



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXIV, Numéro 6

Protégez vos enfants par la vaccination

Décembre 2002

Le programme élargi de vaccination fête son 25e anniversaire!

A l'heure où le programme élargi de vaccination (PEV) des Amériques fête son vingt-cinquième anniversaire, il est devenu l'une des interventions dans le domaine de la santé publique les plus couronnées de succès. Ceci est principalement le résultat de l'engagement des pays des Amériques en faveur de l'établissement de programmes nationaux d'immunisation et de leur volonté d'assurer que ces programmes reçoivent le soutien nécessaire à leurs activités. Il convient de faire l'éloge de tous les agents de santé qui ont fait de l'immunisation un volet essentiel des programmes de survie de l'enfance. Le soutien ininterrompu des autorités gouvernementales de la région est reflété dans la réduction radicale de cas de maladies infectieuses évitables par la vaccination. De plus, de meilleures connaissances en matière épidémiologique concernant ces maladies permettent à la région des Amériques de cibler les stratégies et initiatives d'immunisation sur d'autres groupes d'âge.

Le PEV aux Amériques a été établi lors de la XXVe réunion du Comité directeur de l'OPS en septembre 1977. Cette initiative avait pour objectif la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies infantiles ordinaires pouvant être prévenues par la vaccination par le développement et/ou l'élargissement des services d'immunisation permanents au sein du système de soins de santé primaires. Un des principaux objectifs du PEV était d'améliorer la capacité de prestation des établissements sanitaires existants.

L'impact prouvé aux Amériques des programmes d'immunisation ainsi que leurs contributions potentielles à la ré-

duction des problèmes de santé dus aux maladies évitables par la vaccination ont placé l'immunisation en vedette de l'ordre du jour mondial en faveur de la croissance durable et de la réduction de la pauvreté. Les programmes nationaux d'immunisation relèvent le défi que constituent des niveaux



élevés de couverture vaccinale dans chaque municipalité, tout en améliorant la responsabilisation de la prestation des services d'immunisation et en créant une infrastructure qui comprend un plus grand nombre de vaccins nouveaux et sous-utilisés. Cependant, les crises économiques actuelles dans la région, associées à la gestion inégale des processus de décentralisation et de réforme sanitaire, nécessitent de nouvelles politiques et stratégies

de la part des pays et de la communauté internationale afin de maintenir les accomplissements de ces dernières vingt-cinq années et de les élargir à tous les niveaux du système de santé de chaque pays. Pour ce faire, le maintien d'une infrastructure solide en matière de surveillance et d'immunisation constituera un élément essentiel.

La disponibilité de vaccins nouveaux et plus onéreux continue d'appeler l'attention sur la valeur relative des différentes mesures de prévention des maladies. Néanmoins, les vaccins resteront toujours l'un des moyens de prévention les plus rentables, permettant d'éviter des coûts élevés de traitement et contribuant par conséquent à l'obtention d'une vie productive pour toute la population d'un pays donné et une meilleure opportunité d'échapper au cercle vicieux mauvaise santé – pauvreté.

Dans ce numéro:

Le programme élargi de vaccination fête son 25e anniversaire!	1
Vaccins et immunisation aux Amériques: dates mémorables de 1997 à 2002	2

XVe réunion du groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination	3
Gestion et durabilité des programmes d'immunisation	7
Le point sur les vaccins et la vaccination dans le monde	8

Vaccins et immunisation aux Amériques: dates mémorables de 1997 à 2002

- | | |
|--|---|
| <p>1977</p> <ul style="list-style-type: none"> • La résolution du Conseil directeur de l'OPS établit le PEV aux Amériques • La même résolution établit le fond renouvelable pour l'achat de vaccins <p>1978</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque pays nomme un directeur national du PEV • L'OPS lance des cours de formation pour les directeurs du PEV <p>1979</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Conférence sanitaire panaméricaine autorise la capitalisation du fond renouvelable du PEV • L'équivalent de 2,5 millions de dollars US de vaccins sont acquis au moyen du fond renouvelable • Le premier numéro du Bulletin informatif du PEV est publié <p>1980</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'OPS élabore une méthodologie pour l'évaluation/revue des programmes multidisciplinaires <p>1981</p> <ul style="list-style-type: none"> • La publication scientifique de l'OPS "Immunsation et soins de santé primaires: problèmes et solutions" établit l'itinéraire à suivre selon l'OPS pour la coopération technique en matière du PEV • La première réunion régionale des directeurs du PEV et le premier cours régional sur la chaîne du froid sont tenus en Équateur • L'OPS publie la Prise de position sur la prestation des services de vaccination qui énonce le rôle joué par la coordination des approches verticales et transversales sur les programmes de vaccination <p>1983</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afin d'améliorer la performance des programmes d'immunsation, les pays commencent à utiliser des instruments de planification, connus plus tard sous le nom de Plans d'action nationaux <p>1984</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première région ayant conçu et utilisé les Journées de tranquillité pour mener à bien des campagnes de vaccination dans des zones de conflit en Amérique centrale - un concept désormais largement utilisé dans le monde entier <p>1985</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'OPS fixe l'objectif de l'éradication de la polio dans l'hémisphère occidental avant l'année 1990 • Le groupe consultatif technique du PEV est nommé par le directeur de l'OPS • Le comité de coordination inter organisations (CCI) est créé par l'OPS avec la participation de USAID, de l'UNICEF, du BID et du Rotary International et leurs représentants au niveau des pays • Les pays élaborent des plans d'action quinquennaux (1986-1990) et identifient les ressources nécessaires devant être obtenues auprès de sources nationales et internationales | <ul style="list-style-type: none"> • 110 millions de dollars US sont obtenus des partenaires du CCI <p>1986</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le contrôle du tétanos néonatal est accéléré <p>1987</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur les conseils de l'OPS, Cuba lance la première campagne pour l'éradication de la rougeole dans la région <p>1991</p> <ul style="list-style-type: none"> • Début du deuxième cycle des plans d'action quinquennaux (1991-1995) • Dernier cas indigène de polio détecté au Pérou • 60 millions de dollars US sont obtenus des partenaires du CCI <p>1994</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les Amériques sont certifiées indemnes de polio et l'objectif de l'éradication de la rougeole est fixé par le Bureau sanitaire panaméricain • Accélération de l'introduction du ROR <p>1995</p> <ul style="list-style-type: none"> • Début du troisième cycle des plans d'action quinquennaux (1996-2000) • Établissement du Programme spécial pour les vaccins et la vaccination <p>1996</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accélération de l'introduction de nouveaux vaccins (ROR, HepB, Hib) • 32 millions de dollars US sont obtenus des partenaires du CCI <p>1999</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'OPS crée la Division des vaccins et de la vaccination • L'équivalent de 85 millions de dollars US de vaccins est acheté grâce au fond renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins • Nouveaux partenaires: Centers for Disease Control and Prevention, la Banque mondiale et March of Dimes <p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des achats de vaccins pour plus de 110 millions de dollars US sont effectués grâce au fond renouvelable du PEV • Début du quatrième cycle des plans d'action quinquennaux (2001-2005) • Sur la recommandation de l'OPS, les pays instaurent le contrôle accéléré de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale <p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtention de 7,6 millions de dollars US • Les capitaux permanents du fond renouvelable dépassent 23 millions de dollars US • La résolution de l'OPS met l'accent sur la responsabilisation et la pérennité des programmes nationaux d'immunsation • Conférence sur les vaccins, la prévention et la santé publique: une vision pour l'avenir |
|--|---|

XVe réunion du groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination

La XVe réunion du groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination (GCT) a eu lieu à Washington, DC les 22 et 23 novembre 2002. Le GTA se réunit tous les deux ans et sert de forum pour conseiller les États membres de l'OPS en matière de politiques de vaccination et d'efforts pour le contrôle des maladies. Un résumé des conclusions et recommandations du GCT telles que présentées dans le rapport final figure à la suite.

Le groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) n'a de cesse d'être impressionné par les programmes novateurs et efficaces actuellement en oeuvre aux Amériques pour faire face aux maladies évitables par la vaccination. D'autres pays et régions font de leur mieux pour imiter ces programmes qui constituent des efforts pionniers. Le rythme du progrès au cours des 25 dernières années en ce qui concerne le contrôle de ces maladies et la diminution de la mortalité et morbidité infantiles est sans précédent. Les remarquables succès obtenus reflètent un partenariat exceptionnel entre les gouvernements nationaux et le personnel de santé et les donateurs privés et publics, alors que l'OPS aura fourni un leadership admirable.

Il est essentiel que ces efforts continuent et pour ce faire le GCT affirme à nouveau l'importance de l'objectif de couverture vaccinale de 95% pour tous les antigènes dans chaque municipalité et le besoin pour les pays de disposer de systèmes de surveillance générant des informations fiables et en temps voulu. Il est également recommandé que tous les pays mettent en place et fassent appliquer une législation

de vaccination scolaire rendant obligatoire le contrôle des dossiers de vaccination des enfants entrant dans le système préscolaire et scolaire pour s'assurer qu'ils sont complets, conformément au calendrier de vaccination national.

Rougeole

Des progrès remarquables ont été réalisés dans la région des Amériques afin d'atteindre le but de l'interruption de la transmission indigène de la rougeole grâce aux niveaux de couverture vaccinale élevés maintenus dans les pays, à la surveillance active et aux activités de recherche active de cas dans les centres de santé, les écoles et les communautés à risque élevés. L'engagement soutenu des cercles politiques et financiers et la qualité des stratégies utilisées ont rendu réalisable l'interruption de la transmission endémique de la rougeole dans la région des Amériques.

Le GCT loue les efforts conjoints de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'UNICEF, avec la collaboration des Centers for Disease Control and Prevention, lors du lancement du Plan stratégique 2001-2005, visant à

Rougeole: enseignements tirés

Étant donné que la rougeole est fortement endémique dans d'autres régions du monde, les Amériques continuent d'être constamment menacées par l'importation du virus rougeoleux. Des importations ont provoqué des flambées en Argentine, en Bolivie et en République dominicaine en 1998-1999, en Haïti en 2000-2001 et au Venezuela en 2001-2002. L'importation est inévitable; en conséquence, la principale stratégie pour éviter la relance de la transmission endémique de la rougeole consiste à maintenir le plus haut niveau possible d'immunité dans la population par une forte couverture vaccinale dans toutes les municipalités.

Les enseignements tirés des flambées qui se sont déclarées récemment à la suite de l'importation de cas ont révélé que les zones périurbaines à forte densité de population, disposant de services insuffisants et à forte migration en provenance des zones rurales, courent un risque accru de flambée de rougeole, principalement en raison de l'agglomération d'un grand nombre de personnes susceptibles de contracter l'infection, en particulier les jeunes enfants non vaccinés. Certaines zones ont éprouvé un sentiment de sécurité trompeur étant donné que la couverture vérifiée par la méthode administrative était considérablement plus élevée que celle vérifiée par le contrôle porte-à-porte.

Un autre enseignement précieux des flambées récentes est la nécessité d'élaborer des méthodes et instruments de supervision fiables et efficaces pour améliorer l'évaluation des efforts

de vaccination et de surveillance, notamment au niveau local. L'expérience des Amériques montre que les programmes bénéficiant d'une supervision systématique et minutieuse (recherche active de cas, suivi et contrôle porte-à-porte) peuvent interrompre avec succès la transmission de la rougeole.

Les enquêtes sur les flambées menées dans la région continuent de montrer que le groupe le plus susceptible de contracter la rougeole est celui des jeunes enfants non vaccinés. Un autre groupe qui présente un risque élevé de contracter et/ou de transmettre l'infection est celui des agents de santé.

Une autre constatation importante est la notification toujours tardive des cas de rougeole dans certaines zones, ainsi que la participation insuffisante des prestataires du secteur privé aux efforts de surveillance. La capacité des pays à détecter les flambées de rougeole et à mettre en œuvre des mesures de contrôle en temps utile s'en est trouvée affectée.

Un point tout particulièrement préoccupant concerne les grandes municipalités de la région qui, en raison de leur forte densité de population et de leurs grands nombres de migrants en provenance de zones rurales, courent le plus gros risque de transmission durable de la rougeole au cas où elle serait introduite. Ces municipalités abritent en général des sous-populations à risque élevé (caractérisées par un accès médiocre aux services de santé, la pauvreté, une forte densité de population et une proportion élevée de migrants).

réduire la mortalité due à la rougeole dans le monde et à éliminer la maladie de la région.

Recommandations

Reconnaissant les progrès importants réalisés dans la région des Amériques pour interrompre la transmission endémique de la rougeole et s'appuyant sur les enseignements tirés des flambées récentes, le GCT réitère ses recommandations formulées lors de la réunion de 2000.

- Les directeurs des programmes de vaccination doivent identifier les zones à risque élevé de flambées, telles les zones de pauvreté extrême, ou celles à forte densité de population situées à la périphérie des grandes villes et à forte migration en provenance des régions rurales. La couverture vaccinale doit y être évaluée en appliquant les instruments de supervision standardisés de l'OPS et des campagnes de vaccination doivent être menées dans les zones à faible couverture. Afin d'améliorer la couverture vaccinale globale, les pays doivent identifier les municipalités où cette dernière est inférieure à la couverture nationale moyenne et mettre en œuvre des stratégies visant à l'améliorer. Les efforts entrepris doivent porter sur la réduction des occasions manquées et la vaccination complémentaire (rattrapage), tout en favorisant la vulgarisation. Les progrès seront évalués par le contrôle régulier et la validation des niveaux de couverture au moyen d'un suivi rapide porte-à-porte. Des projets pilotes de démonstration doivent être entrepris pour élaborer des méthodes opérationnelles valides et pratiques afin d'identifier les populations à risque élevé et de développer des moyens efficaces pour améliorer la couverture vaccinale. Les effets de ces méthodes et moyens sur les niveaux de couverture vaccinale des centres urbains et des communautés doivent être évalués avant et après l'intervention. Les résultats de ces projets pilotes devront être présentés à la prochaine réunion du GCT.
- Les pays doivent tout particulièrement mettre l'accent sur la vaccination des agents de santé qui travaillent en salle d'urgence ou qui soignent des patients atteints de maladies aiguës, et les autres groupes de population à risque selon les données épidémiologiques du pays.
- Des efforts tout particuliers doivent être déployés pour mieux comprendre l'épidémiologie des importations de cas de rougeole et les facteurs contribuant à la persistance de flambées importantes, y compris les principaux contextes de transmission.

Rubéole

Le Chili, le Costa Rica, le Brésil et le Honduras ont mené des campagnes de vaccination en masse parmi les adultes pour accélérer le contrôle de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale (SRC): le Brésil et le Chili ont ciblé uniquement les femmes, le Costa Rica et le Honduras ont conduit des campagnes de vaccination contre la

rubéole parmi hommes et femmes. Des connaissances décisives sont actuellement acquises concernant l'élaboration de stratégies de vaccination des adultes réussies et durables résultant en une couverture égale ou supérieure à 90%. Le SRC est désormais reconnu comme un problème de santé publique grave mais les données limitées de surveillance épidémiologique demeurent une source d'inquiétude car elles ne donnent qu'une vue partielle du fardeau véritable de la maladie et du succès des initiatives. En outre, rares sont les cas cliniques de rubéole confirmés par des épreuves de laboratoire et peu de spécimens virologiques sont adressés pour un tipage moléculaire. Il est de plus nécessaire de consolider les efforts pour le suivi des femmes enceintes ayant contracté la rubéole.

Recommandations

Stratégies de vaccination

- Tous les pays sont encouragés à prévenir la circulation du virus rubéoleux, ce qui entraînera une réduction du SRC. La meilleure façon d'atteindre cet objectif est de réduire le nombre de personnes susceptibles de contracter la maladie, pour aboutir à une baisse de la transmission de la rubéole. En conséquence, les pays doivent conduire une seule campagne de vaccination en masse des hommes et des femmes. La tranche d'âge à vacciner doit être déterminée en fonction de l'épidémiologie de la rubéole dans le pays. Cependant, les groupes à cibler incluront les enfants qui n'auraient pas été vaccinés lors des campagnes de vaccination routinière, à savoir les enfants âgés de cinq ans ou plus et les adultes des deux sexes. La limite d'âge supérieure sera déterminée à partir des courbes de fécondité connues et de susceptibilité escomptée. Les pays menant des campagnes de vaccination réussies ont appliqué des limites d'âge supérieures se situant entre 29 et 39 ans.
- D'autres efforts ciblés sont nécessaires pour réduire le nombre de femmes en âge de procréer (FAP) susceptibles de contracter la rubéole. Pour protéger ces dernières, les stratégies de vaccination doivent cibler les femmes ayant accouché, celles fréquentant les centres de planning familial, ainsi que la population féminine des écoles et sur les lieux de travail.

Surveillance

- La surveillance de la rubéole doit être entièrement intégrée à celle de la rougeole.
- La surveillance du SRC doit être renforcée partout dans les Amériques à travers des efforts de collaboration avec le Système d'information périnatale (SIP 2000) du Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain (CLAP) et l'Étude concertée latino-américaine sur les malformations congénitales (ECLAMC). Les pays doivent procéder à des enquêtes exhaustives concernant les femmes enceintes ayant contracté la rubéole et à la conduite d'évaluations de suivi minutieuses de leurs nouveau-nés.

Réseau de laboratoires d'études des cas de rougeole et de rubéole

Des échantillons adéquats sont prélevés sur la vaste majorité des cas présumés de rougeole et de rubéole dans la région. En général, les indicateurs de laboratoire régionaux révèlent que le réseau de laboratoires fonctionne de manière très performante. En outre, les résultats des groupes de contrôle de la qualité révèlent une très haute compétence des laboratoires. Cependant, certaines préoccupations se font jour. Premièrement, rares sont les pays en mesure d'assurer que 80% des spécimens arrivent à temps au laboratoire. Deuxièmement, le nombre d'échantillons prélevés pour l'isolement et le dépistage du virus rougeoleux par laboratoire est bien trop insuffisant. Un nombre encore plus insuffisant de spécimens est testé pour l'isolement du virus rubéoleux. Ceci peut être dû au manque de coordination et de communication entre les cliniciens, les épidémiologistes et les agents de laboratoire. Quoi qu'il en soit, l'isolement du virus est indispensable pour déterminer les génotypes et évaluer la stratégie permettant d'aborder la phase de post-élimination.

Enfin, il est important de rappeler que les pays doivent s'attendre à rencontrer des cas positifs en laboratoire. A cette fin, des procédures de laboratoire existent afin d'établir quels sont les résultats de laboratoire faussement positifs. En outre, une certaine confusion continue d'exister sur la gestion appropriée des cas récemment vaccinés dont les résultats de test, comme on peut s'y attendre, sont positifs pour les IgM. L'OPS a publié des orientations pour la gestion appropriée de ces cas.

Recommandations

- Les directeurs des programmes nationaux doivent veiller à ce que les orientations recommandées par l'OPS pour évaluer les cas d'éruption cutanée associée à la vaccination soient suivies afin d'en établir la classification définitive. Les directeurs ne doivent pas supposer qu'une éruption cutanée observée sur un cas récemment vacciné est toujours causée par la vaccination. Tous les cas dont le test en laboratoire est positif doivent faire l'objet d'un examen minutieux pour s'assurer qu'il ne s'agit pas de rougeole ou de rubéole, déterminer s'ils constituent des sources possibles de cas accompagnés d'éruption cutanée et de fièvre et établir s'il y a eu transmission subséquente.
- Les laboratoires nationaux doivent être félicités pour leur participation aux tests des groupes de contrôle de la qualité et les résultats obtenus et doivent continuer de participer au programme de contrôle de la qualité. Les directeurs de programmes doivent veiller à ce que tous les sérums des cas présumés de rougeole se montrant négatifs pour les anticorps IgM contre la rougeole soient testés pour les anticorps IgM contre la rubéole et inversement. Une importance particulière doit être accordée à la collecte d'échantillons à fin d'isolement viral, ainsi qu'à la logistique nécessaire pour garantir le prélèvement adéquat des échantillons et leur expédition dans des conditions appropriées.

Poliomyélite

Au cours des cinq dernières années, la couverture vaccinale nationale pour le vaccin antipoliomyélitique oral s'est maintenue à plus de 85%. Néanmoins, les couvertures vaccinales locales révèlent que seulement 46% des municipalités ont rapporté une couverture égale ou supérieure à 95% en 2000 et 44 % en 2001. Dans les pays ayant des municipalités dont la couverture est basse, des foyers de cas susceptibles sont en voie de création. De nombreux pays ne sont pas actuellement en mesure de respecter les indicateurs clés de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA). Un autre point préoccupant est le fait que près de 20% de tous les cas de PFA n'ont pas de spécimen adéquat et devraient donc être classés comme cas compatibles, alors que seulement 15-20 cas compatibles sont notifiés chaque année.

Recommandations

- Le GCT note qu'un nombre élevé de cas de PFA sont actuellement écartés sans faire l'objet d'une évaluation adéquate ou d'un prélèvement d'échantillon de selles. Tous les pays de la région doivent continuer à appliquer le système de classification recommandé des cas de PFA et établir un Comité ou une Commission d'experts à niveau national. Ce comité examinera soigneusement les cas non accompagnés d'un spécimen de selles pour déterminer l'étiologie de la paralysie du cas.
- Tous les pays doivent assurer une surveillance normalisée de la certification. Des efforts particuliers doivent viser à améliorer la surveillance, en particulier dans les pays où le taux de PFA non associée à la polio est inférieur à 1 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Tétanos néonatal

Au cours des dernières années, les efforts ont été guidés par les conditions épidémiologiques et sociales liées aux cas subsistants, comme la migration, la marginalité et l'incidence dans les zones reculées, privilégiant la sélection des zones géographiques à risque élevé. Les programmes ont saisi toutes les occasions disponibles pour vacciner chaque femme enceinte ou chaque FAP se rendant à un centre de soins. L'épidémiologie du tétanos néonatal a changé et les efforts en faveur des interventions de contrôle doivent désormais refléter l'utilisation des facteurs de risque.

Recommandations

- Des efforts particuliers de vaccination et de surveillance doivent être déployés dans chaque municipalité et groupe de population peu desservi notifiant encore des cas de tétanos néonatal. La vaccination antitétanique et antidiphtérique doit être intégrée aux services de santé maternelle et il faut rendre possible l'administration du vaccin par les sages-femmes.
- Les occasions de vaccination manquées peuvent être considérablement réduites par l'administration du vaccin

antitétanique et antidiphthérique à toutes les mères qui se rendent à un centre de santé quel qu'en soit le motif.

Diphthérie

L'incidence de la diphthérie a été sensiblement réduite aux Amériques par suite de l'augmentation de la couverture vaccinale. Des flambées récentes dans la région, en Colombie en l'an 2000 et au Paraguay en 2002, montrent que les cas se produisent pour la majorité chez les populations pauvres n'ayant pas accès aux services d'immunisation et/ou dont le schéma de vaccination est incomplet. Les personnes à risque élevé sont les enfants d'âge scolaire et celles vivant dans les zones périurbaines et marginalisées.

Recommandations

- Le personnel de santé doit être mis à jour sur la surveillance de la diphthérie, l'enquête appropriée des cas, le traitement et les mesures de contrôle.
- En situation de flambée, les activités de vaccination doivent inclure l'administration de deux doses de vaccin antitétanique et antidiphthérique, à un mois d'intervalle, à toutes les tranches d'âge affectées, y compris, le cas échéant, les enfants scolarisés et la population adulte d'une vaste zone géographique.

Fièvre jaune

Recommandations

- Les pays doivent continuer à renforcer la surveillance des cas cliniques compatibles avec la fièvre jaune afin d'assurer la prompte mise en œuvre de mesures de contrôle. La surveillance du syndrome ictérique et des maladies épizootiques doit être systématiquement menée dans les zones sentinelles afin d'améliorer la capacité des pays à rapidement détecter la circulation du virus amaril.
- Les pays frappés d'enzootie doivent envisager la mise en œuvre des recommandations qui suivent dans les municipalités situées en zone d'enzootie ou dans les zones dont l'indice d'infestation des domiciles par l'*A. aegypti* est supérieur à 5% :
 - Vacciner la population toute entière.
 - Intégrer le vaccin anti-amaril au schéma de routine des enfants.
- Les Amériques doivent prendre les dispositions nécessaires afin de stocker des quantités de vaccin suffisantes pour contribuer à des efforts de contrôle d'urgence des flambées.

Variole

Les attaques terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis ont provoqué une vive prise de conscience de la menace potentielle d'une utilisation délibérée du virus de la variole comme arme biologique contre les populations civiles. Les faibles niveaux d'immunité actuels de la population en raison de l'élimination de la vaccination contre la variole il y a plus de

20 ans, conjugués à l'accroissement des mouvements de population, sont devenus une source de préoccupation et rendent nécessaire la formulation d'une réponse adéquate et opportune.

En 2001, l'OPS a convoqué deux réunions de consultation technique pour examiner les défis actuels et futurs posés par ces événements et la possibilité de production régionale de vaccins antivarioliques de qualité pour faire face à des situations d'urgence. Il a été demandé aux pays de réexaminer leurs capacités de surveillance et de diagnostic en laboratoire à des fins de détection et d'enquête rapides des cas de variole ainsi que de renforcer les préparatifs d'urgence des hôpitaux.

Recommandations

- Les pays doivent considérer toute flambée de variole comme une menace globale pour la région et le monde; ils devront immédiatement notifier tout cas présumé qui pourrait se déclarer et demeurer en état d'alerte pour fournir l'aide d'urgence nécessaire, y compris des vaccins pour contrôler la flambée aussi rapidement que possible.

Sécurité des vaccins

Recommandations

- Afin d'établir la sécurité des vaccins comme une priorité et un volet fondamental de tous les PEV, des ressources suffisantes doivent être allouées pour garantir un approvisionnement suffisant en vaccins, seringues et récipients d'élimination sans danger ainsi qu'en matériel approprié nécessaire à l'élimination finale des fournitures utilisées lors de la vaccination.
- Les activités de formation doivent être renforcées pour tous les agents de santé et comprendre l'élaboration et la distribution de matériel didactique à tous les niveaux du système de santé pour garantir la connaissance des directives normalisées concernant la prévention, la détection et l'évaluation des événements supposés être attribués à la vaccination. Des activités de formation sur le thème des pratiques de vaccination sûre doivent également être mises en place, en particulier pour modifier le comportement concernant le recapuchonnage des aiguilles.

Surveillance pour l'introduction de nouveaux vaccins

Recommandations

- Il est nécessaire de disposer d'informations épidémiologiques appropriées pour mettre à exécution des politiques d'introduction de nouveaux vaccins. Les pays doivent établir des stratégies de surveillance fournissant les données déterminantes pour la prise de décision lors de l'introduction de nouveaux vaccins, tels les vaccins antipneumococcique, antiméningococcique ou antirotavirus. Les Comités nationaux sur les pratiques d'immunisation doivent participer à part entière à ce processus. Une attention particulière doit être accordée à la durabilité du financement lorsqu'il est décidé d'inclure un nouveau vaccin.

Gestion et durabilité des programmes d'immunisation

Incidence des réformes du secteur de la santé sur les programmes nationaux d'immunisation

Les changements dans l'orientation et la mise en œuvre des programmes de santé nationaux résultant de la réforme et de la décentralisation du secteur de la santé ont été considérés comme l'occasion de garantir que les services de vaccination sont offerts de manière équitable dans tous les secteurs d'un même pays et d'élargir le soutien aux programmes d'immunisation à tous les niveaux de la société. Dans la pratique, ces changements systémiques ont représenté un défi pour l'exécution efficace et uniforme des programmes nationaux d'immunisation. Les domaines particuliers où des faiblesses ont été relevées incluent la gestion locale de la prestation des services et de la surveillance, ainsi que la gestion des ressources financières et humaines. En outre, les compétences ne sont pas en place au niveau local pour assurer la circulation continue d'informations standardisées et de qualité sur les maladies évitables par la vaccination à travers tout le système de soins, en remontant jusqu'au niveau régional.

Recommandations

- Des efforts doivent être déployés pour suivre l'exemple des pays des Amériques ayant élaboré un texte de loi qui établit un poste budgétaire spécifique dans le budget national consacré aux charges récurrentes liées à l'achat de vaccins et de seringues. Cette législation doit aussi prévoir des ressources pour d'autres aspects du programme d'immunisation, comme la dotation en personnel, la supervision et le fonctionnement.
- Des indicateurs d'immunisation doivent être utilisés pour suivre les étapes de la réforme des services de santé et la performance des services de santé décentralisés.

Financement durable des programmes d'immunisation

Les fluctuations dans l'attribution de ressources, liées au recul de l'économie, entravent la mise en œuvre des programmes nationaux d'immunisation, risquant d'entraîner une augmentation des coûts en cas de flambée. De plus, même les niveaux de financement actuels risquent de ne pas être suffisants à mesure que les pays cherchent parallèlement à atteindre des niveaux de couverture élevés dans toutes les municipalités tout en introduisant des vaccins nouveaux et essentiels pour la santé publique mais aussi plus onéreux. Afin de protéger les succès en matière de santé publique et l'impact confirmé des programmes nationaux d'immunisation, et leur permettre de continuer à progresser, les pays et la communauté internationale, y compris les ministères des finances, doivent amorcer un dialogue pour identifier et évaluer les options garantissant un financement constant des programmes nationaux d'immunisation. Ce financement doit prévoir des ressources pour repérer et éliminer les zones à faible couverture vaccinale et introduire de nouveaux vaccins essentiels pour la santé publique. Les répercussions financières de la mise en œuvre appropriée des programmes d'immunisation doivent être présentées aux ministères des finances.

Recommandations

- Les autorités sanitaires doivent mobiliser un soutien politique pour trouver des moyens efficaces et durables de protéger les niveaux d'immunité dans l'éventualité d'un recul de l'économie ou d'ajustements structurels du secteur de la santé.
- Des efforts doivent être déployés pour clarifier le rôle de gestion des ministères de la santé en matière de vaccination et pour renforcer les responsabilités techniques et financières des systèmes décen-

tralisés, aux niveaux étatique et local.

Évaluation de la qualité des données au sein des PEV

L'utilisation de données sur les doses administrées a été et demeure la méthode de choix pour évaluer et suivre les niveaux de couverture vaccinale dans la région. L'évaluation des données de couverture nationale selon des mesures différentes révèle cependant une absence de concordance dans plusieurs pays. Celle-ci peut être due à des erreurs dans la collecte et l'enregistrement des informations de vaccination dans les centres de santé. L'évaluation de la qualité des données suivant les niveaux du système d'immunisation constitue un volet essentiel de la gestion des données. L'évaluation régulière de la qualité des données sur les niveaux de couverture vaccinale doit faire partie intégrante des visites de supervision.

Avec la collaboration des ministères de la santé, l'OPS est en train de mettre au point un instrument de supervision, à partir de travaux réalisés en Bolivie et au Mexique, pour évaluer la qualité des données de couverture vaccinale. Cet instrument comparera les données sur les doses administrées provenant de différentes sources pour déterminer leur fiabilité.

Recommandations

- L'évaluation de la qualité des données du PEV doit devenir une activité constante au sein des programmes nationaux de vaccination. Elle doit être menée dans le contexte des activités de supervision normales en cours. Les pays doivent aussi renforcer les capacités d'analyse des données comme l'identification des municipalités à risque élevé et les causes d'une couverture faible pour élaborer des micro plans pour la correction des problèmes identifiés.
- Les instruments élaborés par l'OPS en collaboration avec d'autres pays doivent être disséminés dans la région à des fins d'adaptation et d'utilisation locales.

La supervision comme instrument de gestion

La supervision n'est pas systématiquement utilisée par tous les pays de la région comme un outil de gestion efficace, avec pour conséquence que les zones à risque de faible couverture vaccinale n'ont pas été identifiées. Pour améliorer les services de vaccination routinière, l'OPS a proposé de renforcer la supervision régulière dans tous les établissements de santé, comme instrument éducatif ainsi que comme moyen de développer la responsabilisation au niveau local.

Recommandations

- Tous les pays doivent appliquer des protocoles de supervision standardisés qui couvrent les volets des programmes d'immunisation requis et incluent au minimum: 1) les pratiques de vaccination et la sécurité des vaccins ; 2) les données administratives sur la vaccination, notamment l'évaluation de la qualité des données; 3) l'établissement de rapports hebdomadaires sur les maladies évitables par la vaccination ; et 4) la planification et l'exécution d'activités de vaccination à grand rayon d'action.
- Des ressources financières suffisantes doivent être affectées à la conduite d'activités de supervision régulières. Les plans d'action d'échelle nationale et locale doivent toujours prévoir un volet de supervision.

Vaccins de qualité

Recommandations

- Les gouvernements doivent assurer, par le biais des autorités nationales de réglementation (ANR) et de leurs laboratoires nationaux de contrôle, que seuls les vaccins de qualité, qu'ils soient importés ou produits localement et

homologués par les autorités compétentes, sont utilisés par les programmes nationaux d'immunisation et le secteur privé. Les ARN doivent utiliser les résultats des évaluations de l'OMS au regard des fabricants de vaccins préalablement homologués pour fournir des vaccins aux agences des Nations Unies afin de faciliter la mise en circulation de ces vaccins dans les pays.

Le point sur les vaccins et la vaccination dans le monde

La vaccination, comme les progrès en matière d'hygiène et d'assainissement, a révolutionné la santé de l'enfant dans le monde entier, en évitant des millions de décès chaque année et en diminuant le risque d'incapacité lié aux maladies infectieuses. La vaccination est aujourd'hui l'une des façons les plus rentables d'améliorer la santé et permet l'introduction d'autres interventions vitales en matière de santé comme la distribution de suppléments nutritionnels et la prévention du paludisme. Lors du Sommet du millénaire tenu à New York en septembre 2000, les États membres des Nations Unies ont convenu d'un ensemble de huit objectifs de développement pour le millénaire (ODM). Le quatrième objectif correspond à la réduction de la mortalité infantile, spécifiquement la réduction de deux tiers de la mortalité parmi les moins de 5 ans entre 1990-2015. Un des indicateurs servant à mesurer le progrès vers cet objectif est la proportion des enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole.

La promesse de vaccination n'a cependant pas été tenue pour tous les enfants. Dans certains des pays les moins avancés, l'accès aux services de vaccination par les enfants n'est pas aussi étendu que dans les pays plus riches. Les enfants les plus pauvres ont généralement accès à un éventail plus réduit de vaccins et sont plus exposés aux dangers liés aux pratiques vaccinales à risque. Ce fossé dans l'accès aux vaccins et à la vaccination continue de menacer le principe d'égalité devant servir de fondement aux programmes nationaux de vaccination. Les services de vaccination des pays en développement ne font pas toujours l'objet d'un engagement politique ou d'investissements assez importants alors que les déficiences dans la prestation des services de santé nuit aux programmes de vaccination.

Plus les niveaux de couverture vaccinale parmi génération après génération d'enfants sont élevés, plus les bénéfices qu'apporte la vaccination au domaine de la santé sont importants – comme, en dernier lieu, l'interruption de la

transmission de certaines maladies. Cependant, un manque de financement soudain et des carences en matière de personnel, vaccins ou carburant pour la chaîne du froid peuvent mener à des interruptions de la vaccination et à des flambées mettant en danger des millions de vies.

Ces problèmes peuvent être exacerbés par des investissements minimes en R-D pour de nouveaux vaccins dont les pays en développement ont un besoin urgent. La consommation peu élevée de vaccins dans ces pays a eu une influence sur la recherche car le manque de marchés fait que les sociétés ne désirent pas investir dans le développement de vaccins contre des maladies touchant principalement les plus défavorisés. Tel est le cas pour des maladies comme la shigellose, la dysenterie, la dengue, l'encéphalite japonaise, la leishmaniose, la schistosomiase et le choléra.

Solutions et stratégies proposées par le rapport

- S'efforcer de mieux comprendre et surmonter les difficultés des fabricants en ce qui concerne la réduction du prix des vaccins;
- Renforcer la qualité de la fabrication dans les pays produisant leurs propres vaccins, de concert avec l'amélioration des processus de réglementation nationale;
- Améliorer les capacités et l'infrastructure des pays afin de mieux prévoir et planifier les besoins à long terme en vaccins, optimiser l'impact de ces derniers et réduire le gaspillage;
- Offrir des dispositifs de financement créateurs et durables pour renforcer la sécurité des vaccins et l'approvisionnement ininterrompu de vaccins abordables dans les pays en développement;
- Promouvoir un accès plus équitable aux vaccins prioritaires, nouveaux et anciens, pour les enfants et les adolescents qui en ont le plus besoin

Extraits: *Le point sur les vaccins et la vaccination dans le monde*, émis conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et la Banque mondiale et un communiqué de presse en date du 20 novembre. Pour un exemplaire du rapport, veuillez contacter www.who.int ou www.unicef.org.

Le Bulletin informatif du PEV est publié tous les deux mois, en espagnol et en anglais, 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: Mónica Brana
Traduction: 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 la vaccination

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, USA
<http://www.paho.org>