

Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Année XXII, Numéro 4

Protégez vos enfants par la vaccination

Août 2001

Les Présidents du Honduras et du Costa Rica partagent leurs expériences à propos de leur programme de vaccination

La campagne de vaccination de masse contre la rubéole et la rougeole couronnée de succès du Costa Rica a constitué l'un des sujets de discussion lors d'une récente réunion tenue le 3 juillet 2001 à Tegucigalpa, au Honduras, entre les Présidents du Honduras, M. Carlos Flores, et du Costa Rica, M. Miguel Angel Rodríguez.

Comme le rapporte le quotidien *La Nación* du Costa Rica, le Président Flores a demandé conseil au regard de la planification à l'échelon national de la campagne. "En parallèle aux questions d'intégration régionale, le Président Flores a, selon lui-même, demandé conseil à propos de deux sujets. L'un de ceux-ci a été celui de la vaccination de masse contre la rubéole et la rougeole au cours de laquelle le Costa Rica a vacciné 1,7 million de femmes et d'hommes entre 15 et 39 ans. Le Honduras est en voie de mettre en oeuvre un plan similaire" rapporte *La Nación*.

La campagne

Pendant le mois de mai, le Ministère de la Santé du Costa Rica et la Caisse costaricaine de sécurité sociale (CCSS) ont mis en oeuvre une Journée nationale de vaccination contre la rubéole et la rougeole orientée vers les hommes et les femmes de 15-39 ans, quelque soit leur état vaccinal. Le groupe cible représente 42% de la population totale du pays. La magnitude de cette initiative a représenté un défi pour le

réseau de services de santé du pays et la campagne a généré des connaissances et des expériences utiles pour la mise en oeuvre des stratégies de vaccination contre la rubéole. Les données obtenues lors de la campagne témoignent d'une couverture nationale de 98%.



Source: *La Nación*

Les Présidents Carlos Flores du Honduras et Miguel Angel Rodríguez du Costa Rica se sont entretenus de la récente campagne de vaccination contre la rubéole et la rougeole au Costa Rica.

Les remarques du Président Rodríguez

Dans le rapport final de la campagne nationale de masse que le ministère a publié en coordination avec la CCSS, le Président Rodríguez a reconnu le zèle des agents de santé tout au long du mois qu'a duré la mise en oeuvre de la campagne. "Le succès de la campagne nationale de vaccination est le résultat des efforts des agents de santé qui, durant le mois de mai, ont mobilisé près de la moitié de la population devant être vaccinée. Hommes et femmes, adolescents et adultes de tous les secteurs du pays ont répondu à l'appel des services de santé et se sont engagés à accomplir une noble action de santé publique qui nous permettra d'en terminer avec la surdité, la cécité, les malformations et le retard mental chez les nourrissons d s à la rubéole chez les femmes enceintes" a déclaré le Président Rodríguez.

Source: *La Nación*, par Sandra Irene Zumbado du Costa Rica. Le Ministère de la Santé du Costa Rica et la Caisse costaricaine de sécurité sociale.

Dans ce numéro:

Les Présidents du Honduras et du Costa Rica partagent leurs expériences à propos de leur programme de vaccination	1
La campagne contre la polio en Haïti: une réussite	2
Isolation du poliovirus dérivé du vaccin dans les cas de PFA et échantillonnage environnemental	3
Le partenariat Bolivie/OPS/Banque mondiale en faveur du PEV de	

deuxième génération	4
Accords de gestion: la gestion par les résultats	5
Vaccination contre la rubéole des femmes en âge de procréer dans la région des Amériques	6
Les programmes de vaccination des Amériques élargissent leurs activités pour atteindre d'autres tranches d'âge	6
Cas notifiés de certaines maladies	7
Le Costa Rica approuve la loi sur les vaccins	8

La campagne contre la polio en Haïti: une réussite

Antécédents

Le 28 août 2000, un cas de paralysie flasque aiguë (PFA) a été rapporté dans le département Nord ouest en Haïti. L'analyse en laboratoire de l'échantillon de selles a confirmé qu'un virus dérivé du vaccin Sabin-1 avait infecté cet enfant non vacciné, le premier cas de ce type rapporté dans la région des Amériques. Depuis lors, cinq autres cas de poliomyélite paralytique ont été confirmés en Haïti, tous dûs à la circulation du virus dérivé. L'apparition de l'épidémie en Haïti est due à des années de faible couverture vaccinale contre la poliomyélite et à de mauvaises conditions sanitaires, ce qui a contribué à la création d'un groupe d'individus prédisposés auxquels le virus dérivé a pu être transmis.

La réponse

Les efforts initiaux en vue du contrôle de l'épidémie ont compris la vaccination dans la proximité géographique immédiate des cas et la vaccination par poste fixe dans tout le pays. A cause d'une mauvaise planification, de problèmes de logistique et de fortes pluies dans certaines régions du pays, les activités de vaccination ont eu des résultats sub-optimaux (couverture < 40%). Par conséquent, une campagne nationale porte-à-porte pour tous les enfants de moins de 10 ans a été soigneusement préparée et mise en oeuvre en mai-juillet 2001. La campagne a consisté en la vaccination dans les écoles et de maison en maison et les efforts étaient concentrés sur plusieurs départements à la fois, selon l'approche d'une campagne par secteurs. Les résultats préliminaires indiquent qu'à la mi-juillet plus de 2,4 millions de doses avaient été utilisées pour vacciner une population cible estimée à 2,26 millions. Le surplus de doses pourrait être attribué à (1) la vaccination des mêmes enfants à la fois à l'école et chez eux, (2) la vaccination d'enfants ne faisant pas partie de la tranche d'âge ciblée et (3) la sous-estimation du nombre d'enfants de moins de 10 ans en Haïti.

Afin de valider les données administratives, un contrôle systématique sur le terrain de la couverture vaccinale contre la poliomyélite a été mis en place dans pratiquement toutes les municipalités du pays. Il a été procédé à une évaluation des zones, aussi bien rurales qu'urbaines, à risque de faible couverture dû à une mauvaise supervision ou à des difficultés sur le terrain. Il a été estimé que la couverture nationale était d'environ 90% (Figure 1). Cependant, ce contrôle a été mené afin d'identifier les zones nécessitant des activités de ratissage et, par conséquent, la couverture globale après la vaccination dans ces zones dépassera largement 90%.

Amélioration de la surveillance de la PFA

La notification opportune et pertinente des cas de PFA a été reconnue comme étant une priorité régissant le contrôle

de l'épidémie. Deux activités ont été entreprises en vue d'améliorer la surveillance de la PFA: (1) tout le personnel de vaccination a été formé pour pouvoir mener des recherches actives de cas lors des activités de maison en maison et (2) une récompense de US\$100 a été annoncée par le Ministère de la Santé pour la notification d'un cas confirmé par laboratoire. De plus, l'OPS continuera à envoyer des consultants en épidémiologie pour renforcer les activités de surveillance du Ministère de la Santé.

Avantages supplémentaires afin de renforcer le programme de routine

La campagne de vaccination contre la polio constitue un avantage pour l'amélioration de l'infrastructure générale, la surveillance et la coopération entre les différents secteurs et les agences. Cela a été établi par le *Rapport Taylor* (mars 1995) qui présente une évaluation des conséquences du programme PEV et de l'initiative pour l'éradication de la polio sur les systèmes de santé dans les Amériques. En Haïti, la campagne de vaccination a eu pour résultat l'amélioration globale de la capacité de gestion des professionnels de la santé aux niveaux central, départemental et local.

Parce que la campagne nécessite une planification extensive en matière de logistique, elle a constitué un excellent terrain d'entraînement pour les techniciens de la chaîne du froid, les superviseurs et les responsables du PEV en matière de gestion appropriée des vaccins et du matériel. L'un des bénéfices directs de la campagne est que la chaîne du froid est actuellement renforcée au moyen d'une évaluation rapide du matériel et de réparations des réfrigérateurs et du matériel solaire en panne. Les agents de santé locaux ont reçu une formation quant à la manière de mener sur le terrain des investigations complètes des cas présumés de rougeole et de paralysie flasque aiguë et le système de notification a été amélioré.

Un autre avantage de la campagne est l'utilisation du contrôle de la couverture sur le terrain comme instrument pour valider la couverture rapportée. Plus de 100 personnes ont été formées à cette méthodologie, qui est également utilisée pour la validation de la couverture vaccinale rapportée lors des programmes de vaccination habituels. Toutes les meilleures pratiques seront appliquées aux autres programmes de santé, comme cela a été le cas dans d'autres pays.

Activités à venir

Le Ministère de la Santé a prévu une deuxième campagne par secteurs contre la polio durant l'automne 2001. En plus de l'utilisation des mêmes stratégies couronnées de succès que lors de la première ronde, la vaccination antirougeoleuse

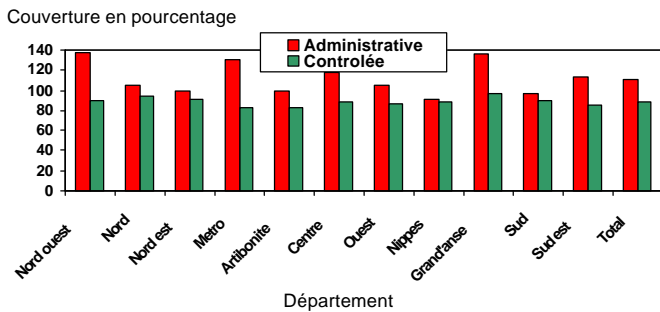


Source: L. Venczel

Agent de santé en Haïti menant un contrôle porte-à-porte pour vérifier la couverture vaccinale contre la polio.

sera incluse dans le segment de maison en maison. La population ciblée pour la vaccination antirougeoleuse n'est pas encore déterminée. Si les résultats de la deuxième ronde sont similaires à ceux obtenus lors de la première, il ne devrait plus y avoir de cas dûs au vaccin dérivé.

Figure 1
Couverture vaccinale en VPO administrative et contrôlée
Première ronde - Haïti, juillet 2001



Source: Dr Émile Harold Charles, M.D., Directeur général, MS, Haïti; Jean André, M.D; Fernando Laender, M.D.; Héctor Izurieta, M.D.; Salvador García, M.D.; James Dobbins, Ph.D.; et Linda Venczel, Ph.D., OPS

Note de la Rédaction: Les efforts des autorités haïtiennes de la santé et le travail admirable du personnel de la santé constitueront pour le monde entier un exemple de la détermination d'un pays à surmonter tous les obstacles afin d'empêcher que des cas dérivés du vaccin ne fassent une réapparition. Les résultats spectaculaires de la première ronde de la campagne contre la polio en Haïti ont été rendus possibles grâce à l'engagement inébranlable du Ministre de la Santé et du Directeur général de la santé en Haïti, ainsi que de celui du personnel du Ministère de la Santé et du personnel de la santé au niveau départemental. Un groupe de travail spécial, comprenant des membres nationaux et internationaux, a joué un rôle crucial lors de la planification et de la mise en oeuvre des activités de contrôle. Ces efforts en Haïti offrent un exemple idéal de la coordination entre agences, aussi bien

en matière financière que technique. La figure 2 montre que la contribution du Ministère de la Santé (MS) représente 20% du coût total des activités, plusieurs partenaires ayant fourni une aide se montant à 80% du restant.

Il faut également noter les efforts entrepris par la République dominicaine afin de stopper la circulation du virus dérivé du vaccin Sabin-1. La table 1 montre les excellents résultats des trois rondes de vaccination qui ont eu lieu en décembre 2000 et en février et en mai de cette année.

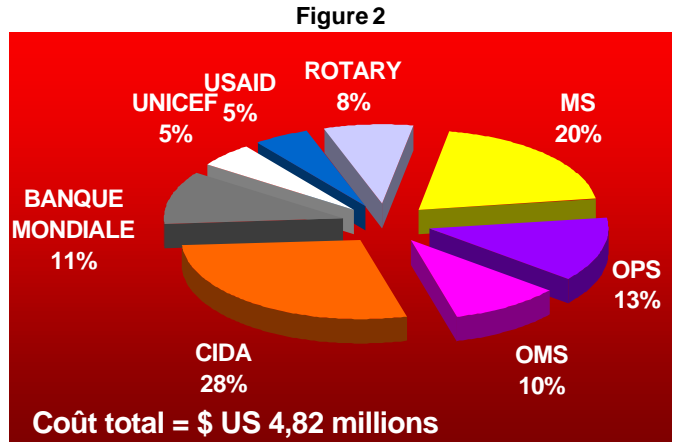
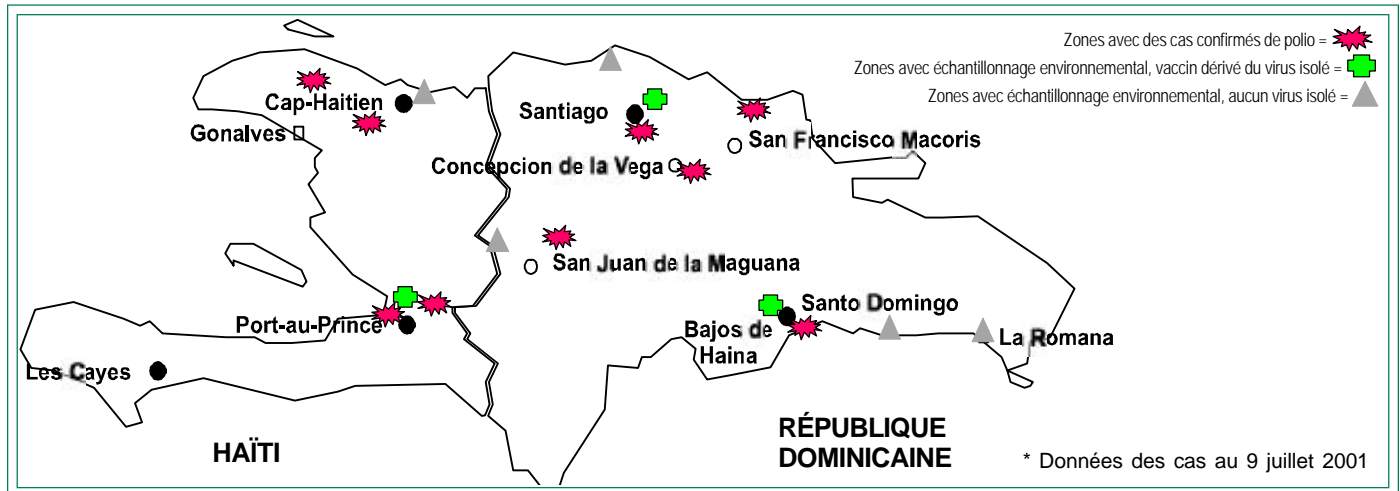


Table 1
Campagnes nationales contre la polio, Rép. dominicaine

Ronde	Vaccinés		
	< 1 an n = 225 815	1 - 4 ans n = 912 332	TOTAL n = 1 138 147
UN (décembre 2000)	304 616	829 649	1 134 265
DEUX (février 2001)	244 534	907 999	1 152 533
TROIS (mai 2001)	254 213	881 502	1 135 715
Moyenne des trois rondes	267 788	873 050	1 140 838

Source: Ministère de la Santé, République dominicaine
Ces résultats reflètent les problèmes rencontrés lors de l'estimation du dénominateur exact. Ils reflètent néanmoins une couverture très élevée dans les deux groupes d'âge.

Isolation du poliovirus dérivé du vaccin dans les cas de PFA et échantillonnage environnemental



Note de la Rédaction: en complément à la recherche active de cas de paralysie flaccide aiguë (PFA), un échantillonnage environnemental a été mené sur l'île d'Hispaniola afin de détecter les virus dérivés du Sabin-1 dans les égouts, les canaux et les latrines publiques. Les résultats préliminaires indiquent que trois zones géographiques ont obtenu des résultats positifs pour les virus dérivés (Port-au-Prince en Haïti, Santo Domingo et Santiago en République dominicaine). Des cas confirmés de poliomyélite paralytique dûs au vaccin dérivé du virus ont également été confirmés dans les mêmes zones.

Source: University of North Carolina, Chapel Hill, Laboratoire de virologie (EUA) et PESS/OPS

Le partenariat Bolivie/OPS/Banque mondiale en faveur du PEV de deuxième génération

Antécédents

La première phase du projet de réforme du secteur bolivien de la santé couvrant les années 1999-2000 s'est terminée avec succès. Au nombre de certains des enseignements essentiels de la Phase I, il faut compter: a) le partenariat a eu des conséquences majeures sur le programme national de vaccination en jouant un rôle catalyseur sur les changements de politique de vaccination et en accroissant la viabilité financière du programme; b) le renforcement de la capacité globale du système de santé en vue de la prestation des services est essentiel à l'élaboration et à la mise en oeuvre de programmes viables de vaccination; c) il est important que les indicateurs utilisés mesurent la vaccination mais aussi tous les aspects de la réforme des soins de santé (les indicateurs de réforme de la santé pour l'équité et la viabilité utilisés par le Projet étaient fondés sur les données de vaccination); d) les instruments élaborés lors de l'expérience en Bolivie ont constitué des contributions essentielles aux opérations du Fonds de vaccination pour l'enfance/Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (AMVV); et e) la Bolivie a introduit des objectifs de vaccination au sein de contrats de gestion avec les gouvernements locaux pour encourager la concurrence entre les diverses zones en faveur des taux de couverture les plus élevés et pour réduire le nombre de municipalités ayant un faible taux de couverture. Ces efforts ont renforcé la responsabilisation concernant les activités de vaccination à tous les niveaux du système de santé.

Dès 2000, la couverture avec le vaccin tétravalent DTC (diphthérie, tétanos et coqueluche) avait atteint 89%, contre 75% en 1996-1998. La couverture avec le vaccin combiné pentavalent, qui comprend le DTC, l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* type b, atteint désormais 75% de la population cible. Le nombre de municipalités ayant un faible taux de couverture a baissé de deux-tiers. De plus, les affectations de fonds pour les vaccins et autre intrants de la part du gouvernement bolivien ont plus que triplé, passant de US\$1,2 million en 1999 à US\$3,06 millions en 2000.

Phase II (2002-2005) – Couverture nationale et financement de nouveaux vaccins

Le 29 mars 2001, l'État bolivien et les membres du Comité de coordination inter-agences ont signé un protocole d'accord entérinant le programme élargi de vaccination de deuxième génération (PEV-II). Le comité a reconnu les accomplissements obtenus lors de la Phase I du projet et a identifié les domaines devant être consolidés lors de la deuxième phase. Il a été proposé que le programme national de vaccination continue de s'inspirer des trois lignes d'action et soit essentiellement dirigé vers les éléments principaux qui garantiront la viabilité du programme. Ci-dessous figure un bref résumé.

1. *Renforcement institutionnel du PEV en vue d'accélérer l'adoption et la mise en oeuvre de politiques de vaccination.* Les activités couvertes par cette ligne d'action sont l'obtention d'un financement à niveau national pour les

vaccins et seringues avec la participation progressive de l'État et, dans le même temps, l'approbation d'une loi sur les vaccins; le maintien d'équipes nationales et régionales (y compris pour la communication et le transport); l'élaboration et la mise en oeuvre d'un système électronique pour la gestion des tâches administratives afin de garantir l'utilisation appropriée des ressources; et l'installation de matériel dans trois bureaux régionaux du PEV pour la formation et la coordination et pour des chambres froides. Les recherches opérationnelles seront renforcées afin d'identifier les occasions manquées de vaccination dans les établissements et d'évaluer l'impact causé par l'introduction de nouveaux vaccins. De plus, il sera procédé à un contrôle de l'application des normes de sécurité en matière d'injections.

2. *Renforcement des services de santé en vue de l'amélioration de la couverture et aide à la consolidation de l'introduction des nouveaux vaccins.* Au cours de la Phase II, l'introduction du vaccin pentavalent, du vaccin MMR et du vaccin contre la fièvre jaune sera renforcée par le biais de la formation et de la supervision, ainsi que par l'utilisation des stratégies d'information, éducation et communication (IEC) fondées sur les informations obtenues lors de l'enquête KAP. Ces stratégies devraient constituer le cadre de l'ensemble des activités de communication et d'éducation au sein de tout le réseau des services de santé et elles seront évaluées périodiquement.

Un système de mesures d'encouragement sera créé pour récompenser ceux qui se distinguent lors des activités en matière de PEV: agents de santé ainsi que personnel dans les municipalités et les préfectures. Les initiatives locales qui consolident la prestation des services de vaccination au sein du système des services de santé seront encouragées par l'utilisation de la stratégie réduisant les occasions manquées de vaccination. Le contrôle des municipalités à risques continuera de manière régulière et des actions immédiates seront entreprises au niveau départemental au regard des municipalités rapportant une faible couverture vaccinale.

3. *Renforcement des systèmes d'information et de surveillance.* La Phase II du projet met en avant le maintien de l'assistance aux mécanismes de contrôle de la qualité pour la surveillance épidémiologique, telles des recherches actives aux niveaux institutionnel et communautaire de maladies pouvant être prévenues par la vaccination et le contrôle rapide de la couverture vaccinale. La formation et la supervision, en utilisant l'approche d'éducation continue et en vérifiant la qualité de l'information, resteront des volets essentiels de la deuxième phase du projet. En outre, l'utilisation des instruments servant à aider à l'analyse des informations en matière de PEV à tous les niveaux sera encouragée. Il est prévu que ces activités soient mises en oeuvre de manière conjointe par le SNIS et l'unité de surveillance épidémiologique. Au terme de la Phase II, une enquête sur la couverture vaccinale sera entreprise afin de valider les données administratives.

Financement des vaccins - Phase II

En se fondant sur l'expérience de la Phase I, un plan structuré en vue de l'introduction progressive de l'aide de l'État et de la suppression progressive de l'assistance externe sera mis en place. Comme il est montré aux Figures 1 et 2, lors de la deuxième phase du projet, une attention particulière sera prêtée au financement des nouveaux vaccins qui furent introduits dans les échéanciers de vaccination lors de la Phase I. La contribution financière de la part des partenaires diminuera d'année en année, sur trois ans. L'État, de son côté, augmentera le financement national pour l'achat de vaccins à concurrence d'une somme de US\$500 000 chaque année, jusqu'à ce qu'il soit entièrement responsable de la somme totale, à la fin du projet.

Table 1

Objectifs de la Phase II				
	2002	2003	2004	2005
Couverture vaccinale avec pentavalent3	85%	87%	90%	93%
Municipalités avec 3 doses de pentavalent couverture <80 pourcent	83	70	50	31
Financement des vaccins par l'État (US\$ millions)	4	4,5	5	5,5

Objectifs pour la Phase II

Comme le montre la Table 1, les actions menées et les investissements entrepris lors de la Phase II devraient avoir les résultats suivants:

- Niveaux de couverture supérieurs à 90% en 2005
- Réduction à 31 du nombre de municipalités ayant une couverture faible
- Autosuffisance nationale en matière d'achats de vaccins

Figure 1
Dépenses projetées pour le programme de vaccination 2002-2005

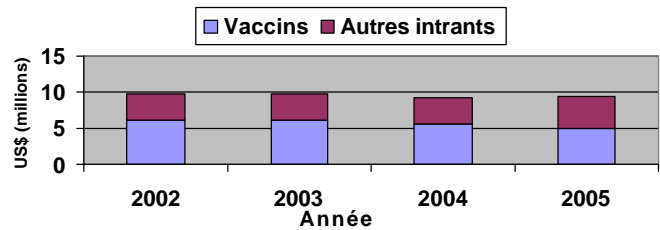
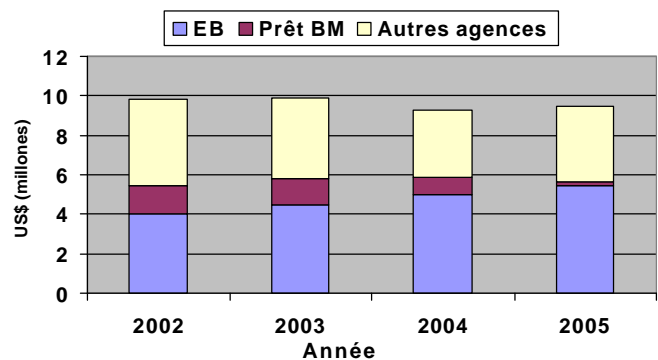


Figure 2
Financement projeté du programme de vaccination par source - 2002-2005



Accords de gestion: la gestion par les résultats

Une des trois grandes lignes d'action du Projet conjoint Bolivie/OPS/Banque mondiale pour la réforme du secteur de la santé vise à consolider le cadre institutionnel du programme national de vaccination. Un aspect essentiel de cet élément est le renforcement de la gestion des activités de vaccination aux niveaux central et départemental afin de garantir l'accomplissement des cibles fixées. L'initiative est menée à bien principalement par l'utilisation d'accords de gestion, des accords entre deux institutions publiques. De cette manière, les départements au niveau national se partagent la responsabilité afin d'obtenir une couverture vaccinale élevée, ce qui, dans le même temps, permet de réduire le nombre de municipalités rapportant un faible taux de couverture vaccinale.

Les accords de gestion sont des accords entre les gestionnaires du Ministère de la Santé et les échelons supérieurs de chaque institution de santé du pays. Ce sont des documents contractuels qui sont signés par les deux parties et qui établissent les responsabilités et les attributions de tous les participants, de même que les cibles annuelles accompagnées d'indicateurs clairement définis. Le principal objectif de cet instrument est la promotion de la gestion par les résultats, autrement dit faire que tous les efforts soient concentrés sur l'accomplissement d'activités

spécifiques dans le cadre des politiques concernant le secteur de santé d'un pays. La performance est contrôlée et évaluée au vue de la prestation des services ainsi que par une gestion efficace des procédures administratives. Il est procédé à un suivi des accords de gestion chaque trimestre, puis à une évaluation annuelle. La portée de cet instrument est particulièrement essentielle lors du processus de décentralisation car il comprend des indicateurs concernant le renforcement institutionnel et la décentralisation correspondant aux différents niveaux du système de santé.

Les accords de gestion représentent un avantage pour les pays car ils garantissent une gestion par les résultats efficace de même que pour les établissements de santé car ces derniers disposent ainsi d'un système de contrôle et reçoivent un soutien institutionnel. Cependant, le plus grand avantage est pour la population car l'amélioration de la prestation de services de santé de qualité est l'objectif fondamental d'un accord de gestion. La participation de la communauté est garantie au moyen de comités de districts et municipaux, ainsi qu'au moyen de comités d'accords de gestion auxquels prennent part les représentants de la communauté.

Source: Direction générale des services de santé, Ministère de la Santé, Bolivie

Vaccination contre la rubéole des femmes en âge de procréer (Amériques)

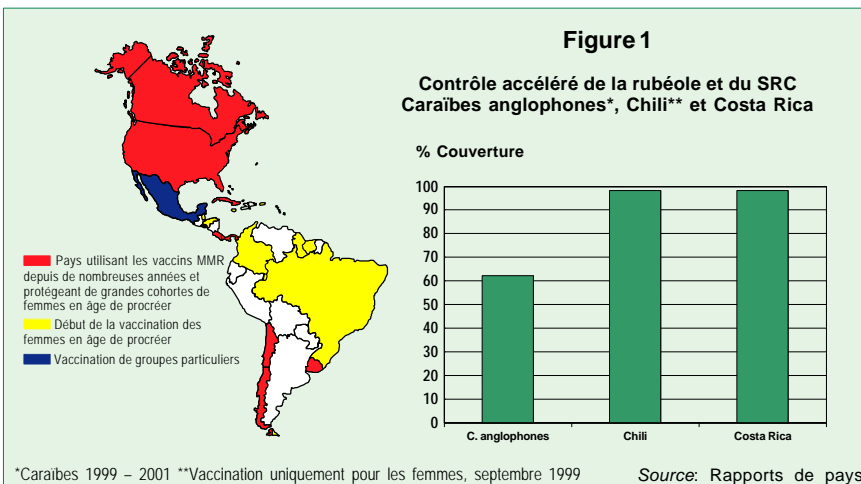
En 1997, le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'Organisation panaméricaine de la Santé a recommandé l'élaboration de stratégies de vaccination appropriées visant à réduire le nombre des femmes en âge de procréer (FAP) susceptibles à la rubéole, en réponse à la menace potentielle de graves épidémies de rubéole ainsi qu'à l'incidence endémique continue du syndrome de rubéole congénitale (SRC). En particulier, les recommandations du GCT établissent que:

- Les pays désireux de rapidement prévenir et contrôler le SRC devraient mener une campagne de vaccination de masse pour vacciner toutes les femmes entre 5-39 ans contre la rougeole/rubéole.

- Les pays désireux de rapidement prévenir et contrôler à la fois la rubéole et le SRC devraient mener une campagne de vaccination de masse pour vacciner aussi bien les hommes que les femmes entre 5-39 ans contre la rubéole et la rougeole.

Dans un effort de réduction de l'infection par la rubéole parmi les femmes en âge de procréer, les États-

Unis, le Canada, Cuba, le Chili, le Costa Rica, le Panama et l'Uruguay utilisent le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (MMR) depuis de nombreuses années, protégeant ainsi de grandes cohortes de FAP. Le Brésil, la Colombie et le Honduras ont prévu la vaccination lors de la période de postpartum et le Mexique a commencé la vaccination des groupes à risque (Figure 1).



Des campagnes de vaccination contre la rubéole dans le cadre des programmes accélérés contre la rubéole et le SRC sont en voie de mise en oeuvre. En 1998, le CARICOM s'est établi pour objectif l'élimination de la rubéole et du SRC dans les pays anglophones des Caraïbes et ces derniers ont pratiquement achevé leurs campagnes de vaccination de masse des adultes contre la rubéole.

En septembre 1999, le Chili a lancé une campagne de vaccination de masse, visant les femmes entre 10 et 29 ans, qui a atteint une couverture vaccinale de 98%. Le Costa Rica a lancé une campagne nationale de masse visant les hommes et les femmes entre 15 à 39 ans qui a atteint une couverture vaccinale 98% (*EPI Newsletter*, Février et Juin 2001).

Les programmes de vaccination des Amériques élargissent leurs activités pour atteindre d'autres tranches d'âge

Les programmes nationaux de vaccination ont été instaurés dans la région des Amériques à partir des années 70 dans l'objectif de promouvoir la prévention de certaines maladies infantiles communes au moyen de la vaccination. A cette époque, les pays avaient peu de vaccins à leur disposition ou bien, pour des raisons financières, leur accès était réduit (BCG, DTC, TT, vaccin antipoliomyélique; le vaccin antirougeoleux venait juste d'être introduit). De nos jours, la plupart des pays ont réussi à incorporer d'autres vaccins dans leurs programmes de vaccination de routine des enfants, tels le vaccin triple viral contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b et le vaccin contre l'hépatite B, ces deux derniers en conjonction avec le DPC. Le succès de l'organisation de programmes de vaccination est reflété dans la réduction radicale de la morbidité et de la mortalité au regard de ces maladies, dans le fait que la circulation du virus sauvage de la poliomyélite a été éradiquée dans l'hémisphère et que l'éradication de la transmission autochtone de la rougeole est proche.

Au cours des dernières années, à la suite d'une meilleure connaissance de la situation épidémiologique des maladies, comme par exemple l'identification de zones à risques pour

le tétanos néonatal, ainsi que de l'élaboration de nouvelles stratégies pour la prévention des maladies, comme la prévention de la grippe parmi les groupes à risques élevés de mort par infection due à la grippe et à ses complications, les responsables des programmes nationaux de vaccination dans plusieurs pays ont élargi le champs d'action de ces programmes. Des activités de vaccination ont été élaborées qui visent d'autres tranches d'âge, comme la vaccination des adolescents et des adultes contre la rougeole et la rubéole, la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos, la vaccination des professionnels de la santé contre l'hépatite B et la vaccination contre la grippe des patients souffrant de maladies chroniques et des personnes âgées.

En 2001, des campagnes de vaccination contre la grippe ont été menées au Chili et au Brésil. Au Chili, près d'un million et demi de personnes ont été vaccinées. Les groupes de population cibles étaient constitués de personnes de plus de 65 ans ainsi que de patients souffrant de maladies chroniques et du personnel de la santé et la couverture vaccinale a atteint 98,5%, 95,5% et 93,1% respectivement. En avril 2001, le Brésil a entrepris une campagne de vaccination contre la grippe auprès des personnes de plus de 60 ans. La campagne a touché 10,7 millions de personnes, ce qui représente une couverture vaccinale de 82,1%.

Cas notifiés de certaines maladies

Nombre de cas de rougeole, de poliomyélite, de tétanos, de diphtérie et de coqueluche notifiés entre le 1er janvier 2001 et la date du dernier rapport et période épidémiologique similaire en 2000, par pays.

Pays/Territoire	Date du dernier rapport	Rougeole			Confir- més 2000	Polio		Tétanos				Diphtérie		Coqueluche	
		Confirmés 2001		Total		2001	2000	Non néonatal		Néonatal		2001	2000	2001	2000
		Labo- ratoire	Clini- que					2001	2000	2001	2000				
Anguilla	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentine	30-Juin	0	0	0	6	0	0	3	0	0	0	0	0	73	60
Bahamas	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bermudes	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bolivie	30-Juin	0	0	0	122	0	0	3	5	3	2	0	0	27	2
Brésil	30-Juin	1	0	1	36	0	0	129	301	17	27	10	27	235	657
Iles vierges britanniques	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canada	30-Juin	24	0	24	206	0	0	3	1	0	0	1	0	1056	1839
Iles Caïman	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chili	30-Juin	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	709	1453
Colombie	30-Juin	0	0	0	1	0	0	8	14	0	9	0	0	344	276
Costa Rica	30-Juin	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	32	11
Cuba	30-Juin	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rép. dominicaine	30-Juin	117	0	117	254	3**	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Équateur	30-Juin	2	0	2	0	0	0	...	...	4	4	1	0	189	273
El Salvador	30-Juin	2	0	2	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyane	30-Juin	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenade	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	30-Juin	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	30-Juin	0	0	0	0	0	0	3	9	1	5	0	0	19	82
Guyana	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0
Haïti	30-Juin	144	0	144	992	5**	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	30-Juin	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	30-Juin	0	0	0	0	0	0	7	1	1	0	0	0	3	12
Martinique	30-Juin	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	30-Juin	3	0	3	30	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Montserrat	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antilles néerlandaises	30-Juin	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	30-Juin	0	0	0	0	0	0	9	5	1	0	0	0	18	6
Panama	30-Juin	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	66
Paraguay	30-Juin	0	0	0	0	0	0	11	9	5	6	0	0	18	11
Pérou	30-Juin	0	0	0	1	0	0	129	3001	1	2	0	0	13	63
Porto Rico	30-Juin	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
St-Vincent-et-Grenadines	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St-Kitts-et-Nevis	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ste-Lucie	30-Juin	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	0
Trinité & Tobago	30-Juin	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Iles Turques & Caïques	30-Juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
États-Unis d'Amérique	30-Juin	65	0	65	85	0	0	12	12	...	...	1	0	2129	2789
Uruguay	30-Juin	0	0	0	...	0	0	1	...	...	...	...	...	6	...
Venezuela	30-Juin	0	8	8	22	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Total		358	8	366	1755	8**	0	328	3372	34	55	13	27	4976	7601

... Données non disponibles

— Cas confirmés cliniquement ne sont pas rapportés.

* Cas confirmés cliniquement et par laboratoire.

** Cas de virus vaccinal dérivé du VPO

Le Costa Rica approuve la loi sur les vaccins

Le Costa Rica a rejoint le Venezuela, le Honduras et l'Équateur dans l'approbation par le corps législatif d'une loi sur les vaccins. Les initiatives dans ce domaine continuent d'être essentielles pour assurer la viabilité des programmes nationaux de vaccination. A la suite figure un résumé d'un article paru dans le quotidien "La República" ainsi que le texte officiel de la loi nationale sur la vaccination (Loi N° 8111) approuvée le 28 juin 2001 par l'Assemblée législative de la République du Costa Rica.

Une loi transforme la vaccination

Le choix, la disponibilité et l'acquisition de vaccins dans le pays seront régis par la loi nationale sur les vaccins qui a été approuvée le 28 juin 2001 par l'Assemblée législative du Costa Rica. Au travers de cette législation, la vaccination gratuite et obligatoire de toute la population est garantie, de même que l'accès tangible à la vaccination, en particulier pour les enfants, les immigrants et les secteurs se trouvant en dessous du seuil de pauvreté.

La loi crée la Commission nationale de vaccination et d'épidémiologie composée du Ministre de la Santé et de l'unité de surveillance du ministère, des représentants des Départements des maladies infectieuses et de pharmacologie de la Caisse costaricaine de Sécurité sociale (CCSS) et d'un représentant de l'*Hospital nacional del Niño*. La commission est responsable de tous les aspects politiques, financiers, tech-

niques et opérationnels liés à la mise en oeuvre du programme de vaccination du pays.

La loi autorise l'acquisition par le pays de vaccins supplémentaires, ce qui n'était auparavant pas possible. Le député ayant proposé la législation a souligné que la loi clarifie

les modalités de financement des activités de vaccination. La CCSS devra affecter 2% de son surplus au Fonds national de vaccination, qui a été établi grâce à la législation. De même, le comité pour la protection sociale de San José devra consacrer la totalité des ressources provenant d'un tirage annuel de la loterie nationale au financement d'activités de vaccination.

Un livret officiel de vaccination a été introduit pour le recensement, le contrôle et l'application des vaccins qui pourra être utilisé pour l'inscription scolaire annuelle. De plus, le 7 avril, Jour mondial de la santé, est considéré comme une Journée nationale de vaccination pour tous les enfants de moins de sept ans.

Aprobada el jueves por Asamblea Legislativa

Ley transforma vacunación

Garantiza el suministro a los sectores más pobres de la población

CAROLINA MURILLO

La República

La selección, disponibilidad y adquisición de vacunas en el país será organizada mediante la Ley Nacional de Vacunas, que se aprobó en segundo debate el pasado jueves en la Asamblea Legislativa.

Con la legislación se garantizará el suministro de vacunas para la población cuyas posibilidades son inferiores al índice de pobreza, los niños y los inmigrantes.

La Viceministra de Salud, Xinia Carvajal, manifestó que en adelante el país proveerá vacunas que no podía dar antes porque tenían que ajustarse a determinado presupuesto.

"Actualmente no podemos adquirir algunas vacunas porque tenemos que abocarnos a comprar las que son prioridad", explicó Carvajal.

El diputado proponente del proyecto, Ricardo Sancho, preci-

só que la ley especifica el financiamiento para poder cumplirla.

Por ejemplo, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) deberá destinar un 2% de su superávit, calculado hace medio año en 600 millones.

De igual manera, la Junta de Protección Social de San José (JPS) dedicará un sorteo de lotería para el financiamiento de las vacunas, que también se exonerará de impuestos.

El jefe de la fracción social-cristiana, Eliseo Vargas, comentó que la ley lo que crea son mecanismos para organizar el sistema de vacunación, aunque el actual no tiene problemas, según su criterio.

"No creo que la ley fuera tan necesaria, aunque es bueno afianzar el sistema actual", estimó el legislador, quien también es médico pediatra.

La iniciativa, que se convertirá en ley de la República en cuanto sea publicada en el periódico oficial La Gaceta, también establece una comisión nacional de vacunación y epidemiología, que será un órgano adscrito a la CCSS.

Dicho ente será integrado

por representantes del Ministerio de Salud, la Asociación Costarricense de Pediatría y el Hospital Nacional de Niños, entre otras instituciones.

La intención es que el órgano se encargue de estimar las poblaciones meta para ser vacunadas, además de la organización de un banco nacional de vacunas.

"Lo que se pretende es centralizar una estrategia de vacunación", especificó el asesor del diputado Ricardo Sancho, Bernal Arias.

Agregó que para la creación del banco de vacunas la ley otorga un plazo de seis meses después de su entrada en vigencia.

"La ley crea también un día nacional de vacunación, (7 de abril), que las autoridades deben dedicarlo a inmunizar a todos los menores de siete años.

Esa fecha deberá celebrarse al año siguiente de la promulgación de la legislación, según comentó Bernal Arias.

La Viceministra de Salud se manifestó confiada en que se asignen las partidas para garantizar el cumplimiento de la Ley Nacional de Vacunación.

Source: La República, 30 juin 2001

Afin d'obtenir la version complète de la loi, veuillez contacter le Ministère de la Santé ou le bureau du représentant de l'OPS à San José au Costa Rica.

Pour une version complète de la loi, veuillez contacter le Ministère de la Santé ou le bureau de l'OPS à San José, au Costa Rica.

Le *Bulletin informatif du PEV* est publié tous les deux mois, en espagnol et en anglais, par la Division des vaccins et de l'immunisation (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 pas que l'OPS/OMS les sanctionne et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

Éditeur: Ciro de Quadros
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>