1). La plupart des cas se sont déclenchés parmi des femmes multipares n'ayant pas reçu de soins prénataux, qui ont accouché chez elles et n'étaient pas vaccinées contre le tétanos.

Des enquêtes antérieures ont indiqué de sérieuses lacunes dans la notification et le nombre réel de cas pourrait être dix fois plus élevé que le nombre rapporté. Les conditions socio-économiques et de surveillance épidémiologique difficiles ainsi que le développement limité du système de santé du pays sont à blâmer, tout comme le fait que le programme régulier de vaccination ne couvre qu'une portion restreinte des femmes en âge de procréer (FAP). Une enquête menée en 2000 a montré que seulement 25% des femmes enceintes avaient reçu 2 doses d'anatoxine tétanique (AT).

En réponse, le Ministère de la Santé a fixé l'objectif de l'élimination du tétanos maternel et néonatal avant 2005, adoptant ainsi l'objectif mondial établi par le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS. Afin de respecter cet objectif, les stratégies mondiales seront adaptées aux conditions locales, dans l'optique de vacciner toutes les FAP, de promouvoir des pratiques d'accouchement dans des conditions d'hygiène adéquate et de renforcer la surveillance épidémiologique.

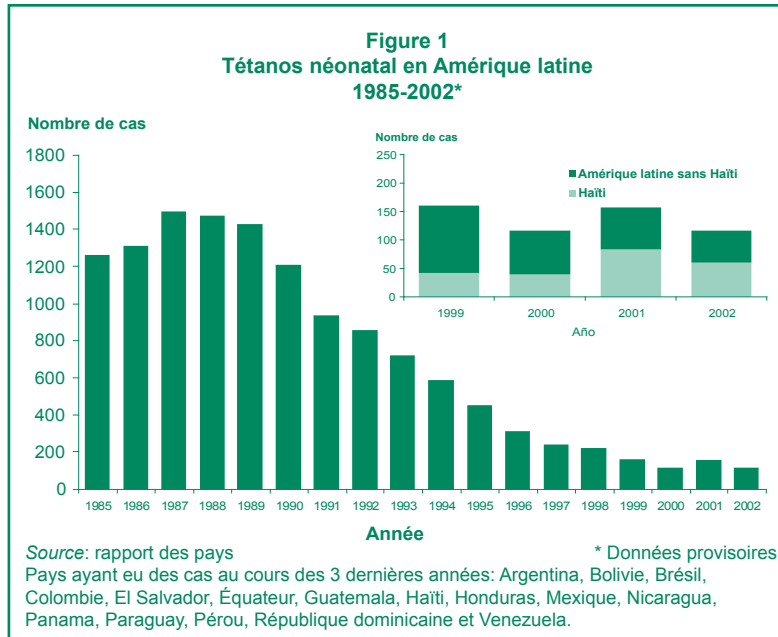
Ces efforts auront tout d'abord pour cible 1,4 million de FAP habitant dans 59 districts à risque élevé (le pays est divisé en 133 districts comprenant un total de 2,1 millions de FAP).

Le travail sur le terrain a déjà commencé et les activités de vaccination visent actuellement 50 000 FAP. En plus de la vaccination, les efforts de la première phase comprennent la sélection de stratégies qui permettront d'atteindre le

plus grand nombre de femmes et une analyse des conditions favorisant ou entravant la vaccination dans les zones urbaines à population élevée, ainsi que les zones périurbaines et rurales. Le matériel utilisé aux fins de formation, communication de masse, supervision et collection et analyse des données sera testé sur le terrain lors de la première phase.

Avant le début de la deuxième phase (septembre-novembre 2003), dont l'objectif est d'atteindre 200 000 FAP, les activités de contrôle détermineront si une couverture $\geq 90\%$ a été obtenue parmi la population

ciblée. Une analyse des stratégies les plus efficaces et de leurs coûts est également prévue. Les autorités de santé cherchent à rapidement incorporer les expériences acquises en matière d'utilisation des instruments dans le processus de mise en oeuvre de la deuxième phase. L'initiative visant à éliminer le tétanos maternel et néonatal bénéficie du soutien du Comité de coordination inter agences du programme de vaccination de Haïti.



Le *Bulletin informatif du PEV* est publié tous les deux mois, en espagnol, anglais et français par la Division des vaccins et de la vaccination (HVP) 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.

Éditeur: Gina Tambini
Éditeur-adjoint: Monica Brana
Traduit par: Béatrice Carpano

ISSN 0251-4729



Organisation panaméricaine de la Santé
Bureau sanitaire panaméricain
Bureau régional de
l'Organisation mondiale de la Santé

Division des vaccins et de l'immunisation
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org>