



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXV, Numéro 4

Protégez vos enfants par la vaccination

Août 2003

Première Semaine de vaccination des Amériques: résultats et conclusions

La première Semaine de vaccination des Amériques (SVA) a eu lieu en juin 2003. Elle avait été proposée par les Ministres de la Santé de la région andine et avalisée par les Ministres de la Santé d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale, du Mexique et de plusieurs pays anglophones des Caraïbes. Cette initiative avait pour principes fondamentaux la réduction des inégalités et la promotion du panaméricanisme. Au cours de la SVA, les pays ont ciblé les populations à risque élevé et les zones frontalières. La mise en œuvre de cette stratégie a contribué à renforcer les programmes de vaccination de routine en couvrant des groupes de population souvent exclus. D'autres objectifs incluaient la poursuite de l'éradication de la rougeole et le maintien de la vaccination en bonne place dans les programmes politiques des pays.

Dix-neuf pays ont participé à cette initiative: l'Argentine, les Bahamas, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou, le Suriname, l'Uruguay et le Venezuela. L'objectif était de vacciner 14 085 451 enfants de moins de 5 ans avec différents antigènes (en fonction des besoins de chaque pays) et 3 000 000 femmes en âge de procréer (FAP) avec une dose de Td. Certains pays ont vacciné hommes et femmes en âge de procréer et ont administré le vaccin Td, de l'acide folique et des suppléments de vitamine A en une seule fois. Quelques pays ont ciblé les enfants de moins de 5 ans.

Résultats

Afin d'en évaluer la performance, les données suivantes ont été compilées :

- Nombre de municipalités obtenant une couverture de 95% pour la vaccination contre la rougeole;
- Pourcentage de supervision et visites de suivi rapide de la couverture (SRC) effectuées par rapport au nombre de visites prévues;
- Nombre de foyers visités au cours de la recherche active;
- Nombre de cas de rougeole soupçonnés que le système de surveillance n'avait pas détectés;
- Proportion de zones où 80% ou plus des mères interrogées avaient entendu parler de la Semaine de vaccination.



Parmi les enfants de moins de 5 ans, 13 583 888 ont été vaccinés (soit 97% de l'objectif). Le Pérou a intensifié son programme de vaccination de routine sur l'ensemble du territoire et a accordé la priorité à 815 de ses 1828 districts en administrant tous les antigènes dans ces districts à risque élevé. Le Venezuela a suivi la même stratégie en se concentrant sur 108 de ses 365 municipalités. Le Brésil a ciblé 86 municipalités frontalières avec 7 pays. Outre la Semaine de vaccination, la Colombie a organisé en juin une deuxième série de vaccination de routine avec tous les antigènes. Des pays tels que l'Uruguay et le Chili ont tiré parti de la Semaine de vaccination pour rechercher les personnes non couvertes par le programme de routine. La Bolivie et le Paraguay ont mis en œuvre des campagnes de suivi contre la rougeole et ont fait en sorte que la dernière semaine de la campagne de suivi coïncide avec la Semaine de vaccination. En Amérique centrale, la Semaine de vaccination a permis d'améliorer la couverture avec tous les antigènes et de mettre en œuvre d'autres activités

Dans ce numéro:

Première Semaine de vaccination des Amériques:

résultats et conclusions	1	Taux de couverture aux Amériques, 2002.....	7
Synthèse de l'évaluation du PEV au Belize, mai 2003.....	3	À la mémoire de Frederick C. Robbins,	
Fièvre jaune sylvatique: situation actuelle des flambées épidémiques		Docteur en médecine, Prix Nobel de 1954	8
dans la région des Amériques	6		

Stratégies utilisées

Communication sociale

Avec le soutien technique de l'Unité d'information publique (PIN) de l'OPS à Washington, D.C, une stratégie de communication régionale a été conçue avec pour slogan: « *La vaccination : un acte d'amour* ». Cette stratégie a compris la préparation de posters et de spots publicitaires à la télévision et à la radio, avec la participation d'artistes internationaux en qualité de « Défenseurs de la santé aux Amériques ». Ce matériel a été distribué aux pays dans différentes langues et adapté aux conditions locales. Au cours de la campagne de dissémination, un accent tout particulier a été mis, tant au siège de l'OPS que dans les pays, sur la coordination entre les secteurs techniques et les mass média.

Cette campagne de communication a été évaluée au moyen d'une enquête auprès des mères et des adultes responsables dans les zones ciblées par l'intervention. Environ 80% des membres de la communauté interrogés dans des zones reculées et urbaines marginales étaient bien informés sur la Semaine de vaccination.

Coordination frontalière

Diverses stratégies de vaccination ont été utilisées dans les zones frontalières, notamment des postes fixes, des équipes mobiles pour les zones difficiles à atteindre, des activités de communications régionales et locales largement répandues et le recours à des professionnels de la santé et à des bénévoles pour la vaccination, le suivi et la supervision.

Des accords frontaliers ont été signés pour faciliter la coordination des activités. L'accord entre la Colombie et le Venezuela a été signé le 11 avril et l'accord entre le Brésil, la Bolivie et le Pérou a été signé le 1er juin. Ce dernier accord prévoyait la mise en œuvre sur une base permanente des activités de vaccination dans des localités frontalières et l'aboutissement de la campagne d'éradication de la rougeole aux Amériques, ainsi qu'un engagement sur la mise en œuvre intégrée des activités de santé dans la région. Les autorités ont accepté de superviser conjointement les tâches programmées. Des accords frontaliers déjà en place ont été réactivés dans plusieurs pays.

telles que la distribution de suppléments de vitamine A et de traitements antiparasitaires. Au Honduras, les hommes ont été vaccinés dans le cadre d'un plan d'élimination de la rubéole.

Les pays ont saisi cette opportunité pour rattraper leur retard vis à vis du calendrier de vaccination dans un grand nombre de districts et de municipalités à risque élevé. Les districts à risque élevé ont été définis sur la base des facteurs suivants: présence de populations indigènes, taux de couverture faibles, secteurs pauvres en zone périurbaine et rurale, zones avec une forte migration et communautés frontalières. Par ailleurs, les pays ont défini comme prioritaires les zones présentant un risque épidémiologique en raison de leurs conditions de vie, d'un accès limité aux services de santé et de l'environnement écologique. Certains pays ont également mis en œuvre des activités visant à réduire l'émergence des cas de polio dérivés du vaccin et à faire avancer l'initiative d'élimination du tétanos néonatal. Des ressources ont été mobilisées à la fois au niveau international (auprès de l'OPS, de l'UNICEF, des CDC) et au niveau national, par l'entremise des Comités de coordination inter organisations et des fonds émanant des différents Ministères de la Santé.

Initiative 2004

Le deuxième programme régional de vaccination sera mené au cours de la semaine du 24 au 30 avril 2004. Les États-Unis (avec le soutien des CDC) et l'Espagne participeront à la Semaine de vaccination en 2004, qui deviendra alors la première Semaine de vaccination ibéro américaine.

On trouvera ci-après quelques enseignements tirés de cette expérience qui devront être pris en compte pour l'organisation de la prochaine Semaine de vaccination:

- Maintenir la priorité de la Semaine de vaccination comme instrument à l'appui du programme de vaccination de routine, ainsi que pour renforcer les journées nationales de vaccination pour l'interruption de la transmission de la rougeole et de la rubéole, comme planifié par les pays;
- Élaborer une méthodologie spéciale pour évaluer les résultats et orienter les activités de routine;

- Définir les coûts exacts des activités de mises en œuvre et s'assurer que les Ministères les incluent dans leurs budgets;
- Inclure la programmation de la Semaine de vaccination dans les plans d'action des pays, dans le cadre de la stratégie de priorité et de renforcement du Programme élargi de vaccination (PEV);
- Programmer les séries supplémentaires nécessaires pour garantir que les calendriers vaccinaux sont exécutés parmi les groupes de population exclus dans la mesure où la Semaine de vaccination doit servir de point de départ pour la vaccination de rattrapage chez les nouveaux patients;
- Répertoire et échanger des informations, en particulier dans les zones frontalières;
- Inclure les équipes de surveillance et de vaccination dans les activités de la Semaine de vaccination pour mener des recherches actives.

Conclusions

La Semaine de vaccination est un outil régional qui permet de donner un caractère prioritaire à la vaccination dans le cadre des programmes politiques de tous les pays, de promouvoir le Panaméricanisme, de relancer les activités dans les zones frontalières, de renforcer le réseau de soins primaires dans les zones à risque élevé et de renforcer l'objectif de réduction des inégalités en couvrant des groupes de population ne bénéficiant généralement pas des services de vaccination.

L'engagement politique et l'affectation de ressources de la part des pays, la coordination inter organisation, la mobilisation sociale et la stratégie globale de communication ont constitué les piliers de la réussite de la Semaine de vaccination. Le soutien technique et économique de l'OPS, de l'UNICEF, des CDC, de la Fédération internationale de la Croix-Rouge et des Sociétés du Croissant-Rouge et de l'Organisme andin de la santé (ORAS) a assuré la réussite régionale de la première Semaine de vaccination.

Synthèse de l'évaluation du PEV au Belize, mai 2003

Objet

L'évaluation du Programme élargi de vaccination (PEV) avait pour objet d'améliorer la performance du programme, de fournir des informations fiables pour la prise de décisions et de s'assurer que la planification et l'engagement financier permettront de préserver les gains actuels du PEV et d'assurer l'introduction future de nouveaux vaccins. Les forces, faiblesses et facteurs qui facilitent et entravent la réalisation des objectifs du programme ont également été définis. En outre, cette évaluation a déterminé la satisfaction des usagers. Les données recueillies seront également utilisées pour élaborer un plan d'action sur cinq ans en vue de renforcer le programme.

Antécédents

Belize, seul pays anglophone situé en Amérique centrale, a une population totale de 249 800 habitants (recensement de 2000) et compte six districts administratifs et sanitaires.

La prestation des soins de santé, généralement offerts gratuitement à l'utilisateur, relève du gouvernement pour l'ensemble de la population. Il existe 76 établissements de santé publique au Belize (39 centres de santé et 37 postes de santé ruraux) fournissant des services de soins de santé primaire, y compris les soins de santé maternelle et infantile (SMI), la vaccination et le contrôle des vecteurs. La plupart des centres dispensent aussi des services de vulgarisation, représentant environ 40% des prestations de service des centres.

Le PEV au Belize a démarré en 1977. La couverture vaccinale pour le BCG, le vaccin antipoliomyélique oral (VPO), le DTC et la rougeole/ROR a régulièrement augmentée au fil des ans. La couverture en VPO est passée de 44% en 1980 à 86% en 1993 et à 93% en 2002. De même, la couverture antirougeoleuse est passée de 43% en 1982 à 83% en 1993; en 2002, la couverture avec le ROR était de 89%.

Méthodologie

L'équipe chargée de l'évaluation était composée d'experts internationaux, de responsables du PEV et de professionnels de la santé du Ministère de la Santé du Belize, répartis en quatre équipes d'évaluation. Chaque équipe s'est vue assigner 1 ou 2 districts sanitaires. Les équipes se sont rendues dans les centres de santé, dans les hôpitaux de district et chez les praticiens privés dans leur(s) district(s) respectifs(s) afin d'évaluer les activités de vaccination et de surveillance.

Sept questionnaires ont été préparés pour la collecte d'informations sur les questions opérationnelles et de gestion. Un questionnaire a été préparé pour les utilisateurs du service. Les questions relevant des domaines opérationnel et de gestion

ont été posées aux décideurs et aux agents de santé dans les secteurs public et privé. Le questionnaire était composé de questions auxquelles il fallait répondre par « Oui » ou « Non », regroupées par volet du programme. Les questions étaient classées par catégories et ont servi à obtenir un indicateur de performance global dans chaque domaine du programme.

Les utilisateurs du programme de vaccination ont été interrogés afin de répertorier leurs connaissances et leurs opinions sur le programme. L'évaluation a été menée sur une période de dix-huit jours, les cinq premiers étant consacrés aux activités préparatoires. Environ 70% du temps de l'évaluation a été consacré au travail sur le terrain.

Analyse des données

Un logiciel de recensement du gouvernement, l'IMPS4.1, a été utilisé pour saisir et analyser les données, procéder à une analyse fréquentielle, créer des tableaux à entrées multiples et des graphiques d'illustration. Une analyse qualitative a été effectuée lorsque cela était nécessaire et une matrice des réalisations, problèmes et recommandations a été élaborée.

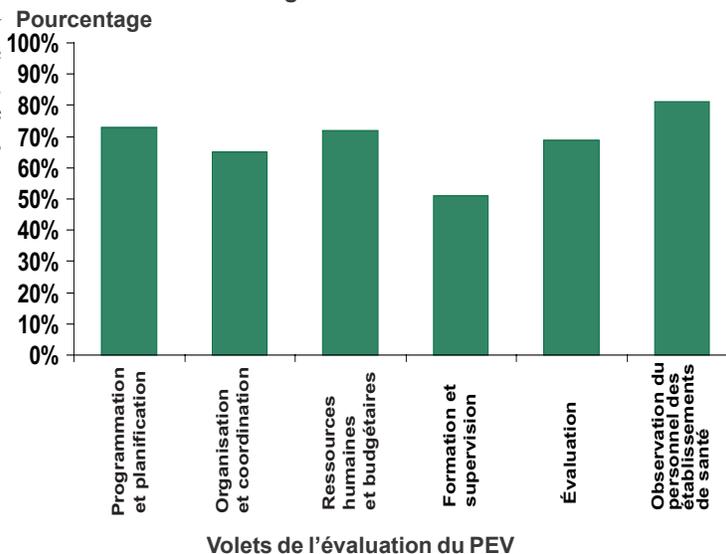
Conclusions générales

Au total, 296 entretiens ont été réalisés à tous les niveaux lors de visites sur le terrain dans les 6 districts sanitaires et d'enquêtes effectuées dans 37 établissements de santé publique et dans 7 établissements de santé privé. Au nombre des personnes interrogées, on compte le personnel du Ministère de la Santé et un échantillon représentatif de responsables publics et privés ainsi que des représentants d'organisations non gouvernementales.

Deux cent vingt-et-un usagers des services de SMI/PEV ont été interrogés dont 29% dans des centres de santé. Personne parmi le personnel de santé ou les usagers n'a refusé d'être interrogé.

Le PEV au Belize est un programme bien coordonné, dont l'exécution est adéquate, avec un plan de travail national annuel et des évaluations mensuelles. Les établissements étaient adéquats, situés à des emplacements et avec des heures d'ouverture pratiques pour la vaccination. Le personnel des établissements était composé d'équipes dévouées et qualifiées. L'évaluation a montré qu'il existait un stock adéquat de vaccins. La chaîne du froid était maintenue de façon efficace. La compilation et la présentation des données étaient excellentes. Il existait une source de données fiable pour déterminer la population cible. Il existait des lignes directrices écrites pour le programme SMI/PEV dans les sites visités. Les établissements de santé disposaient d'un bon réseau de télécommunications entre eux.

Figure 1. Évaluation du PEV au Belize
Volets de gestion et de coordination



Évaluation des volets du PEV

Les principaux volets examinés du programme étaient (1) l'organisation, la coordination et la programmation; (2) les produits biologiques, la chaîne du froid et la logistique; (3) la formation et la supervision; (4) le système de surveillance; et (5) le système d'information. La figure 1 montre le résultat en pourcentage pour chaque volet évalué relatif à la gestion et à la coordination et la figure 2 montre le résultat pour les volets techniques. Le résultat en pourcentage correspond à la proportion de toutes les questions dont la réponse a été « Oui » pour un volet. Les responsables disposent ainsi d'informations simples mais utiles pour évaluer rapidement les ressources en gestion éventuellement nécessaires à l'amélioration de la performance d'un volet donné. Dans la mesure où l'indicateur pour chaque volet évalué repose sur une série de questions, une analyse plus approfondie des réponses à chaque question devrait fournir au responsable des informations supplémentaires pour comprendre les facteurs à l'origine d'une performance médiocre.

La formation et la supervision ainsi que la surveillance épidémiologique sont les volets ayant enregistré la moins bonne performance. Il n'y avait pas de manuel de procédures pour la supervision ni d'outils de supervision normalisés. Les visites de supervision étaient planifiées mais souvent annulées en raison de problèmes de transports, de manque de personnel ou du fait que le superviseur était trop occupé par la prestation de services au centre de santé. Des plans de formation étaient élaborés au niveau national ainsi qu'au niveau du district mais pas toujours mis en œuvre. La majeure partie du personnel de santé n'avait pas suivi une formation globale sur le PEV ou la surveillance au cours des cinq dernières années. Des mises à jour étaient apportées au cours de certaines réunions et des sessions de formation individuelle (essentiellement sur la surveillance) étaient organisées. Parmi les agents de santé ayant reçu une formation, certains transmettaient les informations reçues à leurs collègues mais ce n'était pas systématique. Les agents de santé ont déclaré qu'il existait des manuels et des normes écrites pour la surveillance épidémiologique dans les établissements mais on n'a pas pu les trouver pour les examiner. Les formulaires d'enquête trouvés dans les centres de santé étaient généralement ceux servant à répertorier les cas de rougeole/rubéole; en revanche il a été impossible de localiser les formulaires pour la paralysie flasque aiguë (PFA), le tétanos néonatal (TN) et d'autres maladies couvertes par le PEV.

Il n'existe pas de rapport annuel sur la surveillance des maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Il n'y a généralement pas de recherche active de cas et, dans les cas où elle est réalisée, la recherche de cas de rougeole/rubéole s'effectue principalement dans les écoles et les garderies. Les indicateurs de surveillance au cours des cinq dernières années ont été supérieurs à 85%. Toutefois, le pourcentage de spécimens parvenus au laboratoire régional dans les 5 jours suivant

leur prélèvement était de 24% en 2002. Cet indicateur a été instauré en 2000 et oscille depuis entre 13% et 24%.

Les services de santé publique destinés aux enfants sont fournis par du personnel infirmier. Plus de 95% des personnes interrogées étaient des infirmières ou avaient une formation d'infirmière. Plus de 80% du personnel infirmier interrogé connaissait la définition des cas de rougeole/rubéole et de PFA. Toutefois, plus de 50% ne connaissait pas la définition d'un cas de TN. Plus de 50% du personnel connaissait les mesures de contrôle devant être prises pour un cas soupçonné de rougeole/rubéole mais plus de 60% ne connaissait pas les indicateurs de surveillance pour la rougeole/rubéole.

Dans les centres où les prises de sang étaient effectuées, la quasi totalité du personnel a déclaré qu'il y avait suffisamment de récipients pour le prélèvement et le transport. Environ 30% du personnel infirmier en milieu rural avait reçu une formation sur le prélèvement sanguin mais la plupart des patients étaient envoyés dans les hôpitaux du district pour les prises de sang.

Une validation simple du système de surveillance a été effectuée au Karl Huesner Memorial Hospital, hôpital de recours au Belize pour les secteurs public et privé. Les responsables de l'évaluation ont examiné les registres des cas qui s'étaient présentés au Département des accidents et des urgences au cours de la période de mai 2002 à mai 2003 et les admissions de septembre 2002 à mai 2003. L'enquête de validation a montré que 4 cas soupçonnés d'éruption accompagnée de

fièvre n'avaient pas été détectés en 2002. Aucun cas d'éruption accompagnée de fièvre n'avait été omis en 2003. Aucun cas de PFA ou d'autre maladie pouvant être prévenue par la vaccination n'a été omis, à l'exception de cas de varicelle (6 cas), d'hépatite B et de tuberculose pulmonaire. Les registres des admissions et des sorties des hôpitaux de district, y compris des services de consultation externe, ont aussi été examinés afin de valider le système de surveillance. Il existait une bonne corrélation entre ces registres et les données déclarées.

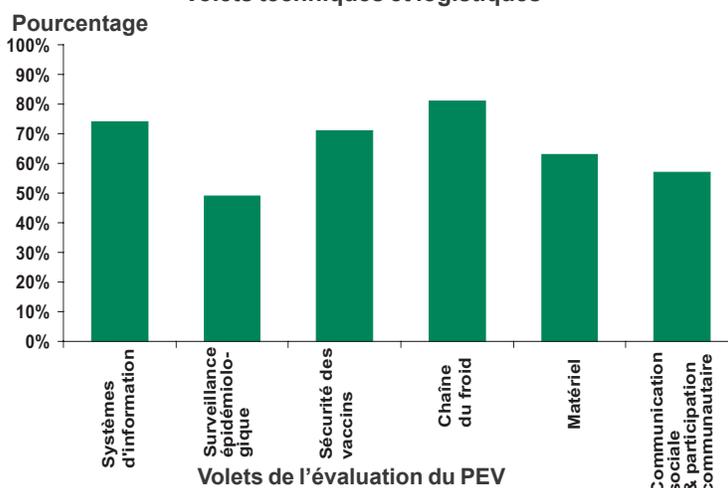
Les principaux problèmes et recommandations concernant certains volets du PEV sont résumés au tableau 1.

Lorsque les volets de l'évaluation ont été examinés au niveau du district, les districts du Sud, à prédominance rurale, sont ceux ayant obtenu la moins bonne performance pour l'ensemble des volets à l'exception de la sécurité des vaccins, de la mobilisation sociale et de la participation communautaire.

Entretiens avec les usagers

Sur les 221 usagers interrogés, 3% reçoivent des services de vaccination via le secteur privé tandis que les autres reçoivent des services dans les centres de santé de l'État. Pour 98% des personnes interrogées, les vaccins sont bénéfiques et très importants pour la santé et la protection des enfants. Il est clair que les usagers connaissent l'importance des vaccins.

Figure 2. Évaluation du PEV au Belize
Volets techniques et logistiques



Plus de 96% des usagers se sont déclarés satisfaits des soins et de l'attention reçus. Généralement, ils estimaient que les temps d'attente n'étaient pas longs. Contrairement à ce qui est ressorti d'autres aspects du PEV, les usagers des communautés rurales étaient plus satisfaits des soins administrés. Les usagers des districts ayant le plus de communautés rurales se déclaraient les plus satisfaits par les soins.

Conclusions

Les progrès accomplis au Belize lors des dernières années ont été considérables. La couverture pour l'ensemble des antigènes administrés a dépassé 80% au cours des dix dernières années. Le vaccin contre l'hépatite B a été intégré au programme en 1999, celui contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib), sous forme combinée DTC/Hib en 2001, puis sous forme pentavalente DTC/HepB/Hib en 2002.

Certaines lacunes existent dans le suivi du programme, la

gestion des vaccins, la chaîne du froid et la supervision. De grosses carences se font jour dans la surveillance épidémiologique. Il est possible d'y remédier grâce à des interventions ciblées. Il convient de noter que les lacunes étaient plus importantes dans les établissements ruraux et dans les districts de la région sud.

Les coûts du renforcement du PEV sur cinq ans ont été estimés par les responsables de l'évaluation à 2,1 millions de dollars. Le Ministre de la Santé s'est engagé à fournir le financement requis pour la réalisation de cet objectif. En outre, le gouvernement du Belize s'est engagé à préserver les gains actuels du programme et maintiendra l'utilisation du vaccin pentavalent (DTC/HepB/Hib).

Les conclusions et recommandations de l'évaluation du PEV devraient permettre d'apporter des améliorations concrètes et durables au programme de vaccination du Belize.

Tableau 1. Évaluation du PEV au Belize
Principales observations et recommandations par volet

Volets	Observations	Recommandations
Organisation, coordination et programmation	Aucun plan de travail annuel ou trimestriel n'est élaboré dans la plupart des districts ou des centres de santé.	Élaborer un plan de travail annuel avec un calendrier trimestriel pour chaque district sanitaire.
	Le plan d'activités SMI/PEV n'est pas toujours connu sur le terrain.	Les responsables des bureaux régionaux et des districts doivent mieux informer le personnel du plan d'activités SMI/PEV.
		Organiser une formation pour le suivi de la couverture vaccinale.
Produits biologiques, chaîne du froid et logistique	Il n'existe pas de plan d'urgence en cas de panne d'électricité dans la chaîne du froid.	Élaborer dans les meilleurs délais un projet de plan d'urgence en cas de panne d'électricité dans la chaîne du froid.
	La chaîne du froid ne dispose pas de stocks ni de plan de remplacement et de maintenance préventive.	Constituer des stocks et préparer un plan d'activités couvrant le remplacement et la maintenance préventive.
	Bon nombre de centres de santé n'ont pas de registre de saisie des données sur les vaccins.	Élaborer un système informatisé pour les vaccins et la logistique et le tenir à jour.
	Bon nombre de centres de santé n'ont pas de politiques écrites pour l'élimination des déchets biologiques dangereux.	Définir et mettre en œuvre des politiques et normes pour une élimination adéquate des déchets biologiques dangereux.
Formation et supervision	Il n'y a pas eu de formation globale sur le PEV et/ou la surveillance au cours des 5 dernières années.	Élaborer des plans de formation pour mener des séminaires sur le PEV et les concepts et procédures de surveillance pour tous les niveaux.
	Les lignes directrices sont insuffisantes et il n'existe pas d'outil normalisé pour les visites de supervision.	Rédiger un dossier d'orientation sur le PEV destiné aux agents de santé.
		Élaborer un outil normalisé pour la supervision.
Système de surveillance	Le personnel a une connaissance minimale des concepts de surveillance et de définition de cas.	Élaborer et mettre en œuvre des documents pour accroître les connaissances qu'ont tous les agents de santé des produits et concepts de surveillance.
		Avoir recours à une supervision de soutien pour renseigner les agents de santé sur les normes de surveillance.
	40 % des centres de santé n'avaient pas de registres pour consigner les réactions indésirables aux vaccins ou de médicaments adaptés pour gérer l'anaphylaxie.	Former le personnel de santé au suivi des réactions indésirables et s'assurer que tous les centres de santé ont les médicaments requis pour gérer l'anaphylaxie.
Système d'information	Le système d'information de la santé n'est pas informatisé de façon adéquate.	Le Ministère de la Santé doit définir les impératifs du système d'information de la santé et élaborer un budget pour améliorer et accroître le matériel informatique nécessaire pour tous les niveaux.
	Il n'y a pas de manuel pour l'information sur la santé.	Rédiger un manuel sur le système d'information.
	Le registre de vaccination n'est pas normalisé et est rédigé manuellement.	Élaborer et diffuser des registres imprimés et normalisés.

Fièvre jaune sylvatique: situation actuelle des flambées épidémiques dans la région des Amériques

Du 1er janvier au 22 septembre 2003, un total de 198 cas confirmés de fièvre jaune sylvatique ayant entraîné 91 décès ont été déclarés à l'Organisation panaméricaine de la Santé (tableau 1). Ce nombre correspond presque au double du nombre de cas déclarés par an au cours de chacune des deux années précédentes (figure 1).

Parmi les 198 cas confirmés, 171 (86%) ont été identifiés lors de deux grandes flambées épidémiques, l'une au Brésil et l'autre à la frontière entre la Colombie et le Venezuela. Le Ministère de la Santé du Brésil a rapporté la première épidémie au cours de la période de janvier à avril 2003, dans l'État de Minas Gerais situé au sud-ouest du pays. Au cours de cette épidémie, il y a eu 62 cas dont 23 décès. L'épidémie a été contrôlée à la suite d'une campagne de vaccination systématique de l'ensemble des résidents dans les comtés touchés et avoisinants.

Table 1. Cas de fièvre jaune sylvatique et décès rapportés par pays dans la région des Amériques jusqu'au 22 septembre 2003

Pays	Cas	Décès
Bolivia	6	4
Brésil	62	23
Colombia	89*	40
Pérou	21	12
Venezuela	20	12
Total	198	91

* 9 cas ont été rapportés au Venezuela

La deuxième épidémie, à la frontière entre la Colombie et le Venezuela, est encore active. Elle a débuté en janvier 2003 avec 3 cas au Venezuela et 5 cas en Colombie. Une fois ces 8 premiers cas détectés, les activités de vaccination ont été intensifiées dans les zones touchées. Après 18 semaines sans aucun cas détecté, il y a eu une résurgence de cas déclarés de fièvre jaune sylvatique à partir de la semaine épidémiologique 23 de 2003. À ce jour, la Colombie a déclaré 89 cas et 40 décès dans les Départements de Norte de Santander et Cesar dans la région nord-est du pays. Le Venezuela a déclaré 20 cas et 12 décès répartis entre les États de Zulia et de Tachira. En Colombie, cette épidémie est attribuée à une migration intense des personnes employées dans la récolte de cultures illégales dans la zone touchée.

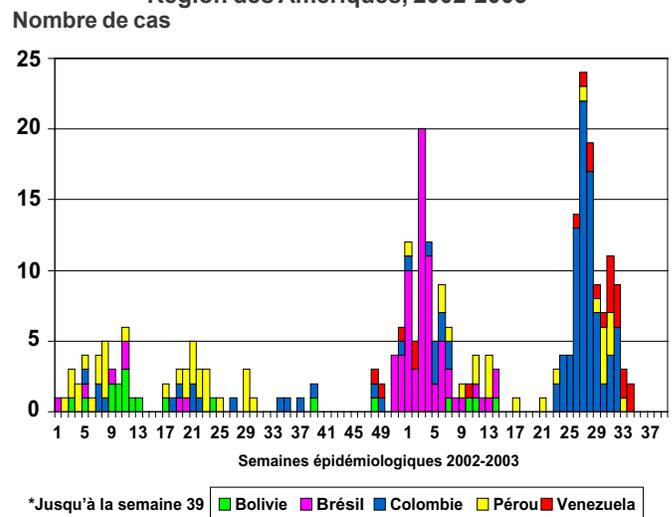
Les zones urbaines à proximité de l'épidémie sont infestées par le vecteur de la fièvre jaune urbaine *Aedes aegypti*, ce qui met en exergue le risque de réurbanisation de la maladie aux Amériques. Une recherche active de cas de fièvre et de jaunisse avec ou sans purpura hémorragique est menée dans toutes les zones touchées. Ces recherches actives ont pour objectif de détecter rapidement la circulation de fièvre jaune sylvatique afin que des mesures de contrôle de l'épidémie puissent être mises en œuvre dans les meilleurs délais. Les deux pays sont en train de mener des activités de vaccination intensive et systématique. Cette campagne a pour objectif d'immuniser la totalité des résidents dans les départements de Norte de Santander et Cesar en Colombie, ainsi que ceux des

États de Zulia et Tachira au Venezuela. Les autorités de santé publique des deux pays ont intensifié les activités conjointes à la frontière en vue de contrôler l'épidémie et de surmonter les difficultés liées à la vaccination dans des zones accueillant des populations déplacées et où se déroulent des conflits armés.

En outre, le Pérou a déclaré 21 cas de fièvre jaune sylvatique ayant entraîné 12 décès en 2003. Tous ces cas se sont produits dans des départements avec une enzootie de fièvre jaune sylvatique (6 cas à Cuzco, 2 cas à Madre de Dios, 1 cas à Puno et 12 cas à San Martin). Sur les 12 cas de San Martin, 11 cas ayant entraîné 5 décès se sont produits au cours des semaines épidémiologiques 27 à 33. Les 10 autres cas du Pérou se sont déclarés sporadiquement.

Figure 1. Nombre de cas de fièvre jaune sylvatique par semaine

Région des Amériques, 2002-2003*



*Jusqu'à la semaine 39

Recommandations

1. Les pays où sévit la fièvre jaune endémique doivent parvenir à une couverture de vaccination de 100% dans les zones d'enzootie de fièvre jaune. La vaccination contre la fièvre jaune est nécessaire pour tous les visiteurs entrant dans les zones d'enzootie.
2. La surveillance de la fièvre jaune doit être renforcée. Une surveillance de la fièvre jaune mise en place en temps opportun permettra la mise en œuvre rapide des activités de contrôle lorsque des épidémies sont détectées.
3. Les pays devraient préparer des lignes directrices pour des actions d'urgence qui seraient appliquées en cas de poussée épidémique de la fièvre jaune.
4. Une bonne planification des stocks de vaccins pour la vaccination de routine et le contrôle des épidémies est essentielle. Les vaccins devraient être disponibles en permanence pour faire face aux situations d'urgence.
5. La mise en œuvre d'un programme global de contrôle des vecteurs et de surveillance permettra de maintenir la densité de l'*Aedes aegypti* à un faible niveau en milieu urbain. Cette stratégie contribuera aussi à éviter des épidémies de dengue.

Taux de couverture: DTC-3, VPO-3, Rougeole, BCG Région des Amériques, 2002

Pays	DTC		VPO		Rougeole		BCG	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Anguilla	99	99	99	91	92	99	99	99
Antigua-et-Barbuda	97	98	99	93	96	99	N/A	N/A
Argentine	84	93	85	94	90	95	99	99
Bahamas	98	94	98	93	92	94	N/A	N/A
Barbade	90	87	93	86	93	91	N/A	N/A
Belize	96	89	96	93	93	89	98	97
Bermudes	64	71	34	71	...	75	64	N/A
Bolivie	90	93	90	93	99	99	95	99
Brésil	95	96	99	97	99	95	99	99
Iles vierges britanniques	99	98	99	99	99	99	99	80
Canada*	...	93	...	93	...	95	N/A	N/A
Iles Caïman	92	93	92	93	87	91	93	92
Chili	99	99	99	99	99	99	99	94
Colombie	80	80	83	82	90	93	87	87
Costa Rica	91	94	92	94	85	94	87	92
Cuba	99	99	99	99	99	93	96	99
Dominique	99	98	99	98	99	99	99	99
République dominicaine	72	73	87	76	98	89	96	96
Équateur	90	87	92	88	99	82	99	99
El Salvador	92	81	94	81	82	93	92	92
Grenade	96	98	96	98	99	96	N/A	N/A
Guatemala	93	95	93	95	91	92	94	96
Guyana	85	91	90	93	93	93	95	91
Haïti	49	39	53	41	53	34	49	45
Honduras	95	95	99	95	98	97	93	94
Jamaïque	89	86	91	86	85	86	96	90
Mexique	89	91	90	92	95	96	99	92
Montserrat	98	92	98	94	89	99	90	99
Nicaragua	92	85	92	85	99	98	98	93
Panama	99	89	95	85	88	88	99	92
Paraguay	89	87	90	87	90	87	86	84
Pérou	90	95	90	95	99	95	87	92
St-Kitts-et-Nevis	99	97	99	97	94	99	95	99
Ste-Lucie	95	88	96	90	89	98	99	95
St-Vincent-et-les Grenadines	99	99	99	99	98	99	99	91
Suriname	68	73	65	73	82	73	N/A	N/A
Trinité-et-Tobago	91	96	91	96	91	87	N/A	N/A
Iles turques et caïques	99	93	97	93	99	86	98	92
Uruguay	90	95	90	95	94	95	99	99
États-Unis d'Amérique	94	...	89	...	91	...	N/A	N/A
Venezuela	63	63	79	77	98	78	85	90

* Le Canada utilise le vaccin Pentacel (DTaC-VPI-Hib)

N/A Données non applicables

... Données non disponibles

Données révisées le 16 septembre 2003

À la mémoire de Frederick C. Robbins, Docteur en médecine Prix Nobel en 1954

Frederick C. Robbins, docteur en médecine, âgé de 86 ans, associé à la faculté de médecine de la Case Western Reserve University pendant plus de 50 ans, nous a quitté le 4 août à Cleveland (Ohio). Il était Doyen émérite de la faculté de médecine et Professeur universitaire émérite. Le docteur Robbins a partagé le Prix Nobel de physiologie ou de médecine en 1954 avec John F. Enders et Thomas H. Weller pour la découverte d'une méthode de culture du virus de la polio en laboratoire. Le virus devait auparavant être étudié sur des singes, ce qui était onéreux et d'usage difficile. Leur découverte a permis le développement de vaccins efficaces contre la poliomyélite et a aussi ouvert la voie au développement fructueux de vaccins contre la rougeole et la rubéole, autres maladies mortelles chez les enfants.

Le docteur Robbins était né à Auburn (Alabama) le 25 août 1916. Il était diplômé de l'Université du Missouri où il a reçu son A.B. en 1936 et son B.S. en 1938. Il a ensuite obtenu son diplôme médical à la faculté de médecine de Harvard en 1940. Sa résidence en bactériologie au Centre médical du Children's Hospital à Boston a été interrompue par la deuxième guerre mondiale. Il a reçu l'Étoile de bronze pour service distingué et a été rendu à la vie civile en 1946. Peu de temps après, il a terminé sa résidence.

Le docteur Robbins a occupé plusieurs postes à la faculté de médecine de Harvard et dans plusieurs hôpitaux de Boston avant de rejoindre le corps professoral de la Case Western Reserve University à Cleveland en 1952 et de devenir Directeur du Département de pédiatrie et des maladies contagieuses. En 1966, il est devenu le Doyen de la faculté de médecine, poste

qu'il a occupé jusqu'en 1980, lorsque les titres de Doyen émérite et de Professeur d'université émérite lui ont été décernés.

De 1980 à 1985, le docteur Robbins a occupé la présidence de l'Institut de médecine de la National Academy of Sciences de Washington, D.C., une organisation privée chargée de promouvoir et de diffuser les connaissances scientifiques en vue d'améliorer la santé humaine et de conseiller le gouvernement fédéral. De 1981 à 1985, il a porté le titre de Professeur distingué du Département de pédiatrie de l'Université de Georgetown à Washington, D.C.

Le docteur Robbins s'est vu décerner de nombreux grades honoris causa et distinctions de la part de plusieurs institutions et organisations. Les honneurs relatifs à la Case Western Reserve University comprennent la distinction du Conseil d'administration de la Special Medical Alumni Association en 1993, un doctorat de sciences honoraire en 1992, ainsi que le premier prix Frank and Dorothy Humel Hovorka, en 1994, décerné pour récompenser une réussite exceptionnelle dans le domaine de l'enseignement, de la recherche et du service.

Le docteur Robbins a occupé le poste de Président de la Commission internationale de l'OPS pour l'homologation de l'éradication de la poliomyélite aux Amériques. Grâce à son dévouement et à sa direction avisée, il a été possible de réaliser l'objectif de l'éradication de la polio puis d'obtenir l'homologation des Amériques. L'OPS, tout comme le reste du monde de la santé publique, vient de perdre un grand ami et un grand défenseur.



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

ISSN 0251-4729.

Éditeur: Jon Andrus
Éditeur-adjoint: Béatrice Carpano et Kathryn Kohler

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