



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXV, Numéro 2

Protégez vos enfants par la vaccination

Avril 2003

L'utilisation du suivi rapide de la couverture : la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole en Équateur

Contexte

En Équateur, la couverture vaccinale administrative est l'instrument servant à mesurer les résultats des campagnes de vaccination. Des organisations internationales ont réalisé dans certains cas des enquêtes par grappes aux niveaux national et provincial avec le soutien de chercheurs externes. Ces enquêtes ont abouti à des résultats rapides mais l'information n'a pas été communiquée aux responsables des programmes de vaccination dans les délais nécessaires pour leur permettre de prendre les mesures correctives nécessaires.

Il n'est pas inhabituel que les taux de couverture dépassent 100% dans certaines provinces et zones sanitaires et que dans d'autres les rapports de faible couverture se multiplient, alors que les agents de la santé invoquent une surestimation de la population désignée. Aussi, l'OPS a-t-elle recommandé que des méthodes simples de suivi rapide de la couverture (SRC) soient utilisées pour confirmer le pourcentage de personnes vaccinées, sans pour autant remplacer l'utilisation des données de couverture administrative.

Méthodologie

Le personnel aux niveaux provincial et local (zones sanitaires) a été formé sur l'utilisation du SRC, en tant qu'instrument de surveillance pour le personnel local (**SRC interne**) lors de la mise en oeuvre de campagnes de vaccination, mais aussi comme instrument d'évaluation finale utilisé par le personnel de la province ou de la zone sanitaire une fois la campagne terminée (**SRC externe ou croisé**).

Les critères suivants ont été utilisés pour sélectionner les régions avec une faible couverture probable: les régions éloignées, les régions frontalières, les régions urbaines défavorisées, les communautés indigènes, les communautés d'origine africaine et les communautés d'émigrés. Les résultats ne peuvent pas être appliqués à la zone sanitaire car les quartiers et les emplacements ont été choisis à dessein ou pour des raisons pratiques. La méthodologie recommande de se servir d'une carte ou d'un croquis, de choisir trois ou quatre pâtés de maisons non

adjacents, de se rendre dans les foyers pour identifier les enfants qui, en fonction de leur âge, doivent être vaccinés, de passer au pâté de maisons suivant après avoir recensé cinq à sept enfants dans une zone et de s'arrêter après avoir recensé au moins vingt membres de chaque groupe d'âge: de 6 mois à 4 ans (moins de cinq ans) et de 5 à 14 ans (enfants scolarisés). Deux à trois SRC étaient prévus dans chaque localité.

Un formulaire a été conçu pour enregistrer les foyers, le nombre d'enfants recensés et le nombre d'enfants vaccinés avec le vaccin RR (rougeole/rubéole) pendant la campagne, pour ensuite calculer le pourcentage d'enfants vaccinés. Les résultats de chaque SRC de la zone sanitaire et au niveau provincial ont été reportés sur un tableau séparé. Un SRC interne a été effectué dans toutes les zones sanitaires, alors qu'un SRC externe a été programmé en fin de campagne dans certaines zones urbaines et rurales, suite aux restrictions budgétaires.

Les variables collectées portaient sur le nombre de zones sanitaires avec SRC, le nombre de SRC internes et externes réalisés, le nombre d'enfants de moins de cinq ans et d'enfants scolarisés dans chaque SRC, le nombre d'enfants vaccinés avec le vaccin RR selon chaque SRC, la fourchette du nombre d'enfants inclus dans le SRC dans chaque zone sanitaire et chaque province, la couverture vaccinale administrative suivant la province et la fourchette de couverture des unités opérationnelles dans chaque zone sanitaire.

Les indicateurs de l'analyse sont les suivants: le pourcentage d'enfants vaccinés dans chaque SRC selon le groupe d'âge, la nombre moyen d'enfants par SRC, le pourcentage de SRC pour 18 enfants minimum par groupe d'âge, la classification des SRC selon l'éventail du nombre d'enfants vaccinés rencontrés (< 90%, 90-94%, > 94%).

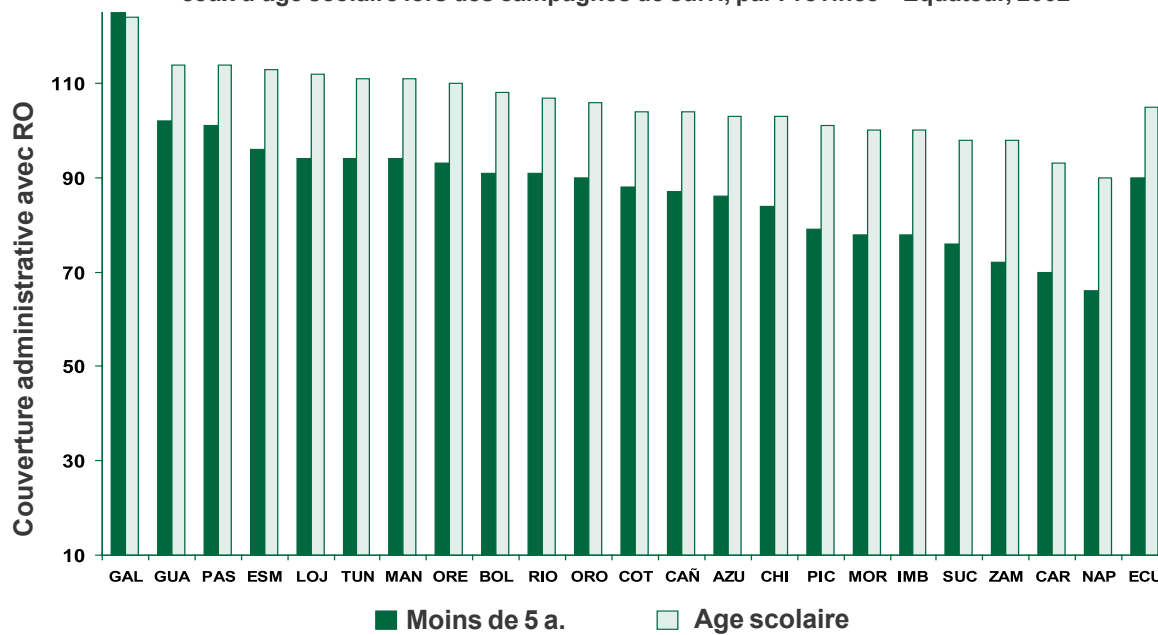
Résultats

La couverture administrative nationale était de 100,7% parmi la population cible (fourchette: 85,3%-124,4% dans les provinces), de 90% chez les enfants de moins de 5 ans

Dans ce numéro:

L'utilisation du suivi rapide de la couverture : la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole en Équateur	1	aux Amériques.....	5
Semaine de vaccination aux Amériques.....	3	L'USAID et l'OPS renouvellent leur partenariat	6
Mesures pour accélérer l'utilisation du vaccin antirotavirus		Comment administrer les injections intramusculaires (IM)	7
		Prix des vaccins du Fonds de renouvellement de l'OPS pour 2003.....	8

Figure 1. Couverture administrative avec le vaccin RO parmi les enfant de moins de 5 ans et ceux d'âge scolaire lors des campagnes de suivi, par Province – Équateur, 2002



(fourchette: 66%-125,2%) et de 105,4% chez les enfants scolarisés (fourchette: 89,6%-124%), comme le montre la figure 1. La couverture administrative dans 17 provinces (77%) était supérieure à 95%, entre 90-95 % dans deux provinces (9%) et inférieure à 90% dans trois provinces (14%).

Parmi les enfants de moins de 5 ans, quatre provinces (18%) avaient une couverture administrative de plus de 95%, sept (32%) entre 90% et 94% et onze (50%) de moins de 90%.

Dans 18 des 22 provinces (88%), des SRC internes et externes ont été menés, 2 provinces (9%) ont réalisé des SRC internes seulement et 2 autres provinces (9%) des SRC externes seulement. Soixante-neuf pour cent des 167 zones sanitaires (116) ont mené les deux sortes de SRC, 7% seulement des SRC internes, 5% seulement des SRC externes; 19% n'ont mené aucun SRC.

Au total, 1172 SRC internes ont été effectués dans 127 zones sanitaires (moyenne: 9 SRC par zone) et 574 SRC externes ont été effectués dans 107 zones sanitaires (moyenne: 5 SRC par zone). En moyenne, 25 enfants de moins de 5 ans (fourchette: 2-302) ont été interrogés lors d'un SRC interne et 23 enfants de moins de 5 ans (fourchette: 2-101) lors d'un SRC externe. La moyenne pour les enfants scolarisés était de 34 (fourchette: 2-700) pour les SRC internes et de 27 (fourchette: 6-180) pour les SRC externes.

Dans le groupe d'enfants de moins de 5 ans, 76% des SRC internes et 69% des SRC externes indiquaient un pourcentage d'enfants vaccinés de 95% ou plus, alors que 14% des SRC internes et 18% des SRC externes indiquaient que le pourcentage d'enfants vaccinés était inférieur à 90% (voir figure 2). Pour les enfants scolarisés, 80% des SRC internes et externes montrent que 95% au moins de ces enfants ont été vaccinés, alors que 10% des SRC internes et 7% des SRC externes montraient que moins de 90% étaient vaccinés.

Soixante-quatorze pour cent des SRC internes et 89% des SRC externes incluait un minimum de 18 enfants de moins de

5 ans par SRC. Quatre-vingt-cinq pour cent des SRC internes et 96% des SRC externes ont recensé un minimum de 18 enfants en âge scolaire par suivi.

Conclusions

Il convient de répéter que les résultats des SRC sont exclusivement applicables au petit nombre d'enfants interrogés et que le pourcentage d'enfants vaccinés obtenu ne peut pas être utilisé à des fins statistiques, tel n'étant d'ailleurs pas l'objectif du SRC.

Dans la majorité des zones sanitaires où les deux types de SRC, interne et externe, ont été menés, la classification des zones sanitaires selon le pourcentage d'enfants vaccinés était analogue, d'où une bonne concordance entre les analyses et les décisions prises. Suite à cette conclusion, il est recommandé que seul soit utilisé le SRC interne comme méthode de validation efficace de la couverture.

Il est conseillé de réaliser les SRC une fois les activités de la brigade de vaccination terminées dans la zone ou quand les activités ne sont plus annoncées par haut-parleurs et quand le nombre de personnes vaccinées dans les postes fixes ou unités de soins a diminué. Dans de nombreuses zones sanitaires, il semblerait que la décision de lancer des activités de ratissage soit due à des résultats peu satisfaisants des SRC. Cependant, aucune information n'était disponible sur un SRC ultérieur ou sur le nombre de doses administrées lors du ratissage.

Il est conseillé d'employer le SRC essentiellement dans les zones urbaines ou zones urbaines marginalisées et dans les centres des paroisses rurales, de façon à pouvoir recenser dans un laps de temps relativement court les vingt personnes requises par la méthodologie.

Il est recommandé que le nombre de SRC soit porté à quatre dans la zone de desserte de chaque unité opérationnelle et qu'ils soient menés selon un calendrier respectant la dynamique de la communauté.

L'instrument de SRC peut être facilement adapté aux différents vaccins et circonstances suivant l'objectif recherché, par exemple évaluer le pourcentage d'enfants vaccinés ou ceux ayant reçu tous leurs vaccins lors de la supervision habituelle du Programme élargi de vaccination (PEV). Aussi, pendant la supervision d'une campagne, il peut être nécessaire de connaître le taux de participation ou le nombre de personnes ayant reçu une dose quelconque figurant au calendrier vaccinal, qu'il s'agisse d'un rappel ou d'une injection supplémentaire. Il est essentiel et très utile pour les responsables locaux d'être en mesure d'analyser les raisons d'une non vaccination car elles révèlent indirectement l'existence et le type d'occasion manquée de vaccination et sont une indication des ajustements

dans la gestion du PEV auxquels il faudra procéder.

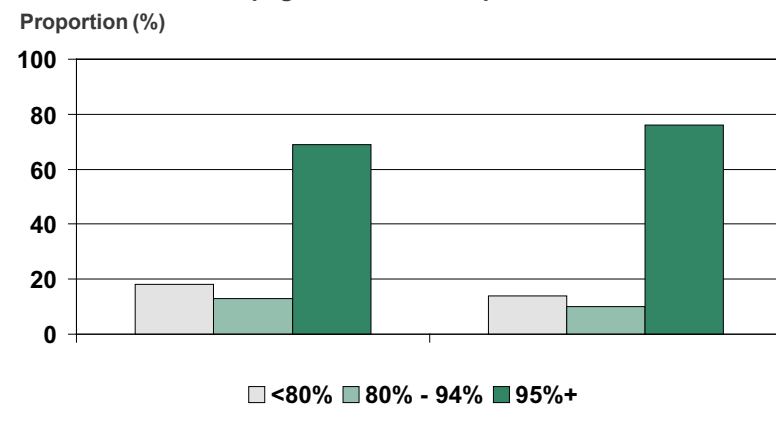
Enfin, le SRC devrait être un instrument largement utilisé pour guider la supervision, la programmation et la formation, pour

valider la notification des cas de maladies éruptives fébriles non vésiculaires (MEFNV) lorsqu'il est utilisé conjointement avec la recherche active, pour fournir à la communauté l'occasion de participer et pour évaluer le PEV au niveau local.

Source: Nancy Vásconez (PEV/Ministère de la Santé publique), Nelly Idrobo (PEV/MSP), Jackeline Pinos (PEV/ MSP), María del Carmen Grijalba (PEV/MSP), Fátima Franco (PEV- DPS Guayas), María Pazos (PEV-DPS Pichincha), Gonzalo Macias (PEV-DPS

Esmeraldas), Mariana Nagua (PEV-DPS Los Ríos), Vance Dietz (PAHO-Immunsation, Washington, DC) et Rodrigo Rodriguez (PAHO-Immunsation, Équateur).

Figure 2. Distribution des SRC externes et internes parmi les enfants de moins de 5 ans selon l'éventail de pourcentage des vaccinés lors des campagnes avec RO – Équateur, 2002



Semaine de vaccination aux Amériques

La première Semaine de vaccination multi pays aux Amériques aura lieu en juin 2003. Le 23 avril 2002, les Ministres de la Santé de la région des Andes et du Chili ont signé l'Accord de Sucre préconisant la réalisation simultanée d'une semaine nationale de vaccination dans tous les pays de la région des Andes. L'accord présente une série de mesures destinées à éviter la régionalisation de la flambée de rougeole qui touchait à l'époque le Venezuela et la Colombie. Une des recommandations les plus importantes de l'Accord de Sucre porte sur la réalisation simultanée, à partir de 2003, d'une semaine nationale de vaccination cherchant à atteindre les groupes de populations à risque élevé de chaque pays. Lors du 2^e Congrès des Ministres de la Santé d'Amérique du Sud, tenu en novembre 2002, à Lima, au Pérou, l'initiative a été étendue aux pays d'Amérique du Sud et la première semaine de juin 2003 a été déclarée « Semaine de vaccination contre la rougeole et d'intensification de la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination ». Les

pays d'Amérique centrale, des Caraïbes, ainsi que le Mexique ont également été invités à se joindre à l'initiative. Au total, 19 pays vont participer à la première Semaine de la vaccination de la région dont l'objectif est d'atteindre 15 millions d'enfants de moins de 5 ans et 2,7 millions de femmes en âge de procréer.



Des réunions de travail ont été organisées entre les responsables et le personnel de santé des pays du Cône Sud (8 mars) et de la région des Andes (18 mars). De nombreuses réunions frontalières ont également été organisées pour coordonner les activités dans les zones visées par la semaine de vaccination. Lors de la 13^e Réunion interaméricaine sur la santé et l'agriculture (25 avril), à Washington DC, les Ministres de la Santé présents ont proposé d'organiser une semaine de vaccination panaméricaine et ibéro-américaine en 2004. Le thème sera présenté aux organes directeurs de l'OPS lors du Comité exécutif, qui se réunira fin juin, et lors de la réunion du Conseil directeur qui rassemblera tous les Ministres de la Santé des Amériques en septembre.

La proposition sera également présentée à la Réunion annuelle des Ministres de la Santé de l'Amérique centrale (RESSCAD) en août, au Panama et lors de la Réunion des Premières Dames qui se tiendra en octobre en République dominicaine. L'OPS a rencontré plusieurs partenaires pour essayer de mobiliser des fonds. Jusqu'à présent, l'UNICEF et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont contribué à hauteur de US \$278 000 et l'OPS pour US \$376 000. Ces fonds ont été alloués aux pays participants.

Le Paraguay et la Bolivie ont déjà entamé des campagnes de vaccination antirougeoleuse de suivi qui se termineront la première semaine de juin et coïncideront avec l'initiative de vaccination. Le Brésil mènera des actions d'immunisation dans toutes ses municipalités frontalières pendant la première semaine de juin et lancera en parallèle une campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite. En Équateur et au Pérou, la vaccination dans les zones frontalières sera inaugurée par les Premières Dames. D'autres pays concentreront leurs efforts dans les districts ou les municipalités présentant une faible couverture vaccinale, afin de terminer le calendrier de vaccination, ou mettront sur pied des actions centrées sur des unités territoriales de taille réduite, aux populations indigènes ou émigrées, des groupes de populations peu desservies dans des zones urbaines défavorisées ou rurales ou des groupes de communautés frontalières.

La semaine de vaccination suppose que chaque pays

participant prépare un plan d'action. La vaccination aura lieu dans les établissements de santé ou d'autres institutions, lors de campagnes porte-à-porte ou par le biais de postes fixes ou mobiles. Les activités de suivi rapide de la couverture et de recherche active de cas seront intégrées à la planification de la semaine de vaccination. Certains pays ont aussi prévu de réaliser d'autres activités comme les activités conjointes de supplémentation en vitamine A. Cet effort de la part de plusieurs pays

témoigne bien de l'engagement des pays des Amériques envers une coopération permettant d'atteindre un but commun.

Il est en effet essentiel que chaque pays obtienne des taux de couverture vaccinale élevés pour maintenir une faible incidence des maladies évitables par la vaccination dans la région.

La présente initiative fera l'objet d'une évaluation en septembre, à Lima, au Pérou, entre les 19 pays participants. L'évaluation sera centrée sur les indicateurs suivants: (1) vaccination de 95% de la population avec chaque antigène; (2) pourcentage de suivi rapide de la couverture (SRC) effectué; (3) pourcentage de SRC effectués au dessus de l'objectif de 95%; (4) nombre de foyers visités pendant la recherche active; (5) nombre de cas de rougeole soupçonnés dépistés et pourcentage de cas soupçonnés ayant déjà été recensés par le système de surveillance; (6) pourcentage de secteurs ou zones où des entretiens d'évaluation de la communication sociale ont eut lieu et où 80% des mères interrogées avaient entendu parler de la semaine de vaccination.



Prochaines réunions

- XVII^e Réunion sous-régionale sur les maladies pouvant être évitées par la vaccination, Région d'Amérique centrale, Mexique et pays latins des Caraïbes 12-13 juin 2003
Mexico, Mexique
- Réunion régionale sur la mise en oeuvre de la surveillance des rotavirus 1-2 septembre 2003
Lima, Pérou
- Évaluation de la semaine de vaccination 3 septembre 2003
Lima, Pérou
- Réunions sous-régionales sur les maladies pouvant être évitées par la vaccination, Région des andes, Chili et Brésil (XIII^e) & pays du Cône sud et Brésil (XVII^e) 4-5 septembre 2003
Lima, Pérou
- XX^e Réunion des directeurs du PEV des Caraïbes 17-20 novembre 2003
Curaçao, Antilles néerlandaises

Mesures pour accélérer l'utilisation du vaccin antirotavirus aux Amériques

Les rotavirus continuent d'être la cause principale des maladies diarrhéiques, tant dans les pays développés que dans ceux en développement. Selon des estimations récentes, 111 millions d'épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans sont imputables chaque année aux rotavirus et donnent lieu à environ 25 millions de consultations externes, 2 millions d'hospitalisations et entre 352 000 et 592 000 décès. Chaque enfant souffrira au moins une fois d'une maladie diarrhéique à rotavirus avant l'âge de cinq ans. Un enfant sur cinq aura besoin d'être traité dans un établissement de santé à cause d'une diarrhée à rotavirus, 1 sur 65 sera hospitalisé et 1 sur 293 en mourra.

Plus de 80% des décès associés aux rotavirus surviennent dans les pays les plus pauvres du monde (voir figure 1). Les risques de décès pour les enfants des pays en développement sont plus élevés à cause d'un état nutritionnel déficient, des co-infections, des comorbidités et de l'accès limité aux soins de santé.

Les rotavirus sont composés d'une variété de souches génétiquement diverses. Celles-ci sont classées en groupes, sous-groupes et sérotypes. L'un (groupe A) des sept groupes antigéniques principaux (groupes A à G) est plus souvent associé aux maladies humaines. Il comprend deux sous-groupes (I et II), caractérisés par deux protéines spécifiques (G et P). La prévalence des souches de rotavirus varie selon la région géographique et plusieurs souches peuvent circuler simultanément. Un nombre limité de sérotypes sont communs au monde entier (P[8]G1, P[8]G3, P[8]G4, P[8]G2). Toutefois, dans les pays développés, un nombre limité de souches est à l'origine de la maladie alors que, dans les pays en développement, la diversité de souches semble plus variée.

Le diagnostic de la maladie par rotavirus dépend de la détection du virus dans les selles. Le dépistage des antigènes par les techniques d'immunoessai enzymatique (IEE) est une modalité de diagnostic largement utilisée et acceptée. Ces tests sont faciles à réaliser, demandent peu de formation et de ressources et fournissent rapidement des résultats. A des fins de caractérisation du virus, des tests d'amplification en chaîne par polymérase (ACP) sont utilisés. Pour les besoins de la recherche, la microscopie électronique et l'électrophorèse de l'ARN sont les méthodes préférées. Aux fins de surveillance, les IEE gardent une sensibilité, une spécificité et une utilisation acceptables.

La mise au point et l'introduction de vaccins antirotavirus ont été retenus par l'OMS comme étant les meilleures méthodes pour diminuer la charge de morbidité mondiale imputable aux rotavirus. Bien que le mode prédominant de transmission des

rotavirus soit par voie féco-orale, les améliorations apportées aux conditions sanitaires et à la qualité de l'eau permettent une réduction du nombre total de décès imputables à la diarrhée mais n'éliminent pas les décès attribués à la diarrhée à rotavirus. Pour ce qui est du traitement, la thérapie de réhydratation par voie orale ne traite que la déshydratation, elle dépend de l'accès à certains soins médicaux lors d'un épisode diarrhéique et est surtout efficace en cas de maladie bénigne ou modérément grave.

Au long de son histoire, le développement de vaccins antirotavirus, commencé à la fin des années 70, a été entravé par la diversité génétique des rotavirus et a rencontré des problèmes d'immunogénicité, d'efficacité et d'innocuité. Les premiers vaccins avaient souvent

moins d'efficacité dans les pays en développement. Ce n'est qu'en 1998 que le premier vaccin antirotavirus a été autorisé – un vaccin oral, vivant, tétravalent à rotavirus simien (RRV-TV). Vers la fin de 1999, le vaccin a été retiré du marché aux États-Unis après notification de cas d'invagination intestinale. Les efforts de mise au point du vaccin continuent et plusieurs vaccins sont au dernier stade de développement ou dans la phase d'essais cliniques et par conséquent un vaccin antirotavirus

viable, sûr et efficace devrait être disponible d'ici trois ans.

Afin d'accélérer l'évaluation et l'utilisation éventuelle des vaccins antirotavirus, une fois disponibles, l'Unité d'immunisation de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) collabore avec le Programme de Vaccination infantile, mis en oeuvre par le Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Cette collaboration vise à atteindre les buts communs de plaidoyer concernant l'introduction et l'utilisation du vaccin antirotavirus et, pour ce faire, des projets de surveillance des rotavirus visant à évaluer la charge de morbidité effective et à mettre en place des réseaux de surveillance en Amérique latine sont encouragés. Un protocole générique servant de guide général à ces projets a également été formulé.

A ce jour, trois pays (El Salvador, le Paraguay et le Venezuela) et le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) de l'OPS ont préparé et présenté des propositions pour entreprendre de tels projets de surveillance. Pour chaque proposition, des ministères de la santé, des universitaires et des médecins collaboreront pour collecter de façon systématique des échantillons de selles et des données cliniques et épidémiologiques limitées sur des enfants examinés, sur une période de deux ans, pour des épisodes diarrhéiques aigus dans des hôpitaux sélectionnés. Les

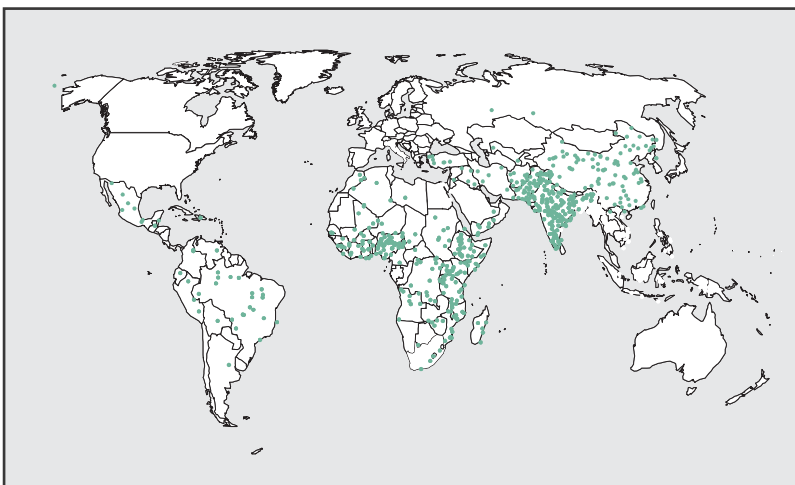


Figure 1– Distribution mondiale estimée des 440 000 décès dus aux rotavirus chaque année parmi les enfants de moins de 5 ans. Un point représente 1000 décès.
Source: *Emerging Infectious Diseases*, May 2003, 9(5): 565-572

échantillons de selles seront testés pour détecter les rotavirus et une sélection d'échantillons positifs sera examinée plus en détail pour déterminer le type de souche. Enfin, des estimations sur les charges de morbidité nationale seront faites dans chaque pays participant pour dégager des données à partir desquelles seront déterminés les besoins en vaccin contre les rotavirus. Sur un site, ces activités pourront être complétées par une surveillance de l'invagination intestinale. On pourra envisager des activités complémentaires, telles des analyses de coût efficacité et des enquêtes d'utilisation des services de santé à base communautaire. Les données résultant de ces activités seront utilisées pour les analyses définitives qui détermineront les besoins locaux en immunisation, l'introduction du vaccin et son utilisation. Les trois pays et CAREC constitueront le premier fondement de la création d'un réseau de surveillance des rotavirus en Amérique

latine. En fonction des ressources, de nouveaux pays pourraient être intégrés au réseau.

Des laboratoires sélectionnés serviront de laboratoires de référence pour la caractérisation de la souche par des techniques moléculaires. Cette activité permettra de renforcer les compétences des laboratoires locaux. En outre, il sera important de surveiller la circulation des souches avant et après l'introduction du vaccin.

Les activités liées aux rotavirus aux Amériques sont le résultat de la collaboration des secteurs public et privé dans l'évaluation de l'ampleur locale d'un problème international grave et des interventions nécessaires et, par l'entremise de ces activités, de nombreux décès et hospitalisations pourront être évités dans la région.

L'USAID et l'OPS renouvellent leur partenariat

L'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) a prorogé de deux années supplémentaires son accord de contribution, *Immunization Initiative for Latin America and Caribbean Region (Initiative de vaccination pour l'Amérique Latine et les Caraïbes)*. La subvention, qui s'élève à US \$910 000, devait prendre fin en septembre 2002 et elle a désormais été prolongée jusqu'en 2004. L'initiative est axée sur la prestation de services de vaccination durables et de haute qualité dans 10 pays que l'USAID a jugé prioritaires pour la survie de l'enfance, à savoir: la Bolivie, la République dominicaine, l'Équateur, le Salvador, le Guatemala, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou. Le partenariat USAID/OPS est fondé sur une coopération technique régionale et entre les pays et souligne le partenariat entre secteurs public et privé, accordant une place importante à la formulation de politiques et aux orientations techniques pour assurer une performance optimale des services de vaccination, la surveillance épidémiologique, le flux d'informations épidémiologiques depuis les niveaux locaux vers le centre et les capacités de diagnostic dans les 10 pays.

Le partenariat OPS/USAID pour la vaccination a pour objet d'améliorer le contexte des politiques ayant trait aux programmes élargis de vaccination, de renforcer les capacités nationales de ces programmes et d'élargir les systèmes de surveillance pour les maladies évitables par la vaccination dans les 10 pays prioritaires choisis par l'USAID. Pour cette nouvelle phase, la République dominicaine et le Paraguay ont été inclus comme pays prioritaires.

L'USAID est un partenaire essentiel des Amériques pour la lutte et/ou l'éradication des maladies infectieuses évitables par la vaccination. De 1987 à 1991, l'USAID a appuyé avec un don de US \$22 millions les efforts de l'OPS et des pays en vue d'éradiquer la poliomyélite sur le continent américain. En 1991, l'OPS et l'USAID ont signé un nouvel accord de contribution d'un montant de US \$20 millions pour une seconde phase couvrant la période 1991-1996. La seconde subvention visait à consolider les activités d'éradication de la poliomyélite, à renforcer la lutte contre le tétanos néonatal et la rougeole et à élargir la couverture vaccinale durable et de haute qualité.


Accomplissements du partenariat actuel entre l'USAID et l'OPS

- Contributions significatives pour la mise en place d'une infrastructure de vaccination dans huit pays prioritaires de l'USAID pour la survie de l'enfance, ce qui permettra une vaccination généralisée avec les vaccins de base du PEV.
- Diminution des cas de rougeole dans tous les pays prioritaires.
- Relance du mécanisme de Comité de Coordination Inter institutions au niveau national.
- Le Honduras, le Pérou, le Salvador, le Nicaragua, la Bolivie et l'Équateur (6 des 8 pays) ont créé des Comités nationaux sur les méthodes de vaccination (CNMV). Ces comités ont pour fonction d'examiner l'introduction de nouveaux vaccins dans le calendrier de vaccination national, de fournir des directives et des normes pour les méthodes d'immunisation et d'émettre des recommandations sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination et la collecte de données.
- Sept des huit pays prioritaires payent *toutes* les charges récurrentes des vaccins et des seringues pour les vaccins de base du PEV avec des ressources nationales.
- Six des huit pays prioritaires ont introduit des vaccins nouveaux dans leur programme de vaccination systématique.
- Les programmes nationaux de vaccination sont devenus le point de départ d'autres services de santé comme la supplémentation en vitamine A et le traitement des maladies parasitaires, particulièrement en Bolivie, au Nicaragua et au Pérou. Des efforts conjoints ont également été entrepris avec l'initiative de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) pour la mise en place d'interventions destinées à réduire les occasions manquées de vaccination en Bolivie et au Guatemala.

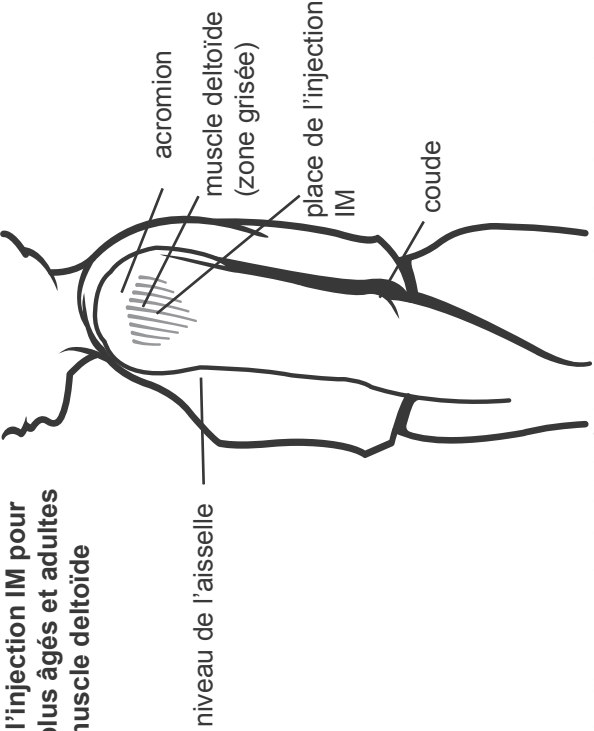
Comment administrer les injections intramusculaires (IM)

Appliquer ces vaccins par voie intramusculaire (IM): DtaP, DT, Hib, hépatite A, hépatite B, influenza, PCV7. Administrer les vaccins VPI et PPV23 par voie IM ou SC

Âge du patient	Place de l'injection	Taille de l'aiguille	Insertion de l'aiguille
Enfants (naissance à 12 mois)	Muscle vaste externe sur le côté antérolatéral du milieu ou de la partie supérieure de la cuisse	Aiguille de 7/8" à 1" calibre 23-25	<p>Employer une aiguille assez longue pour pénétrer dans la profondeur du muscle. Insérer l'aiguille à un angle de 80-90° par rapport à la peau avec un coup de pointe rapide.</p> <p>D'après les données disponibles, il n'est pas nécessaire d'aspirer.*</p> <p>Si de multiples injections sont appliquées dans le même membre, l'écart entre elles doit être d'1" au minimum.</p> <p><i>* American Academy of Pediatrics. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases: p. 18.</i></p>
Jeunes enfants (12 à 36 mois)	Muscle vaste externe préférable jusqu'à ce que le muscle deltoïde ait développé la masse adéquate	Aiguille de 7/8" à 1" calibre 23-25	
Enfants plus âgés (>36 mois) et adultes	Partie la plus épaisse du muscle deltoïde - au dessus de l'aisselle et en dessous de l'acromion	Aiguille de 1" à 2" calibre 23-25	



Place de l'injection IM pour enfants et jeunes enfants dans la cuisse antérolatérale



Place de l'injection IM pour enfants plus âgés et adultes dans le muscle deltoïde

Insérer l'aiguille en angle de 80-90° dans le muscle vaste externe sur le côté antérolatéral du milieu ou de la partie supérieure de la cuisse.

Insérer l'aiguille en angle de 80-90° dans la partie la plus épaisse du muscle deltoïde au dessus de l'aisselle et en dessous de l'acromion.

Adapté par l'Immunization Action Coalition avec la permission du Minnesota Department of Health

Source: Immunization Action Coalition. Needle Tips, 2002; Vol. 12(1): 10

Note: Le numéro suivant inclura des informations sur les injections sous-cutanées (SC).

Prix des vaccins du Fonds de renouvellement de l'OPS pour 2003

Le Fonds de renouvellement de l'OPS pour l'achat de vaccins continue de fournir vaccins, seringues et équipement pour la chaîne de froid aux pays participants des Amériques qui se conforment aux procédures du Fonds. En 1979, date de l'établissement du Fonds, US \$2 millions de fournitures essentielles pour la vaccination ont été acquis. Cette somme a augmenté, passant à US \$144 652 030 en 2002. En 2003, le Fonds a signé des contrats pour l'achat de dix-huit vaccins différents (table 1).

Table 1. Prix des vaccins achetés en 2003 par l'entremise du Fonds de renouvellement de l'OPS

Vaccin	Doses par ampoule	Prix f.o.b. par dose, US\$
BCG	10	0,1167
DPT	10	0,0905
DT (Adulte)	10	0,0490
DT (Pédiatrique)	10	0,0650
DPT Hib lyophilisé	1	3,0000
DPT Hib liquide	10	2,5000
DPT/HEP B/Hib	1	3,7600
Hib lyophilisé	1	2,9200
HEP B 10 MCG recombinant pédiatrique	1	0,5200
HEP B 20 MCG recombinant	1	0,7200
	10	0,2900
Rougeole (Edmonston)	1	0,8000
	10	0,1200
Rougeole Rubéole	1	1,1000
	2	0,8000
	10	0,4800
Rougeole/Oreillons (URABE) Rubéole = ROR	1	1,4900
	10	1,1154
Poliomyélite (ampoule verre)	1	0,1400
	10	0,1350
	10	0,1430
Poliomyélite (ampoule plastique)	20	0,1350
	25	0,1300
	1	8,5000
Vaccin antirabique inactivé purifié préparé en cellules Vero	1	8,5000
TT	10	0,0400
Fièvre jaune	5	0,5300
	20	0,8000

Table 2. Comparaison du coût* pour la vaccination complète d'un enfant avec différentes combinaisons de vaccins

Combinaison	Prix par combinaison (US\$)		Pourcentage d'augmentation	
	2002	2003		
A**	BCG (1), Pentavalent (3), ROR (1), OPV(3)	12,80	13,32	4,06%
B***	BCG (1), Pentavalent (3), ROR (1), OPV(3)	12,36	12,92	4,49%
C****	BCG (1), DPT/Hib (3), ROR (1), OPV (3), Hép B (3)	Non disponible	11,10	N/D

(1) (3) Nombre de doses nécessaires

* Les coûts d'envoi et d'administration ne sont pas inclus dans les calculs des prix

** ROR dans des ampoules monodose de vaccin, OPV en ampoules de 10 doses.

*** ROR en ampoules de 10 doses, OPV en ampoules de 20 doses.

**** DPT/Hib en ampoules de 10 doses (liquides), ROR en ampoules monodose, OPV en ampoules de 10 doses, Hep B pédiatrique en ampoules monodose.

Depuis l'introduction de vaccins nouveaux dans les calendriers de vaccinations infantile, les pays ont la possibilité de choisir différentes combinaisons et d'utiliser des ampoules avec des dosages différents afin d'administrer tous les vaccins nécessaires à un enfant (table 2). Dans les combinaisons A et B, la formule du vaccin pentavalent de l'OPS comprend DPT/Hép B/Hib. De 2002 à 2003, le coût de l'administration de tous les vaccins nécessaires a augmenté dans la combinaison A de 4,45% et dans la combinaison B de 4,49%. En 2003, le coût d'utilisation des ampoules plus petites (Comb. A) est supérieur d'US \$0,44 par enfant par rapport à l'utilisation d'ampoules plus grandes (Comb. B). Sur demande de quelques pays, des contrats pour fournir le vaccin Hép B pédiatrique ont été signés. L'utilisation du vaccin Hép B pédiatrique avec le vaccin DPT/Hib offre la combinaison la moins chère (C) mais elle nécessite l'achat de trois seringues de plus pour chaque enfant (le vaccin DPT/Hib est administré séparément du vaccin contre l'hépatite B). L'avantage de l'utilisation de la formule pentavalente est qu'il est plus facile d'obtenir une couverture uniforme lorsque tous les antigènes sont administrés en une seule injection (c'est à dire, DPT/Hép B combiné avec Hib lyophilisé). Le coût du vaccin contre la fièvre jaune devrait être considéré dans chaque combinaison par les pays qui requièrent son inclusion au calendrier de vaccination.

Le *Bulletin informatif du PEV* est publié tous les deux mois, en espagnol, anglais et français par l'Unité d'immunisation de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la région est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce *Bulletin* ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.



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

Unité d'immunisation

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

Éditeur: Héctor Izurieta
Éditeur-adjoint: Monica Brana

ISSN 0251-4729