



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXVII, NUMÉRO 5 ► OCTOBRE 2006

- 1 Stratégie régionale pour la pérennité des programmes nationaux d'immunisation aux Amériques
- 1 Initiative Pro-Vac
- 4 GAVI et le Guyana: histoire d'une réussite
- 5 Mise à jour sur le rotavirus
- 6 TNN: situation mondiale et régionale
- 7 Administration de suppléments de vitamine A
- 8 Pneumonies et méningites bactériennes

Stratégie régionale pour la pérennité des programmes nationaux d'immunisation aux Amériques

Le 47^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé a tenu sa réunion annuelle à Washington, D.C. lors de la dernière semaine de septembre 2006 et les ministres de la santé de la Région y ont débattu de la politique en matière de santé aux Amériques. Ils ont également approuvé la résolution CD47.R10 qui encourage l'adoption d'une nouvelle stratégie régionale pour la pérennité des programmes nationaux d'immunisation aux Amériques.

Défis techniques et programmatiques

Le document présenté au Conseil directeur par l'Unité d'immunisation souligne le progrès remarquable qui a été accompli lors des dix dernières années en faveur d'une protection générale contre les maladies évitables par la vaccination, telle l'éradication de la polio, l'élimination de la rougeole et du tétanos néonatal, le contrôle de la fièvre jaune et de la diphtérie, l'introduction du vaccin pentavalent et du vaccin antigrippal et les résultats significatifs en vue de l'élimination de la rubéole.

Malgré ces avancées, les programmes nationaux d'immunisation (PNI) doivent toujours faire face à des défis de taille qui comprennent la conclusion du programme inachevé, consistant à obtenir une couverture de 95% dans les districts où la performance est médiocre, l'introduction de vaccins de nouvelle génération contre les maladies prioritaires, la transition de la vaccination des enfants à celle de la famille et le maintien de la croissance du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins.

1. Le programme inachevé:

La protection vaccinale ne s'étend pas encore à l'ensemble des enfants et des femmes vulnérables de la Région. Environ un enfant sur trois en Amérique latine et dans les Caraïbes vit dans un district mal desservi. Pour mener à bien le programme vaccinal en cours, il faut que ces enfants et ces femmes non couverts aient un accès équitable aux avantages de la vaccination. Les stratégies clés pour atteindre et maintenir les niveaux de couverture cible pour



Dr Leslie Ramsammy, ministre de la santé du Guyana, en réunion avec Dr Julian Lob-Levyt, Directeur de GAVI; Dr Jon Andrus, Conseiller technique principal de l'Unité d'immunisation à l'OPS; Mme Rebecca Affolder de GAVI; Dr Beryl Irons de l'Unité d'immunisation à CAREC; et Dr Janice Woolford, responsable du PEV du Guyana. Voir **GAVI et GUYANA** page 4

Proposition de projet pluriannuel pour la promotion de décisions fondées sur des données probantes relatives à l'introduction de nouveaux vaccins en Amérique latine et aux Caraïbes (Pro-Vac)

Un «Atelier sur l'analyse économique à l'appui des décisions concernant l'introduction de nouveaux vaccins» s'est tenu au siège de l'OPS, à Washington, D.C., du 5 au 8 septembre dernier. Des représentants des ministères de la santé de la Région, ainsi que d'institutions et organismes sanitaires académiques y ont participé. L'objectif de l'atelier était de renforcer les capacités nationales pour améliorer la prise de décisions et de développer des outils pour mener une analyse économique de la santé au niveau national.

L'atelier a démarré par une discussion sur les réussites les plus importantes aux Amériques, y compris l'élimination de la rougeole et du tétanos néonatal, l'éradication de la polio et le coût-efficacité de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. Ces réalisations ont créé un précédent essentiel pour les réussites futures dans la Région. Les objectifs actuels comprennent l'immunisation des populations exposées, la conduite d'une surveillance efficace, l'approvisionnement garanti de vaccins par le biais du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS et une distribution rapide des vaccins.

Le rôle principal de l'analyse économique dans la prise de décision consiste à apporter une compréhension plus réaliste des coûts globaux et du potentiel

tous les vaccins de routine peuvent inclure, en fonction des besoins, le rétablissement des services de sensibilisation réguliers lorsque cela est nécessaire, une supervision assortie d'un soutien et la formation sur le terrain, le renforcement des liens de la communauté avec les mécanismes de prestation de services, le suivi et l'utilisation des données pour agir et une meilleure qualité de la planification et de la gestion des ressources humaines et financières.

Maintenir l'ampleur des réussites passées en matière de vaccination constitue un défi essentiel pour les décideurs nationaux et les responsables de programmes. Des éléments factuels préoccupants émanant des pays industrialisés ont montré la vulnérabilité des programmes de vaccination face à la réduction des financements à mesure que le souvenir des maladies qui tuent les enfants s'estompe. Une baisse de la vigilance publique en Australie, aux États-Unis d'Amérique, au Royaume-Uni et dans d'autres pays européens a entraîné une chute spectaculaire de la couverture vaccinale au début des années 90.

Bien que des progrès énormes aient été accomplis sur le front de l'élimination de la rubéole, la mobilisation des ressources et un engagement politique durable sont deux aspects absolument prioritaires. Il est également urgent de mettre sur pied une surveillance de haute qualité pour suivre les progrès accomplis et vérifier que le syndrome de la rubéole congénitale a été éliminé. (1)

2. Introduction des vaccins de nouvelle génération:

L'introduction de nouveaux vaccins contre le rotavirus, le pneumocoque et le virus du papillome humain (VPH) et de nouvelles technologies de vaccination dans le programme de vaccination systématique présente des défis techniques significatifs pour les pays. Avec les vaccins de nouvelle génération, il est nécessaire d'établir des estimations du fardeau de la maladie spécifiques aux sous-régions.

Il est également nécessaire de définir des objectifs de réduction de la mortalité pour ces maladies, en tenant compte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), conformément aux principes de l'OMS énoncés dans « La vaccination dans le monde: vision et stratégie ». ¹ Les processus décisionnels pour l'introduction des vaccins devront être fondés sur la situation locale pour permettre d'opérer un meilleur suivi de l'impact de la vaccination contre ces maladies sur la réalisation des OMD.

Les vaccins de nouvelle génération sont plus coûteux que les vaccins de base du PEV. Ces coûts accrus présentent d'énormes défis pour les responsables de programmes de vaccination qui cherchent à introduire de nouveaux produits uniquement sur la base de bonnes données épidémiologiques. Le fait qu'il faille doubler les budgets du programme pour introduire, par exemple, le vaccin antirotavirus, a amené les pays à commencer à évaluer l'espace budgétaire – la marge dans un budget national qui permet de fournir des ressources sans menacer la viabilité financière globale ou la stabilité économique – qu'il serait possible de dégager pour l'introduction des nouveaux vaccins envisagés. (2)

Dans ce contexte, l'OPS a entamé un processus de revue systématique de la qualité et de l'efficacité de la législation et de la réglementation en vigueur sur les vaccins dans les États membres. Cette revue a pour objet de définir les pratiques optimales pour le maintien des PNI sur le plan financier et de tirer parti de législations améliorées afin de réduire les coûts de transaction pour les programmes de vaccination. (3)

L'OPS encourage à accroître l'accent mis sur le renforcement de la capacité nationale afin de prendre des décisions fondées sur des éléments factuels pour l'introduction de vaccins en tenant compte de toutes

les priorités sanitaires. L'Unité d'immunisation a élaboré un plan régional de formation pour assister les décideurs nationaux dans la quête des éléments factuels nécessaires pour prendre des décisions avisées en matière d'introduction de vaccins. (4)

3. Transition de la vaccination des enfants à celle de la famille:

La stratégie de vaccination familiale doit s'inspirer des stratégies globales de soins de santé primaire afin de permettre la réduction de la morbidité et de la mortalité pouvant être évitées chez des individus plus âgés ayant reçu les vaccins appropriés, ainsi que le renforcement des systèmes pouvant être utilisés en cas de nouvelle épidémie touchant les enfants comme les adultes. En particulier, cette transition permettra de faire en sorte que les PNI soient mieux à même de prévenir les infections dues à la grippe, au virus pneumococcique, au virus du papillome humain et au VIH. La transition vers la vaccination de la famille devra dans un premier temps permettre d'obtenir une couverture vaccinale élevée contre la grippe, le tétanos et la rubéole parmi les populations adultes ciblées. Les enseignements tirés du contrôle de la grippe et de l'élimination du tétanos néonatal et de la rubéole seront appliqués à la prévention de la grippe, du cancer du col de l'utérus et, en son heure, des décès dus au sida dans la Région.

Les PNI dans la quasi-totalité des pays de la Région ont mis en place des systèmes de prestation de services solides. Sur la base de ces systèmes, et avec l'appui de partenariats internes de l'OPS pour explorer des démarches novatrices en vue d'une intégration plus efficace de la fourniture de services, la transition vers la vaccination de la famille peut contribuer à aboutir à une démarche plus intégrée au sein des programmes de santé maternelle et infantile. Une vaccination familiale intégrée efficace peut également contribuer à la réalisation des OMD.

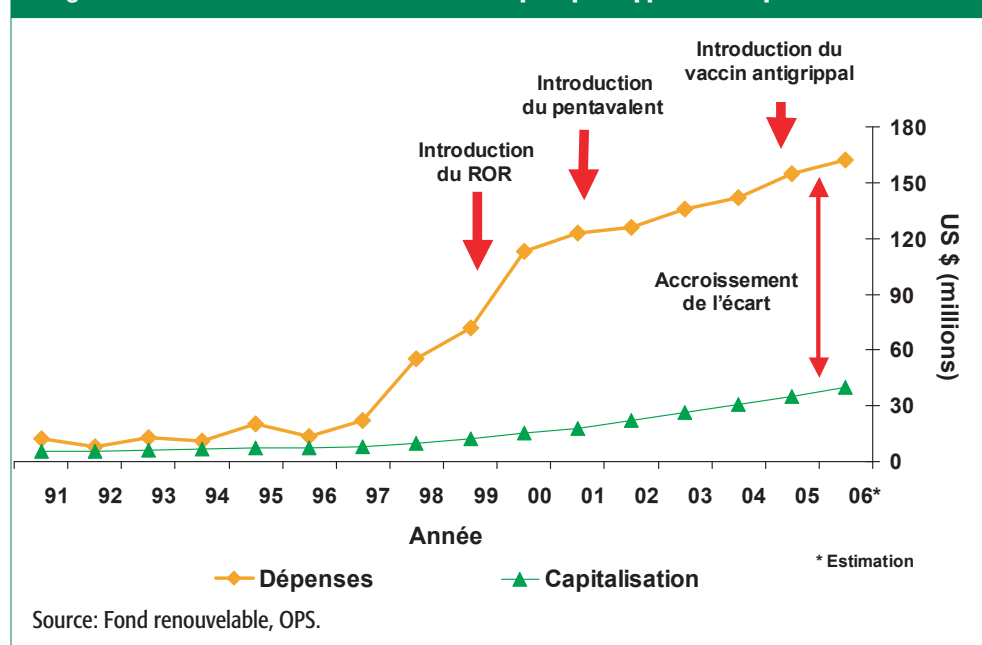
4. Le Fonds renouvelable:

Au cours des 10 dernières années, le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins s'est considérablement développé du fait de l'accroissement du volume d'achats de vaccins et de l'effet d'accumulation de la commission de 3% appliquée à chaque commande. À la fin de 2005, la capitalisation du Fonds était d'un peu plus de 34 millions de dollars et ses dépenses totales s'élevaient à plus de 154 millions de dollars cette année-là (figure 1). L'OPS est en train de réaliser une étude pour déterminer les augmentations minimales du fonds de roulement requises pour garantir des services continus de l'OPS aux pays pour l'introduction de nouveaux vaccins. Ces estimations d'augmentations annuelles exigeront des mécanismes novateurs pour soutenir le Fonds, par exemple des contributions volontaires supplémentaires des pays ou bailleurs de fonds. À l'heure actuelle, le fonds de roulement n'est pas suffisant pour répondre aux demandes des pays concernant les nouveaux vaccins contre la grippe ou le rotavirus, par exemple.

La mission du Fonds renouvelable consiste à fournir des vaccins de bonne qualité aux pays de la Région à un prix unique qui soit abordable pour tous. Un

1 Global Immunization Vision and Strategy (GIVS).

Figure 1. Croissance du Fond renouvelable: Capital par rapport aux dépenses, 1991-2006



élément essentiel au moment de relever le défi des vaccins de nouvelle génération, plus onéreux, sera un niveau de participation sans précédent des pays au Fonds, apportant ainsi le volume de demande nécessaire pour stabiliser l'offre et négocier les meilleurs prix. De nouveaux partenariats sur le plan de la chaîne d'approvisionnement, tirant parti des expériences opérationnelles et programmatiques des États membres de l'OPS qui n'utilisent pas régulièrement le Fonds, seront cruciaux pour obtenir une participation maximale.

Pérennité de l'immunisation aux Amériques

La Stratégie régionale pour la pérennité des programmes nationaux d'immunisation aux Amériques repose sur les principes directeurs présentés en 2004 lors de la réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination (5) ainsi que sur les principes utilisés pour le renouvellement des soins de santé primaire. (6) Ces principes visent à réduire les inégalités, à renforcer l'infrastructure de la santé publique, à promouvoir une culture de prévention, à galvaniser

l'engagement politique et à atteindre l'excellence en termes de coopération technique. Les partenariats constituent un autre élément clef de la pérennité: l'OPS poursuit activement la promotion et le développement de partenariats aux niveaux familial, communautaire, national, sous-régional, régional et mondial.

L'OPS continuera à s'efforcer de maintenir une supervision technique complètement opérationnelle et des groupes de coordination du partenariat (tels que le GCT et les Comités de coordination interinstitutionnelle au niveau régional et national). Ces groupes contribuent à garantir que les stratégies techniques ne déraillent pas et que des ressources suffisantes sont disponibles. L'OPS continuera aussi de mobiliser les ressources nécessaires au maintien du réseau de consultants internationaux pour l'immunisation basés dans les pays ainsi que des diverses subventions destinées aux activités de vaccination, telles que l'élimination de la rougeole et de la rubéole et l'introduction de nouveaux vaccins. Enfin, l'OPS continuera de jouer un rôle essentiel pour favoriser l'échange d'expériences et de leçons apprises parmi tous les États Membres. ■

Références:

1. *Bulletin d'immunisation*, Vol. XXVII, numéro 6: L'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénital au Nicaragua (Décembre 2005).
2. *Bulletin d'immunisation*, Vol. XXVIII, numéro 2: Créer un espace budgétaire pour renforcer et développer les programmes nationaux de vaccination en Amérique latine et dans les Caraïbes (Avril 2006).
3. *Bulletin d'immunisation*, Vol. XXVIII, numéro 2: Analyse de la législation sur la vaccination aux Amériques (Avril 2006).
4. *Bulletin d'immunisation*, Vol. XXVIII, numéro 5: Proposition de projet pluriannuel pour la promotion de décisions fondées sur des données probantes relatives à l'introduction de nouveaux vaccins en Amérique latine et aux Caraïbes (Pro-Vac) (Octobre 2006).
5. *Bulletin du PEV*, Vol. XXVI, numéro: XVI^e Réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination: conclusions et recommandations (Décembre 2004).
6. *Bulletin d'immunisation*, Vol. XXVII, numéro 5: Stratégie d'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale: contribution au renouvellement des soins de santé primaire (Août 2005).

Note: Tous les articles cités plus haut sont disponibles à http://www.paho.org/french/ad/fch/im/Epi_newsletter.

PRO-VAC suite de la page 1

en matière de gains de santé et économiques. Les thèmes spécifiques abordés dans les présentations ont été les utilisations des analyses coût-efficacité et minimisation des coûts, la durabilité financière, les études de coût du programme et d'abordabilité, les types et perspectives de coûts et les mesures de la charge de morbidité, telles que la déficience ajustée par année de survie¹ et l'année de survie ajustée pour la qualité de la vie².

L'atelier a été l'occasion de présenter le travail actuel de l'OPS en matière d'économie de la santé et de mettre en relief les projets évaluant l'impact économique de la mauvaise santé. Des modèles spécifiques de maladies ont été décrits en termes d'analyse économique pour la grippe, le virus du papillome humain (VPH) et les vaccins contre le pneumocoque. Un projet pour déterminer simultanément le coût-efficacité des vaccins antiHib, antipneumococcique et antirotavirus a également été présenté. Les expériences des pays en matière de décisions sur l'introduction des vaccins ont été partagées par des représentants du Brésil (rotavirus), du Chili (rotavirus/grippe), du Costa Rica (VPH), du Panama (rotavirus) et du Venezuela (rotavirus).

L'Initiative Pro-Vac

Lors de l'atelier, un plan stratégique quinquennal détaillé a été lancé pour renforcer la capacité nationale en matière de décisions fondées sur des données probantes en vue de l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés. Les

progrès obtenus grâce à ce plan, dénommé Initiative Pro-Vac,³ contribuent à l'approche innovante de l'OPS qui consiste à former des partenariats en faveur des programmes d'immunisation avec d'autres Régions et organisations. Les principaux objectifs de l'Initiative Pro-Vac sont les suivants:

- Apporter un soutien à l'introduction de nouveaux vaccins tels que les vaccins contre le rotavirus, le pneumocoque, la grippe et le VPH.
- Coordonner un partenariat entre les programmes nationaux d'immunisation, les ministères de la santé, les institutions académiques et les organisations internationales et régionales travaillant pour la santé et le développement.
- Établir un forum dans lequel les équipes nationales peuvent partager et débattre leurs analyses économiques. Un groupe de travail basé sur le web mettra à disposition en plusieurs langues les outils et directives existants concernant l'analyse économique de la santé.
- Développer des outils pour mener une analyse de coût et une analyse coût-efficacité de la charge de morbidité pour l'introduction de nouveaux vaccins.
- Encourager la transparence des méthodes et des collectes de données entre pays de sorte qu'ils puissent apprendre les uns des autres et normaliser les outils conformément aux directives internationales pour permettre la comparaison des résultats.
- Apporter un appui technique constant avec une équipe d'experts provenant de plusieurs institutions académiques et d'environnements

non académiques.

- Établir un réseau multidisciplinaire de centres clés d'excellence et organiser des centres régionaux et nationaux pour l'épidémiologie, l'économie et les politiques publiques.
- Évaluer les progrès à l'aide de visites de terrain, de réunions et de production de documentation.

Les principaux résultats de l'Initiative quinquennale Pro-Vac comporteront les éléments suivants:

- La formation d'un réseau régional de centres clés pour l'économie, l'épidémiologie et les politiques publiques.
- Le renforcement de la capacité nationale au moyen des technologies de l'information, de plateformes de formation/réunions à distance et de conférences de suivi au niveau régional.
- Le développement de données probantes sur l'introduction de vaccins pour aider la prise de décision au moyen de l'utilisation de modèles pour le coût du programme et la charge de morbidité. Ces données probantes doivent être efficacement communiquées.
- Décisions fondées sur des données probantes pour l'introduction de vaccins et appui à la planification.

Les défis futurs pour maintenir les efforts de l'Initiative Pro-Vac comporteront le maintien de stratégies efficaces de contrôle et d'élimination des maladies, la réduction des inégalités et la poursuite de la construction et du renforcement de l'infrastructure sanitaire. Afin d'aider ce processus, l'appui technique à l'Initiative Pro-Vac comportera une adresse électronique (provac@paho.org) qui sera utilisée pour coordonner les réunions, les orientations-recours et les visites sur le terrain.

Depuis la tenue de l'atelier, des études de coût-

1 DALY: Disability-Adjusted Life Year

2 and the second one will be "QALY: Quality-Adjusted Life Year

3 Initiative pour promouvoir la mise en œuvre de l'analyse économique pour l'introduction de vaccins dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

efficacité ont été proposées par plusieurs pays et sont en phase de discussion. Elles comprennent des études sur le vaccin contre le VPH (Argentine, Brésil, pays des Caraïbes, El Salvador, Guatemala, Mexique, Panama, Pérou et Venezuela), sur le vaccin contre le pneumocoque (Bolivie, Brésil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala et Venezuela), sur le vaccin antirotavirus (Bolivie, Costa Rica, El

Salvador, Guatemala et Panama) et sur le vaccin antigrippal (El Salvador et Guatemala).

Les réactions des participants ont prouvé qu'ils ont trouvé l'atelier très utile, principalement à cause du niveau élevé de participation des partenaires et des États Membres à l'Initiative Pro-Vac. La réponse à l'atelier et aux outils fournis aux participants met en relief la valeur de l'Initiative Pro-Vac qui aide les

programmes nationaux d'immunisation à introduire de manière durable de nouveaux vaccins et à bénéficier de gains en matière de santé. L'expertise offerte par le biais de l'Initiative Pro-Vac est en demande dans d'autres Régions de l'OMS et l'OPS reçoit déjà des demandes d'information provenant d'institutions et de pays hors Amériques. ■

GAVI et le Guyana: histoire d'une réussite

La République de Guyana est le premier pays à reprendre le financement durable du vaccin pentavalent de l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI). En mai de cette année, l'éditeur du Bulletin d'immunisation, Jon Andrus, a interviewé le Ministre de la Santé du Guyana, le Dr Leslie Ramsammy, principal architecte de cette réalisation. A la suite figure un résumé de la discussion.

Lorsque le vaccin pentavalent¹ a été introduit en Guyana en 2001, a rappelé le Dr Ramsammy, le pays était parmi les plus pauvres du monde, avec un PIB d'à peine US \$600 et un fardeau de la dette paralysant. La situation n'est guère différente aujourd'hui, et pourtant le Guyana a été en mesure, à partir de cette année, d'absorber complètement le coût de la fourniture de vaccin pentavalent à ses citoyens. « Cela a été une réalisation remarquable, » a dit le Dr Ramsammy, « mais nous n'aurions pu le faire si nous n'avions pas eu cet arrangement provisoire pour nous aider. En 2000, si nous avions décidé d'ajouter le pentavalent, nous l'aurions fait en adoptant une approche graduelle qui aurait pu requérir environ cinq à six ans avant que nous ne puissions mobiliser les fonds localement. En faisant intervenir GAVI à l'époque, nous avons été en mesure d'accélérer l'introduction du vaccin. Et c'est pourquoi le Guyana est aujourd'hui en mesure de reprendre l'appropriation totale de ce programme sans aucune assistance. »

Le Dr Ramsammy a dit que ce qui l'avait impressionné initialement à propos de GAVI était le fait que le programme permettait à des pays comme le Guyana d'introduire de nouveaux vaccins dans le système de soins de santé, au lieu de simplement renforcer les régimes existants de vaccination. « En 2001, à l'UNGASS,² j'ai soutenu que les propositions

pour le Fonds mondial devaient prendre des leçons de GAVI. Cinq ans plus tard, le Guyana est sur le point d'entrer dans la deuxième phase du Fonds mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et je suis encore plus convaincu aujourd'hui que le modèle pour le Fonds mondial aurait dû être GAVI. C'était une alliance globale couronnée de succès et nous n'avons pas cherché à apprendre suffisamment de cette initiative. »

Le Guyana: un pays attaché à l'immunisation

Même avant l'assistance de GAVI, a remarqué le Ministre, le Guyana a toujours eu un solide programme d'immunisation. « Le Guyana a toujours considéré l'immunisation comme un programme prioritaire, » a dit le Dr Ramsammy, « même dans les années soixante-dix et quatre-vingt lorsque, pour des raisons économiques, l'investissement du pays dans le secteur de la santé avait diminué. Si vous retracez l'investissement du Guyana dans le secteur de la santé, dans les années soixante le pays dépensait environ US \$60 par habitant pour la santé. La situation a commencé à se détériorer et en 1992, nous dépensions moins de US \$7 par habitant pour la santé. Même au cours de périodes durant lesquelles l'investissement dans le secteur de la santé déclinait globalement, notre investissement dans le programme d'immunisation a conservé sa stabilité. Ce pays a toujours considéré l'immunisation comme un programme prioritaire et comme un programme sacré. »

Ramsammy a ajouté que la tradition du secteur local de la santé consistant à traiter l'immunisation comme une « priorité sacrée » remontait au début du programme national d'immunisation dans les années cinquante, lorsque le pays était encore sous le régime colonial, et cette tradition va se perpétuer. « Maintenant, [même] dans une conjoncture quelconque de programme d'austérité, nous ne

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est un partenariat entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les communautés affectées. Il a été créé pour accroître considérablement les ressources pour lutter contre trois des maladies les plus dévastatrices de la planète et pour diriger ces ressources vers les zones en ayant le plus besoin.

toucherons pas au programme d'immunisation, » a dit le Dr Ramsammy. « Nous reconnaissons que le programme sauve des vies; nous reconnaissons qu'il empêche des enfants d'être malades; qu'il protège les enfants; qu'il sauve des vies et qu'il est aussi important que tout autre lorsque l'on déploie des stratégies pour réduire la mortalité infantile. »

Le Dr Ramsammy a reconnu que l'immunisation est la colonne vertébrale des soins de santé primaires au Guyana. « Nous ne refuserions jamais à un seul enfant le régime complet de vaccination, les doses complètes de vaccins qui sont disponibles et importantes, » a-t-il dit.

Perspectives d'avenir

Chaque fois que de nouveaux vaccins ou de nouvelles technologies qui sauvent des vies deviennent disponibles, a dit le Dr Ramsammy, son Ministère travaillera sans répit dans les limites de son budget pour se les procurer. Il a répété que chaque fois qu'il a recours à des organismes extérieurs tels que GAVI, c'est pour aider à accélérer des programmes qui sont soit déjà en cours, soit prêts à être exécutés.

« Une fois que le vaccin pentavalent est devenu disponible sur le plan commercial, il n'était pas question que le Guyana ne l'introduise pas dans son programme. La question qui se posait alors était de savoir comment nous pouvions nous le permettre. Nous avons eu de la chance que GAVI soit arrivé. »

« Je suis encouragé par le fait que les décideurs de ces organisations étaient suffisamment conscients du fait qu'il est nécessaire d'impliquer les bénéficiaires et les destinataires dans les pays en développement. »

Ramsammy est convaincu qu'il n'y aura pas de changement majeur dans la façon dont GAVI appuie les pays qui en ont besoin, en faisant valoir que quelques pays sont bien en arrière dans leurs programmes de vaccination. « Prenons Hib ou l'hépatite B, » a-t-il dit, « qui étaient disponibles

1 Diphtérie-coqueluche-tétanos + hépatite B + *Haemophilus influenzae* type b

2 Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies.

L'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation ou l'Alliance GAVI a été formée pour répondre à l'incapacité des pays les plus pauvres à fournir des vaccins à tous leurs enfants. En tant qu'alliance historique entre le secteur privé et le secteur public, GAVI canalise les forces de partenaires multiples dans le domaine de l'immunisation, y compris les gouvernements, l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Banque mondiale, les fabricants de vaccins, les organisations non gouvernementales (ONG) et les instituts de recherche. Pour en savoir plus sur l'Alliance GAVI aux Amériques, veuillez consulter *Le Partenariat OPS-GAVI* dans le Bulletin d'immunisation de l'OPS, avril 2006, Vol XXVIII, Numéro 2.

depuis le début des années 1980, et pourtant il y a encore des pays dans le monde aujourd'hui qui n'ont toujours pas introduit ces vaccins. Et nous parlons d'une époque à laquelle des vaccins plus nouveaux qui peuvent sauver des millions de vies arrivent sur le marché, alors que des pays ont encore des difficultés à introduire ces anciens vaccins.»

Ramsammy a dit que l'introduction de nouveaux vaccins tels que l'antitrotavirus peut non seulement sauver des vies, mais peut éventuellement avoir un impact positif sur la croissance économique des pays en développement car les enfants tombent moins souvent malades, ce qui réduit les dépenses dans le secteur de la santé. Il s'est montré résolu sur le fait que la Phase 2 de GAVI doit avoir une solide composante sur l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays.

Perspectives régionales

« Il me semble, » a dit le Ministre, « que plus nous avançons, nombre de ces alliances globales font en sorte qu'il est plus difficile pour les pays des Amériques d'en tirer avantage. »

Le Dr Ramsammy considère que les facteurs principaux influençant potentiellement cette tendance sont le PIB relativement élevé de la Région par rapport à d'autres Régions et la charge de morbidité relativement plus faible. « Généralement, » a-t-il dit, « nous sommes considérés comme un peu plus développés, et pourtant, il y a des pays très vulnérables dans cette Région, pas simplement les pays éligibles à GAVI (Bolivie, Cuba, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua), mais aussi des pays qui ne reçoivent pas l'appui de GAVI, des pays tels que l'Équateur, El

Salvador, le Guatemala, la Jamaïque, le Panama, le Paraguay, le Pérou, pour n'en citer que quelques-uns. »

Le Ministre estime que les pays de la Région qui s'améliorent sur le plan du développement, en particulier dans le domaine de la santé, ne devraient pas se voir refuser l'aide en raison de leur réussite. Le Dr Ramsammy a noté que le Fonds mondial a omis 22 pays de la Région de sa liste des pays éligibles. « Nous ne devrions pas être pénalisés en raison de nos progrès. Le fait que nombre d'entre nous ayons des taux de couverture vaccinale de 80, 90 ou 95% ne devrait pas être une excuse pour que les programmes d'assistance nous ignorent. Aussi important soit-il de développer des systèmes pour avoir une couverture élevée, il est tout aussi important d'appuyer les systèmes pour qu'ils maintiennent ce niveau de couverture. » ■

Mise à jour sur la surveillance du rotavirus aux Amériques

Le tableau ci-dessous présente les données en date d'août 2006 concernant la surveillance de la diarrhée à rotavirus en Bolivie, au El Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Paraguay et au Venezuela. Parmi ces pays, 15,2% des hospitalisations chez les

enfants de moins de cinq ans sont dues à la diarrhée. La moyenne de positivité des cas confirmés de diarrhée à rotavirus est de 44,96%. Entre janvier et août 2006, le pourcentage le plus faible de cas confirmés de diarrhée à rotavirus correspond au

Venezuela (28,76%) et le pourcentage le plus élevé au Honduras (49,13%). Les données correspondant à 2005 ont été présentées dans le numéro de février 2006 du *Bulletin d'Immunisation*. ■

Tableau 1. Surveillance épidémiologique du rotavirus dans les hôpitaux sentinelles parmi les pays qui notifient, Région des Amériques, 2006

| INDICATEURS | PAYS | | | | | | TOTAL |
|--|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-------------|--------|
| | Bolivie* | El Salvador | Guatemala | Honduras | Paraguay | Venezuela** | |
| | Jan.-Aoû. | Jan.-Sep. | Jan.-Aoû. | Jan.-Aoû. | Jan.-Aoû. | Jan.-Aoû. | |
| Nombre d'hospitalisations chez les enfants de <5 ans | 7 797 | 32 236 | 9 789 | 24 709 | 3 437 | 848 | 78 816 |
| Nombre d'hospitalisations dues à la diarrhée chez les enfants de <5 ans | 1 547 | 4 665 | 1 297 | 4 053 | 270 | 146 | 11 978 |
| Pourcentage d'hospitalisations dues à la diarrhée | 19,84 | 14,47 | 13,25 | 16,4 | 7,86 | 17,22 | 15,2 |
| Nombre d'enfants de <5 ans qui remplissent la définition de cas | 1 275 | 3 010 | 620 | 3 755 | 226 | 473 | 9 359 |
| Pourcentage de cas présumés de rotavirus | 82,42 | 64,52 | 47,8 | 92,65 | 83,7 | 100 | 78,13 |
| Nombre d'enfants avec un formulaire complet et un échantillon | 862 | 2 122 | 420 | 2 310 | 193 | 459 | 6 366 |
| Pourcentage de cas présumés avec un formulaire complet et un échantillon | 67,61 | 70,5 | 67,74 | 61,52 | 85,4 | 97,04 | 68,02 |
| Nombre de cas avec un résultat positif pour le rotavirus | 358 | 1 013 | 164 | 1 135 | 60 | 132 | 2 862 |
| Pourcentage de cas de rotavirus confirmés | 41,53 | 47,74 | 39,05 | 49,13 | 31,09 | 28,76 | 44,96 |

* données partielles

** données partielles; le nombre de cas qui remplissent la définition de cas comprend les patients non hospitalisés

Source: rapport des pays à la base de données du rotavirus de l'Unité d'immunisation, OPS.

Mis à jour le 17 octobre 2006

Tétanos néonatal: situation mondiale et régionale

En 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a lancé un appel en faveur de l'élimination mondiale du tétanos maternel et néonatal, qui a été définie comme moins d'un cas de tétanos néonatal (TNN) pour 1000 naissances vivantes dans chaque district de tous les pays. Dix ans plus tard, les efforts mondiaux ont réussi à éliminer le TNN dans 104 pays en développement sur 161. En 2000 toutefois, le TNN représentait encore un problème considérable de santé publique dans 57 pays et une coalition internationale a promu un élan renouvelé pour éliminer la maladie en 2005. Le nombre de décès par TNN a diminué, passant de 800 000 dans le monde entier dans les années 1980 à moins de 180 000 en 2002, la majorité de ces décès se produisant dans 52 pays seulement. De plus, les décès maternels imputables au tétanos sont de l'ordre de 30 000 par an selon les estimations.

Après le déploiement de l'approche à risque élevé en Amérique latine et aux Caraïbes en 1986, le nombre de cas notifiés de TNN dans la Région a chuté de plus de 50% dans les quatre premières années seulement. De 1986 à 2005, ce nombre a chuté de plus de 94%. La maladie est maintenant

considérée éliminée dans la Région des Amériques, à l'exception de quelques pays où le problème persiste encore (tableau 1). Le nombre total de districts notifiant un taux annuel de >1 cas de TNN pour 1000 naissances vivantes était de 210 en 1995 et de 16 en 2005.

Un seul cas de TNN aux Amériques doit désormais être considéré comme un échec des services de santé et faire l'objet d'une évaluation approfondie pour déterminer la façon dont le cas aurait pu être évité afin d'empêcher l'occurrence de nouveaux cas.

Lors de sa réunion de juillet 2006, le Groupe Consultatif Technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination a reconnu les accomplissements remarquables des pays de la Région en matière d'élimination du TNN et a souligné que les quelques pays qui connaissent encore des cas de TNN doivent faire des efforts spéciaux pour boucler l'élimination. De plus, le GCT a recommandé les mesures suivantes :

- Les pays qui ont encore des districts avec des cas de TNN doivent effectuer la vaccination dans les zones à risque élevé. Tous les pays doivent

maintenir une surveillance du TNN de haute qualité et l'OPS doit encourager et appuyer ces efforts.

- Tous les cas de TNN doivent faire l'objet d'une investigation complète par un comité de pairs indépendant (*peer review board*). Les conclusions établies concernant l'échec à prévenir un cas doivent être utilisées comme guide pour cibler les populations devant être vaccinées.
- L'OPS doit collaborer avec l'UNICEF et d'autres partenaires pour encourager et appuyer Haïti dans la conduite d'une campagne nationale pour éliminer le TNN et doit profiter de cette activité pour maintenir le pays exempt de la rougeole et éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale. ■

Tableau 1. Pays latino-américains avec des cas de TNN: Districts avec des cas et Districts avec >1 cas de TNN pour 1000 naissances vivantes, 1995 et 2005

| Pays | 1995 | | | | 2005 | | | |
|------------------------|---------------------|---------------|--------------|------------------|---------------------|---------------|--------------|------------------|
| | Total des districts | Total des cas | Districts | | Total des districts | Total des cas | Districts | |
| | | | Cas notifiés | Taux >1/1000 NV* | | | Cas notifiés | Taux >1/1000 NV* |
| Bolivie | 93 | 20 | 11 | 4 | 324 | 5 | 4 | 2 |
| Brésil | 4954 | 127 | 113 | 82 | 5564 | 10 | 10 | 7 |
| Colombie | 1020 | 35 | 27 | 15 | 1113 | 9 | 8 | 3 |
| Équateur | 141 | 51 | 36 | 9 | 167 | 6 | 6 | 2 |
| El Salvador | 262 | 3 | 3 | 1 | 262 | 1 | 1 | 0 |
| Guatemala | 331 | 9 | 8 | 5 | 331 | 0 | 0 | 0 |
| Honduras | 293 | 3 | 3 | 3 | 298 | 0 | 0 | 0 |
| Mexique | 2406 | 67 | 63 | 18 | 2444 | 1 | 1 | 0 |
| Nicaragua | 152 | 4 | 3 | 1 | 162 | 1 | 1 | 0 |
| Panama | 68 | 1 | 1 | 1 | 76 | 1 | 1 | 0 |
| Paraguay | 211 | 16 | 16 | 8 | 232 | 2 | 2 | 2 |
| Pérou | 1811 | 99 | 75 | 59 | 1811 | 2 | 2 | 0 |
| République dominicaine | 153 | 0 | 0 | 0 | 153 | ... | ... | ... |
| Venezuela | 287 | 18 | 12 | 4 | 287 | 1 | 1 | 0 |
| TOTAL | 12182 | 453 | 371 | 210 | 13224 | 39 | 37 | 16 |



* naissance vivante ... non disponible

Source: Unité d'immunisation, OPS.

Administration de suppléments de vitamine A

- La vitamine A réduit la sévérité d'infections telles que la diarrhée et la rougeole, réduisant ainsi la mortalité due à une infection.
- La vitamine A favorise la croissance des enfants.
- L'avitaminose A sévère est associée à la difficulté de voir dans l'obscurité, aux lésions oculaires et à la cécité.
- Les enfants et les femmes enceintes dont le régime alimentaire manque d'aliments riches en vitamine A doivent recevoir des suppléments de vitamine A.
- La vitamine A se trouve dans les aliments de deux façons: sous la forme de vitamine A préformée (lait, beurre et foie) et sous la forme de caroténoïdes ou précurseurs de la vitamine A (dans les fruits jaunes et oranges et dans les légumes, en particulier les légumes foncés, verts et feuillus).

Étapes à suivre pour administrer correctement les suppléments de vitamine A

| | | |
|---|--|---|
| 1. Conservez les capsules de vitamine A dans un récipient étanche, à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité. | 2. Séparez et stockez les flacons de vitamine A conformément à leurs doses. | 3. Vérifiez la date d'expiration du produit. |
| 4. Inscrivez la date à laquelle vous avez ouvert le flacon de capsules de vitamine A. | 5. Vérifiez la dose de vitamine A qui correspond à l'âge de l'enfant. | 6. Lavez-vous les mains et demandez à la mère de s'asseoir confortablement avec l'enfant sur ses genoux. |
| 7. Coupez le bout de la capsule avec une paire de ciseaux propres (Figure 1).  | 8. Serrez la capsule entre vos doigts et veillez à ce que tout le contenu tombe dans la bouche de l'enfant (Figure 2).  | 9. Inscrivez sur le carnet de santé ou de vaccination la date à laquelle la dose de vitamine A a été administrée. |
| | | 10. Indiquez à la mère la date à laquelle elle doit ramener son enfant pour la deuxième dose. |

SEULS les agents de santé peuvent administrer les capsules de vitamine A !



- Si le flacon n'a pas été ouvert, les capsules de vitamine A conservent leur puissance jusqu'à deux ans après leur date de fabrication.
- Les capsules conservent leur puissance jusqu'à un an après que l'ouverture du flacon.
- Vérifiez que l'enfant a avalé tout le contenu de la capsule, sans en avoir recraché une seule goutte.

Calendrier des doses de vitamine A en tant que suppléments : ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 24 MOIS

| Âge | Dose | Fréquence |
|--------------|---------------------------------------|---------------------|
| 6 à 11 mois | 100 000 IU (30 mg) (perles bleues) | tous les 4 à 6 mois |
| 12 à 24 mois | 200 000 IU (60 mg) (perles rouges) | tous les 4 à 6 mois |



- Ne pas réfrigérer ou congeler les capsules de vitamine A.
- Ne donner en aucune circonstance des capsules de vitamine A à la mère ou aux gardiens de l'enfant.
- Ne pas tordre ou mordre la capsule pour l'ouvrir.

Réunion sur la surveillance épidémiologique des pneumonies et méningites bactériennes

Avec l'appui du Sabin Vaccine Institute et de PnuemoADIP, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) organise une réunion sur la surveillance épidémiologique des pneumonies et méningites bactériennes chez les enfants âgés de moins de cinq ans. La réunion se tiendra à São Paulo, au Brésil, les 15 et 16 décembre 2006.

Les participants à la réunion seront les responsables du Programme élargi de vaccination (PEV) et les personnes chargées de la surveillance des pneumonies et des méningites dans les pays des Amériques. Le personnel d'immunisation de l'OPS dans les pays et au siège participeront également à la réunion.

La réunion donnera la possibilité aux participants d'échanger des informations et leurs expériences et de valider les directives de surveillance régionale que l'OPS est en train de développer. Ces directives portent sur les critères normalisés de définition des cas, les données devant être collectées et la fréquence des rapports. Le retour d'information fourni pendant la réunion sera incorporé dans la

version finale des directives, qui sera imprimée plus tard et distribuée à tous les pays.

La pneumonie est une cause majeure de morbidité, d'hospitalisation et de mortalité parmi les enfants âgés de moins de cinq ans aux Amériques. Avant que ne soit introduit le vaccin *Haemophilus influenzae* type b (Hib) dans les calendriers de vaccination systématique de la plupart des pays, les cas graves de pneumonie et de méningite chez les enfants étaient causés le plus fréquemment par Hib. Aujourd'hui le pneumocoque est la bactérie qui provoque le plus fréquemment des cas graves de pneumonie et de méningite chez les enfants.

Deux vaccins contre la maladie pneumococcique invasive sont disponibles. Le vaccin polysaccharide, à l'usage des adultes, et le vaccin conjugué pneumococcique 7-valent, à l'usage des enfants âgés de moins de deux ans. Le vaccin 7-valent couvre jusqu'à 60% des sérotypes prédominants dans la Région. De nouveaux vaccins sont en cours de développement pour protéger contre un plus grand nombre de sérotypes. L'OPS collabore avec

les pays de la Région pour produire une information épidémiologique normalisée sur les infections pneumococques invasives bactériennes et améliorer la surveillance afin d'appuyer l'introduction de nouveaux vaccins et d'évaluer leur impact. ■

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 XXVIII, Numéro 5 • Octobre 2006

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Pan American
Health
Organization**



Regional Office of the
World Health Organization

Unité d'immunisation

525 Twenty-third Street, N.W.

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

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