

Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXV, Numéro 6

Protégez vos enfants par la vaccination

Décembre 2003

Réunion des responsables du PEV des Caraïbes (17 au 20 novembre 2003)

La 20^e réunion des responsables du PEV des Caraïbes s'est tenue à Curaçao (Antilles néerlandaises) du 17 au 20 novembre 2003. Cette réunion a rassemblé plus de 60 responsables de la santé de 25 pays anglophones des Caraïbes, du Suriname, des Antilles néerlandaises, d'Aruba, des départements français d'outre-mer de Guadeloupe, Martinique et Guyane française, des États-Unis et îles Vierges américaines, du Canada et du Royaume-Uni. Plusieurs représentants des Antilles néerlandaises y ont assisté, de même que des membres du personnel et des consultants de l'Unité d'immunisation de l'OPS, ainsi que des membres du Centre épidémiologique des Caraïbes (CAREC) et du bureau de la Coordination du programme des Caraïbes (CPC).

Succès dans la sous région

Le contrôle des maladies évitables par la vaccination demeure exemplaire dans les pays de la sous région et il convient de féliciter ces derniers pour les efforts déployés. Il n'y a eu aucun cas de rougeole confirmé jusqu'à la semaine 43 de 2003, en dépit d'une surveillance attentive, et aucun cas de rubéole confirmé pour 2002 et 2003 à ce jour (figure 1). Le dernier cas de SRC est survenu en 1999 au Suriname.

Plus de 90% des pays de la sous région appliquent une stratégie de deux doses de vaccin ROR. Ces pays doivent mesurer la couverture de chaque dose et calculer le nombre d'enfants ayant reçu deux doses, une dose, ou aucune dose de vaccin. La couverture pour la seconde dose du vaccin ROR doit être de 95% ou plus afin d'éviter l'accumulation de personnes susceptibles.

S'il existe un nombre significatif d'enfants susceptibles n'ayant pas été protégés par la seconde dose, il faut alors lancer une campagne de rattrapage. Tant pour la rougeole que pour la rubéole, l'importation constitue encore le plus gros facteur de risque de réémergence.

Dix-sept des 21 pays ont procédé à des inventaires de laboratoire et remis des rapports et seul un laboratoire (CAREC) détient des matières potentiellement infectieuses pour les poliovirus sauvages.

Les taux de paralysie flasque aiguë sont demeurés constants et certains indicateurs, comme ceux concernant la rapidité et l'exhaustivité des prélèvements, ont enregistré des améliorations qui devront être préservées.

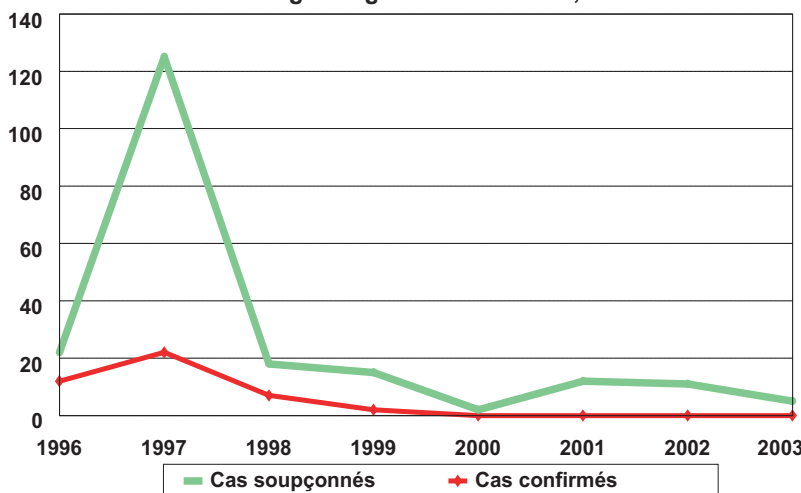
Défis

La surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole doit être renforcée, en particulier pour les femmes ayant contracté la rubéole lors de leur grossesse. La proportion de prélèvements cliniques reçus dans un délai de 5 jours demeure très faible et doit être améliorée (figure 2). Si

le premier spécimen est prélevé au cours des trois premiers jours de l'apparition de l'éruption cutanée chez la femme enceinte, ou est prélevé dans des cas combinés de fièvre/éruption cutanée, et est IgM négatif, un second spécimen doit être prélevé.

Chaque spécimen envoyé pour des tests IgM pour la rougeole et la rubéole doit avoir un numéro d'identification de cas épidémiologique. L'évaluation montre que certains pays ne disposent pas de financement ni de mécanisme pour le transport des prélèvements à l'intérieur du pays. Tout est mis en œuvre en vue

Figure 1. Cas soupçonnés et confirmés de SRC notifiés
Caraïbes de langue anglaise et Suriname, 1996-2003*



Source: rapports des Ministères de la Santé à CAREC-PEV

*Semaine 43

Dans ce numéro:

Réunion des responsables du PEV des Caraïbes (17 au 20 novembre 2003)	1
Évaluation des données de couverture vaccinale en Bolivie: une garantie d'équité et de justice sociale	2

Synthèse de l'évaluation du PEV du Nicaragua, novembre 2003	5
Le Paraguay adopte une loi sur les vaccins	6
Résumé annuel des indicateurs de polio et de rougeole - 2003	7
Loi du Paraguay sur les vaccins	8

Objectifs de la réunion

Outre les évaluations des programmes du PEV et l'élaboration de plans de travail annuels pour 2004 par pays, les principaux objectifs de la réunion étaient les suivants:

- Analyse de la situation concernant l'éradication de la rougeole, en particulier les activités de campagne de suivi et le système de surveillance intégrée de la fièvre/éruption;
- Évaluation de la situation concernant l'élimination de la rubéole/SRC dans les pays;
- Définition des cibles et objectifs de chaque pays en termes de couverture vaccinale et de réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies couvertes par le PEV pour 2004;
- Maintien de l'éradication du poliovirus sauvage dans chaque pays;
- Analyse de la situation du PEV dans chaque pays;
- Examen de l'avancement/amélioration de la surveillance des effets indésirables, de l'hépatite B et des infections à *Haemophilus influenzae* de type b;
- Élaboration de plans d'action par pays assortis de budgets spécifiques pour chaque activité afin d'atteindre les cibles et objectifs fixés pour 2004;
- Examen des avancées en matière de mise en œuvre du système de surveillance des infections bactériennes invasives (IBIS) dans certains pays; et
- Actualisation des informations sur des questions scientifiques spécifiques d'intérêt commun, notamment la vaccination, la fourniture des services et la surveillance de la rougeole/rubéole et d'autres maladies du PEV.

d'encourager les pays à envoyer les prélèvements au laboratoire du CAREC dans les meilleurs délais et à mettre en place des dispositifs à l'intérieur du pays pour le transport des prélèvements. Le typage moléculaire des isolats de virus de la rubéole permettra de mieux comprendre la source des flambées de rubéole, des cas de SRC et des variations des souches de rubéole. À ce jour, peu de spécimens virologiques sont soumis à un typage moléculaire. Les pays qui se lancent dans une campagne d'éradication de la rubéole doivent documenter les souches afin de déterminer si les cas sont indigènes ou importés.

Pour garantir sa durabilité, le système IBIS mis en œuvre dans cinq pays –Barbade, Guyana, Jamaïque, Saint-Vincent et Trinité-et-Tobago– requiert un soutien technique supplémentaire.

Les programmes de vaccination des Caraïbes sont confrontés à des défis importants en termes de réalisation et de maintien d'une couverture vaccinale élevée alors que le secteur de la santé traverse un climat de réforme et de difficultés économiques. Dans les

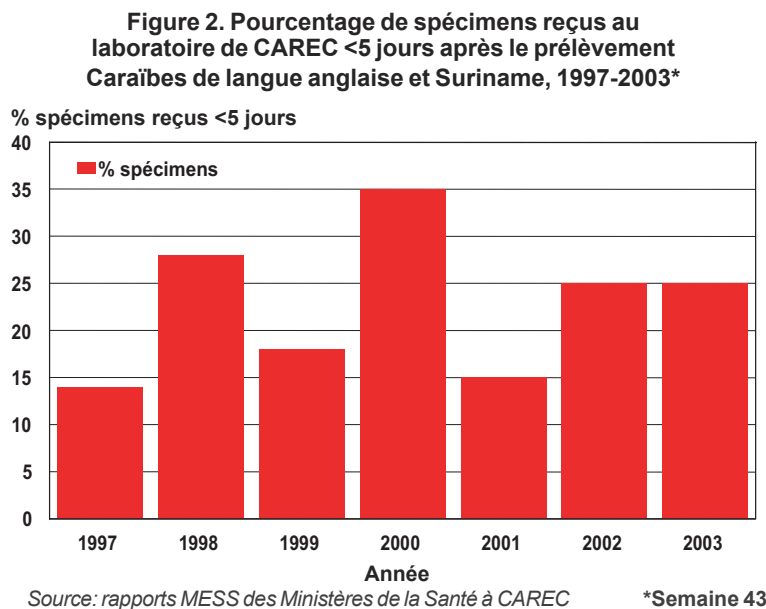
pays les plus grands, la couverture vaccinale globale doit être étendue. Des poches de faible couverture vaccinale existent en outre dans certains pays. Qui plus est, les autorités doivent s'assurer que les factures de fourniture de vaccins soient réglées dans les

délais appropriés (à savoir dans les 60 jours). Le non-paiement des fournitures met en danger le maintien de la vaccination systématique et risque d'entraîner des pénuries à grande échelle plutôt que localisées.

Conclusions

La mise en œuvre des plans d'action du PEV dans chaque pays doit continuer à être gérée et supervisée de manière appropriée car elle constitue la pierre angulaire des programmes des Caraïbes. Il convient de féliciter les responsables du PEV participant à la réunion pour les efforts qu'ils déploient sans relâche en vue d'atteindre

tous les enfants et de les protéger contre les maladies évitables par la vaccination. En parallèle, les autorités doivent continuer à faire figurer la vaccination en bonne place sur leur liste de priorités.



Évaluation des données de couverture vaccinale en Bolivie: une garantie d'équité et de justice sociale

Contexte

La Bolivie, pays situé au centre de l'Amérique du Sud, est divisée administrativement en neuf départements; chaque département comprend plusieurs provinces, elles-mêmes divisées en municipalités. Selon le dernier recensement, effectué en 2002, la Bolivie compte 8 274 325 habitants et enregistre des taux élevés persistants de morbidité et de mortalité néonatale tant en zone rurale qu'urbaine sur l'ensemble du pays et dispose d'un réseau de systèmes de santé peu solide.

Au cours des dernières années, les taux de couverture vaccinale ont augmenté de façon durable en Bolivie et ont atteint plus de 80% au niveau national. En conséquence, le Programme élargi de vaccination (PEV) de Bolivie a étendu l'analyse des données de couverture vaccinale. Afin de déterminer avec certitude si les taux de couverture dans le pays sont suffisamment élevés pour assurer une couverture universelle, une analyse a été effectuée au moyen d'une méthodologie à étapes successives. Cette méthodologie contribue à promouvoir l'équité et la justice sociale

en incluant les populations des municipalités les plus pauvres et les plus reculées.

Méthodologie

Les données vaccinales (nombre de doses et couverture) utilisées dans cette analyse proviennent essentiellement du système national d'information sur la santé (Sistema Nacional de Información en Salud-SNIS), qui est la source officielle d'informations sur la santé en Bolivie. Les dénominateurs démographiques officiels produits par l'Institut national de statistique (INE) ont également été utilisés, de même que les données générées par le PEV de Bolivie concernant la supervision, le suivi rapide de couverture et la recherche active aux niveaux institutionnel et communautaire.

Cette analyse a compris quatre étapes:

- Analyse des dénominateurs démographiques.
- Analyse de la couverture vaccinale.
- Cohérence des données (analyse): examen du nombre total de doses administrées, étude des municipalités en fonction du nombre d'habitants, couverture vaccinale dans les services de santé et taux d'abandon.
- Examen des résultats des principaux outils disponibles pour le soutien à la gestion du PEV.

Résultats

1. Analyse des dénominateurs démographiques:

Dans la mesure où les chiffres officiels de population utilisés pour estimer la couverture vaccinale ne sont pas liés au taux de croissance démographique, ni à la structure par âge de la population, les dénominateurs démographiques ne sont pas cohérents (table 1). Jusqu'en 2002, ces données démographiques étaient des projections officielles fondées sur le recensement national de 1992. Cependant, le recensement de 2002 a montré que ces projections ne correspondaient pas à la réalité. Lors des cinq années précédant le recensement de 2002, les chiffres de population étaient surestimés. Les données du recensement de 2002 sont officiellement fiables au niveau national mais il se peut qu'elles ne soient pas fiables au niveau municipal, où il semble que les données démographiques soient très souvent surestimées. Des ajustements apportés pour 2004 ont eu pour effet d'accroître les distorsions de ce dénominateur et la situation se répète au niveau municipal.

Table 1. Population <1 an et d'un an Bolivie, 1998-2004

Année	Population <1 an	Population 1 an
1998	247 883	240 135
1999	249 619	242 369
2000	251 349	244 605
2001	249 898	243 133
2002	211 361	218 884
2003	217 232	224 965
2004	255 655	250 951

Source: INE

2. Analyse des taux de couverture vaccinale:

Pour la période 2001-2002, les taux de couverture départementale avec le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) dépassaient 100% pour les enfants de 12 à 23 mois dans huit des neuf départements du pays (table 2), ce qui met en exergue l'inexactitude des estimations démographiques dans les dénominateurs. Toutefois, plus d'un tiers des municipalités

du pays n'atteignaient pas une couverture adéquate (table 3). Cet écart s'explique par le fait que les municipalités ayant une couverture de plus de 100% représentent 73% du nombre total de municipalités. Par ailleurs, 36% des municipalités ayant une couverture <95% comptent juste 20% des enfants de 12 à 23 mois du pays.

Table 2. Couverture avec le vaccin ROR Bolivie, 2002

Département	Doses administrées	Couverture (%)
La Paz	59 008	106,3
Cochabamba	48 933	124,9
Santa Cruz	57 798	101,2
Oruro	10 684	116,7
Potosí	21 579	109,9
Tarija	9 804	97,0
Chuquisaca	16 969	109,8
Beni	11 669	106,5
Pando	1 979	114,5
Total	238 423	108,9

Table 3. Nombre de municipalités par couverture avec le vaccin ROR. Bolivie, 2002

Couverture (%)	Nb. de municipalités (%)
<60	11 (3,5%)
60 – 79	34 (10,8%)
80 – 94	70 (22,2%)
≥95	200 (63,5%)
Total	315

La couverture nationale pour le vaccin pentavalent en 2002 était de 93%, avec des taux par département de 81% à 117%. Au niveau national, 5% des enfants vivent dans des municipalités ayant un taux de couverture avec le pentavalent <80%. Dans certains départements, le pourcentage d'enfants vivant dans des municipalités où la couverture avec le pentavalent est <80% est plus élevé. C'est le cas de Beni (25%) et Pando (53%).

3. Analyse de la cohérence des données:

Une municipalité est jugée à risque si elle a une couverture <80% avec 3 doses de vaccin pentavalent et une couverture <95% avec le vaccin ROR. Il est important de noter que 49% de la population totale du pays sont concentrés dans seulement 10 municipalités et, en 2002, aucune de ces municipalités n'était considérée comme présentant des risques élevés. La répartition des municipalités en fonction de la taille démographique a montré que 170 (54%) des 315 municipalités du pays comptaient moins de 10 000 habitants et que, parmi ces municipalités, 44 (75%) étaient à risque. Cette conclusion explique la coexistence de taux élevés de couverture nationale et la présence de municipalités à risque. Il convient de souligner que bien que 112 municipalités soient encore à risque, le taux de couverture nationale pourrait atteindre 95% puisque la couverture pourrait théoriquement atteindre 100% dans les autres municipalités. Cela est préoccupant car les enfants vivant dans les municipalités à risque ont les mêmes droits que ceux vivant dans les grandes municipalités ayant accès au réseau de services de santé; ainsi il ne devrait pas y avoir de différence significative en termes de niveaux de couverture dans ces municipalités à risque si le PEV engendre effectivement l'équité dans la prestation des services de vaccination.

Le nombre de doses de pentavalent et de ROR administrées a progressivement augmenté au cours de la période 1998-

2001 pour fléchir ensuite légèrement en 2002 (table 4). Cela corrobore les lacunes du dénominateur mais reflète aussi les activités soutenues de vaccination menées en Bolivie. S'il est vrai que la couverture vaccinale a baissé, le nombre de doses administrées a par contre augmenté. Les taux de couverture pour les vaccins administrés dans les établissements de santé sont demeurés stables depuis 1998, de 51% en 1999 à 60% en 2002. Les taux d'abandon sont tombés de 13% à 7% au cours de la période 1998-2001. Actuellement, tous les départements ont des taux d'abandon <10%, à l'exception de Santa Cruz (11,6%).

Table 4. Couverture avec les vaccins ROR et Pentavalent et doses administrées. Bolivie, 1998-2002

Année	Pentavalent		ROR	
	Doses	Couverture	Doses	Couverture
1998	190 568	76,9	240 068	139,0
1999	217 104	87,0	242 305	142,8
2000	223 723	89,0	244 580	123,7
2001	231 572	92,1	244 589	108,8
2002	220 049	104,1	218 884	108,9

4. Examen des résultats des instruments de gestion du PEV:

Les principaux instruments à l'appui de la gestion du PEV comprennent le suivi rapide de la couverture (SRC), les visites de supervision et la recherche active tant au niveau institutionnel que communautaire. De janvier à septembre 2003, le SRC a été mené dans 180 (57%) municipalités. Le SRC a été mené dans 79% des municipalités à risque élevé du pays. Cette pratique permet d'opérer des ajustements et de mettre en œuvre des activités de vaccination lorsque les résultats ne sont pas conformes aux attentes. Toutefois, le SRC ne constitue pas une enquête sur la couverture vaccinale et ses résultats ne peuvent donc pas être généralisés au reste de la région ou de la localité. Il fournit néanmoins des informations très utiles pour évaluer la qualité des activités de vaccination menées sur une zone restreinte.

Il existe un outil adéquat de supervision et un exemplaire de cet outil était disponible dans tous les établissements. En 2003, des activités de supervision ont été menées dans 64% des municipalités (à savoir 29% des établissements du pays). Des visites de supervision ont été effectuées dans 80% des municipalités à risque élevé.

Une méthodologie pour le contrôle de la qualité de l'information a été élaborée en Bolivie. À la suite d'un examen approfondi des principaux registres (livres de registres), des indicateurs tels que la bonne concordance, le pourcentage de différence relative et le pourcentage de différence absolue sont examinés afin d'évaluer la qualité des données et informations sur la vaccination envoyées au niveau supérieur. Cette

méthodologie est utilisée par le personnel infirmier du PEV parallèlement aux activités de supervision habituelles.

Conclusions

Les taux de couverture vaccinale en Bolivie sont dans l'ensemble élevés et ont augmenté ces dernières années. Tous les départements ont une couverture vaccinale <80%. Ces données doivent toutefois être interprétées en tenant compte de la probabilité de surestimation de la taille de la population, en particulier au niveau des municipalités. Dans la quasi totalité des départements, les taux de couverture aux niveaux national et municipal sont cohérents. De même, les taux de couverture et la baisse des taux d'abandon sont cohérents dans 8 des 9 départements. Bien que les taux de couverture soient élevés au niveau national, il existe encore 112 municipalités à risque qui comptent 18% des enfants âgés d'un an du pays et des efforts spécifiques doivent être déployés pour que les services de vaccination atteignent ces zones. Le nombre de doses de vaccin administrées dans les établissements de santé augmente régulièrement, ce qui témoigne des activités de vaccination soutenues menées en Bolivie au cours de ces dernières années.

Recommandations

Afin d'améliorer et de garantir la cohérence des informations relatives à la couverture vaccinale, les activités générales de contrôle suivantes sont recommandées:

- Maintenir le suivi rapide de la couverture, en particulier dans les zones à risque élevé.
- Maintenir une supervision générale, en mettant l'accent sur les zones les plus problématiques.
- Appliquer un contrôle simultané de la qualité des informations avec les instruments existants.
- Planifier des interventions dans les municipalités à risque après examen des résultats obtenus en appliquant la méthodologie décrite dans cet article. L'analyse des informations n'est pas une fin en soi mais un moyen d'aboutir à un processus décisionnel approprié en termes de santé publique.

Les recommandations plus spécifiques suivantes sont actuellement prises en compte à la suite de cette analyse:

- Mener une analyse mensuelle des données du PEV avec tous les indicateurs de couverture (voir encadré).
- Fournir un graphique actualisé du suivi des vaccins à tous les établissements de vaccination du pays.
- Former des équipes de la gestion du réseau afin qu'elles puissent effectuer toutes les tâches de supervision.
- Élaborer, au niveau du PEV départemental, un plan de suivi

Formules pour le calcul des indicateurs de couverture du PEV

Taux d'abandon	$[(1^{\text{ère}} \text{ dose PENTA} - 3^{\text{e}} \text{ dose PENTA}) / 1^{\text{ère}} \text{ dose PENTA}] * 100$
Indicateur d'accessibilité	$(1^{\text{ère}} \text{ dose PENTA} / \text{population} < 1 \text{ an})$
Indicateur d'intégralité	$[(VPO3 - PENTA3) / VPO3] * 100$
Indicateurs de couverture	$(VPO3 \text{ population} < 1 \text{ an} * 100 / \text{population} < 1 \text{ an})$ $(PENTA3 \text{ population} < 1 \text{ an} * 100 / \text{population} < 1 \text{ an})$ $(BCG \text{ population} < 1 \text{ an} * 100 / \text{population} < 1 \text{ an})$ $(ROR \text{ population d'un an} * 100 / \text{population d'un an})$

pour la gestion de réseau portant sur l'application de toutes les méthodologies de contrôle du PEV.

- Intensifier les activités avec tous les antigènes dans les municipalités ayant une couverture insuffisante.
- Faire participer des représentants des réseaux sociaux aux réunions portant sur l'analyse des informations.
- Mener un contrôle de couverture dans les zones à risque ou celles où il existe des doutes quant à la qualité de l'indicateur de couverture.

- Mettre en œuvre des « études de cas » dans les municipalités ayant des problèmes de dénominateur démographique pour identifier les flux migratoires et vacciner les enfants d'autres municipalités, par exemple les jours de marché.

En appliquant systématiquement les stratégies examinées ci-dessus, il est possible d'aboutir à une vaccination universelle en Bolivie, en mettant l'accent sur les zones à risque, tout en parvenant à l'équité et à la justice sociale pour tous les enfants du pays.

Synthèse de l'évaluation du PEV du Nicaragua, novembre 2003

Introduction

L'évaluation internationale du Programme national de vaccination (PNV) du Nicaragua a été menée entre les 17 et 29 novembre 2003. Sept experts internationaux et 12 spécialistes du Ministère de la Santé y ont participé. Cette évaluation avait pour objectif de faire le point sur la situation actuelle du programme, essentiellement en termes d'efficacité du programme dans le cadre de sa mission de protection de la communauté. Cette évaluation a permis d'identifier les forces et faiblesses du programme, en particulier les facteurs faisant obstacle à la réalisation de ses objectifs. L'évaluation comprenait aussi un volet sur l'évaluation du niveau de satisfaction des usagers du programme.

Contexte

Le Nicaragua est divisé en trois régions: pacifique, atlantique et centre. En 2000, la population était estimée à 5 710 670 habitants et 58,2% de la population totale vivait dans la région pacifique où la densité de population est la plus forte. Les enfants de 0-4 ans représentent 16% de la population totale. Selon les estimations, 40% des migrants internes vivent à Managua. Les femmes de 15-29 ans constituent le groupe prédominant de migration des zones rurales vers les zones urbaines. L'émigration et la migration interne sont des phénomènes démographiques ayant un impact économique prononcé dans le pays. On estime que de 20 à 25% de tous les nicaraguayens vivent hors du pays, essentiellement aux États-Unis et au Costa Rica.

Le PNV du Nicaragua a été mis en place en 1980. Les niveaux nationaux de couverture ont rapidement atteint environ 90% pour tous les antigènes au cours des cinq dernières années. Le PNV est parvenu à éradiquer la polio, à éliminer la rougeole et à éliminer le tétanos néonatal en tant que problème de santé publique. Le Nicaragua a été l'un des premiers pays à introduire de nouveaux vaccins, tels les vaccins ROR et pentavalent, et le pays dispose

de l'une des chaînes du froid les plus modernes du continent. Des efforts importants ont été déployés en vue d'assurer la pérennité du PNV, qui bénéficie actuellement du soutien de la coopération internationale. Des études récentes indiquent que le pays n'a pas encore atteint l'objectif de $\geq 95\%$ de couverture dans toutes les municipalités et, de ce fait, le PNV a redoublé d'efforts au niveau

opérationnel. L'un des buts immédiats consiste à décentraliser les objectifs programmatiques vers la population aux niveaux local et municipal.

Méthodologie

Vingt-deux municipalités ont été évaluées dans cinq départements: León, Chontales, Managua, la région autonome de l'Atlantique Sud (RAAS) et Jinotega. Des entretiens ont été menés avec 453 personnes (à la fois des agents de santé et des usagers) et 55 établissements de santé ont été visités.

Une évaluation qualitative a été menée grâce à des entretiens avec des personnes clés aux niveaux politique, de

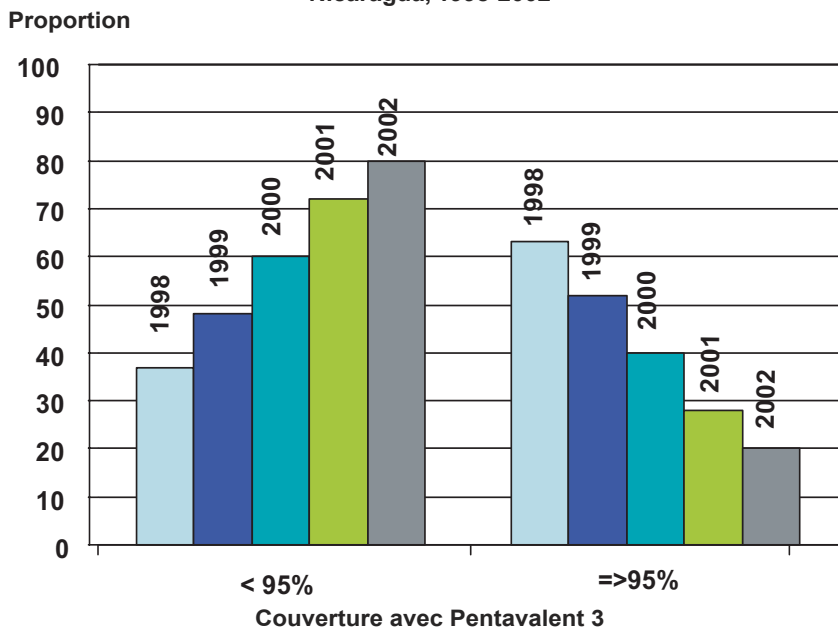
gestion et opérationnel, ainsi qu'auprès d'institutions gouvernementales, d'organisations internationales, d'organisations non gouvernementales, d'agences de coopération, de diplomates et d'usagers du programme. Les principaux volets du programme examinés ont été les suivants:

- Organisation/coordination/planification.
- Produits biologiques, chaîne du froid et logistique.
- Formation et supervision.
- Surveillance épidémiologique.
- Système d'information.

Les sites visités ont été sélectionnés sur la base des éléments suivants:

- Taux de déclaration de maladies évitables par la vaccination.

Figure 1. Municipalités par couverture avec 3 doses de Pentavalent Nicaragua, 1998-2002



Source: système d'information du Programme national d'Immunisation, MS, Nicaragua.

- Proportion de municipalités ayant une faible couverture au sein des SILAIS (*Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud*-Systèmes locaux de services de santé intégrés).
- Couverture vaccinale en 2002.
- Tendances en termes de couverture par produit biologique au cours des dernières années.
- Résultats des enquêtes démographiques et de santé (ENDESA) pour 1998 et 2001.
- Indicateurs de pauvreté.
- Couverture et accès aux services de santé.
- Opinions des personnes informées de la situation épidémiologique et sociale du pays.

En conséquence, 22 des 152 municipalités du pays ont été retenues. Ces municipalités comprennent 47% de la population totale du pays. Cinq équipes chargées des entrevues, composées chacune d'un évaluateur international et d'au moins un évaluateur national, se sont rendues dans les municipalités en question. Des membres du personnel des SILAIS sont venus par la suite renforcer ces équipes. Toutes les entrevues ont été effectuées par des évaluateurs internationaux. Les entrevues se sont déroulées au niveau politique, de gestion et opérationnel ainsi qu'après des usagers du programme. Les données recueillies au cours de ces visites sur le terrain ont été analysées et présentées par les groupes de travail. Elles ont aussi été consolidées sur la base des différents volets du programme.

Résultats

Les résultats de l'évaluation présentés aux autorités nationales peuvent être résumés comme suit:

- Le PNV dispose d'une base sociale étendue et d'une forte participation communautaire. Il bénéficie aussi d'un engagement politique solide. Il convient de noter que près de 95% des mères interrogées considéraient le carnet de vaccination

comme un document essentiel devant être conservé avec soin et estimaient que la vaccination était importante.

- Les taux élevés de couverture enregistrés ont commencé à diminuer. En effet, le nombre de municipalités ayant des niveaux de couverture <95% pour les vaccins DTC3/Pentavalent3 a augmenté au cours des cinq dernières années (figure 1).
- Environ 30% des vaccins sont administrés à l'occasion des *Jornadas Nacionales de Salud* (Journées nationales de santé). Il est clair que la vaccination systématique doit être renforcée et que les Journées nationales de santé doivent être maintenues. Cela permettra au pays d'éviter une chute du taux de couverture vaccinale, de préserver les acquis (éradication de la polio, élimination de la rougeole et du tétanos néonatal) et d'atteindre de nouveaux objectifs (élimination de la rubéole et du SRC), tout en faisant bénéficier les municipalités et les populations à risque des activités de vaccination et de services de santé intégrés.
- L'équipe chargée de l'évaluation a constaté que les enfants et les mères sont parfois tenus de s'inscrire à des programmes de prévention avant d'être vaccinés. Cette situation peut déboucher sur des occasions manquées dans la mesure où certaines mères, disposant de peu de temps ou pour des raisons personnelles, se rendent dans les établissements de santé spécifiquement pour les services de vaccination. Parfois, les services complémentaires proposés ne sont pas disponibles ou ne sont pas fournis de façon efficace.

Conclusions

Le PNV du Nicaragua a su maintenir des taux de couverture vaccinale élevés et une surveillance épidémiologique adéquate; il jouit d'un grand prestige au sein de la communauté. Les résultats de cette évaluation suggèrent qu'afin de préserver ces acquis le programme devra prendre de nouvelles mesures, en particulier en vue de garantir l'équité de la prestation vaccinale et autres services de santé parmi les populations des districts à risque élevé.

Le Paraguay adopte une loi sur les vaccins

Contexte

Lors de l'évaluation internationale du Programme élargi de vaccination (PEV) du Paraguay menée par l'OPS en décembre 1999, il a été recommandé que le pays adopte une loi sur les vaccins qui garantisse la continuité des ressources budgétaires affectées exclusivement au financement de l'acquisition des vaccins et bénéficie aux populations ciblées par le programme. Cette année là, l'OPS et le Ministère de la Santé ont conjugués leurs efforts avec le parlement pour faire en sorte que cette recommandation devienne réalité.

Durant 2000, l'OPS a mis ses compétences techniques à la disposition du Ministère de la Santé et de la Chambre des représentants en vue de rédiger un projet de loi sur les vaccins. Ce projet de loi avait un objectif bien précis: assurer la pérennité financière du programme de vaccination, en particulier lors de l'introduction de nouveaux vaccins. Parallèlement à ces activités, des contacts ont été établis avec la commission bicamérale du Sénat qui a immédiatement autorisé l'adjonction au budget national des ressources nécessaires pour l'introduction du vaccin pentavalent et du vaccin associé rougeole-oreillons-rubéole (ROR) avant 2002.

Pendant plus d'un an, le projet de loi s'est éternisé, essentiellement du fait de conflits politiques internes. En août 2003,

après l'ouverture de la nouvelle session législative, un groupe de travail composé à la fois de représentants du Ministère de la Santé et de l'OPS s'est réuni avec la Commission sur la Santé de la Chambre des représentants afin de relancer et de réviser le projet de loi. La commission entama des consultations afin d'en examiner le contenu, qui a été modifié et élargi. Le texte recouvre désormais non seulement la disponibilité des vaccins inclus dans le calendrier vaccinal officiel mais aussi l'élaboration de mécanismes financiers destinés à garantir la couverture de la population ciblée, l'obligation de présenter un carnet de vaccination lors de l'enregistrement des naissances et lors de l'entrée dans le système scolaire privé ou public, ainsi que l'introduction future de nouveaux vaccins.

Le 21 août 2003, un représentant de la Commission sur la Santé a présenté le projet de loi à l'assemblée plénière de la Chambre des représentants. Il a été approuvé à l'unanimité puis ratifié par le Sénat le 6 novembre 2003. Douze jours plus tard, le Président de la République du Paraguay et le Ministre de la Santé et du Bien-être social signaient le projet de loi qui devenait ainsi officiellement une loi de la République (voir page 8). Ce fut un moment mémorable pour le Programme national de vaccination du Paraguay et un grand pas en avant sur la voie de la réduction des inégalités en matière de vaccination.

Résumé annuel des indicateurs de polio et de rougeole - 2003

Indicateurs de surveillance des PFA (période entre les semaines épidémiologiques 02 à 53 2003)

Sites	TOTAL 2002		Dernières 52 semaines (2003/02-2003/53)				
	Cases	Taux	Cas	Taux	% inv. <48 heures	% 1 échantillon *	% sites notifiant
Argentine	129	1,19	114	1,03	81	65	88
Bolivie	64	1,95	57	1,69	98	74	0
Brésil	636	1,23	414	0,80	97	74	92
Canada	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CAREC	22	1,00	32	1,45	94	63	100
Chili	114	2,64	79	1,83	84	84	97
Colombie	121	0,86	144	1,03	67	72	86
Costa Rica	29	2,38	0	0,00	0	0	0
Cuba	37	0,83	21	0,47	100	100	96
Rép. dominicaine	36	1,12	16	0,47	100	94	89
Équateur	43	1,00	41	0,95	80	95	86
El Salvador	110	4,82	99	4,30	90	87	79
Guatemala	72	1,58	101	2,22	93	89	52
Haïti	12	0,38	11	0,34	73	73	40
Honduras	72	2,95	51	1,87	98	96	94
Mexique	384	1,18	334	1,02	93	83	91
Nicaragua	28	1,25	34	1,49	94	97	100
Panama	4	0,41	7	0,75	100	57	85
Paraguay	27	1,21	22	0,99	59	77	89
Pérou	111	1,29	94	1,09	97	96	99
Uruguay	8	0,98	9	1,10	78	44	42
EUA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Venezuela	106	1,39	89	1,17	96	89	81
TOTAL *	2165	1,30	1769	1,05	90	81	90

* prélevés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie

♦ à l'exception du Canada et des EUA

NR: pas de notification

Indicateurs de surveillance de la rougeole (période entre les semaines épidémiologiques 01 à 53 2003)

Pays	% sites notifiant hebdomadairement	% cas avec visite domiciliaire opportune	% cas avec échantillon adéquat	% échan. reçus <=5 jours	% résultats de labo <=4 jours	% cas écartés par le labo	Nombre de municipalités actives
Argentine	93	21	85	69	85	100	0
Bolivie	...	99	99	80	76	92	0
Brésil	82	85	70	61	80	89	1
Canada	...	...	...	...	...	...	...
CAREC	100	99	95	23	100	99	0
Chili	98	62	92	77	96	99	0
Colombie	88	53	95	68	81	98	0
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	1
Cuba	96	100	100	...	...	93	0
Rép. dominicaine	89	100	98	44	94	100	0
Équateur	89	45	99	86	90	99	0
El Salvador	80	53	95	79	86	98	0
Guyane française	...	...	...	...	...	100	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	0
Guatemala	48	97	99	66	94	99	0
Haïti	...	82	91	95	71	95	0
Honduras	94	94	100	75	93	100	0
Martinique	...	...	...	...	...	...	0
Mexique	89	98	99	82	54	100	3
Nicaragua	100	86	99	84	77	100	0
Panama	86	86	98	75	99	99	0
Paraguay	89	62	100	88	100	100	0
Pérou	99	95	96	67	88	91	0
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	0
Uruguay	28	100	100	100	0	...	0
EUA	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	81	97	99	67	74	100	0
TOTAL ET MOYENNE	87	85	80	63	73	99	5

... pas de notification

Source: PESS et MESS, OPS

AUTORITÉ LÉGISLATIVE

LOI N° 2.310

PROTECTION DES ENFANTS CONTRE LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION LE CONGRÈS DE LA NATION PARAGUAYENNE ADOPTE AVEC FORCE DE LOI

Article 1. - La présente loi a pour objet de protéger de façon adéquate les enfants contre les maladies évitables par la vaccination. À cet effet, le Pouvoir exécutif, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé publique et du Bien-être social, disposera des ressources nécessaires dans le budget national pour l'achat et la fourniture gratuite et effective des vaccins inclus dans le Programme élargi de vaccination (PEV) et des nouveaux vaccins recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Article 2. - Le Pouvoir législatif inclura chaque année dans le budget national, dans un poste spécial, des ressources suffisantes pour financer le coût du calendrier vaccinal complet.

Les vaccins suivants seront couverts dans le cadre du programme systématique: PEV habituel: BCG (tuberculose); DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche); VPO (polio); Td (tétanos et diphtérie); ROR (rougeole, oreillons et rubéole); *Haemophilus influenzae* de type b; et hépatite B.

Article 3. -

- 1.- Chaque enfant a le droit de recevoir gratuitement et en temps opportun les vaccins spécifiés à l'Article 2 de la présente Loi.
- 2.- Les parents ont l'obligation de s'assurer que leurs enfants reçoivent le calendrier vaccinal complet.
- 3.- Chaque femme en âge de procréer a le droit de recevoir gratuitement et en temps opportun le vaccin Td contre le tétanos et la diphtérie.

Article 4. - Le Ministère des Finances ouvrira un compte spécial au nom du Ministère de la Santé publique et du Bien-être social -Programme élargi de vaccination

(PEV) et transférera sur ce compte chaque année, au plus tard lors du mois de mars, toutes les ressources affectées à cette fin dans le budget.

Ces fonds proviendront de la Source 10 et ne pourront être utilisés à aucune autre fin que celles stipulées par la présente Loi. Ils ne pourront pas non plus être restreints ou grevés pour quelque raison que ce soit. De même, tous les dons à l'État à cette fin seront transférés sur ce compte.

Article 5. - La présente Loi entrera en vigueur au moment de sa promulgation et le Pouvoir exécutif allouera les ressources nécessaires dans le budget national pour qu'elle puisse être appliquée au cours de l'exercice budgétaire suivant.

Article 6. - La présentation du carnet de vaccination sera obligatoire pour l'enregistrement des enfants à l'État civil et leur inscription dans le système scolaire public ou privé comme preuve qu'ils ont reçu tous les vaccins exigés selon leur âge. Au cas où les institutions mentionnées dans le présent Article viendraient à constater le non respect de la présente Loi, elles sont tenues d'en informer le Ministère de la Santé publique et du Bien-être social, qui prendra les mesures nécessaires pour corriger cette omission.

Article 7. - Communiquer au Pouvoir exécutif.

Projet de loi adopté par l'Honorable Chambre des Députés, le vingt-et-un août deux mille trois, et par l'Honorable Sénat, le six novembre deux mille trois, étant dûment autorisé par l'Article 204 de la Constitution nationale.

Asunción, le 18 novembre 2003

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

ISSN 0251-4729.

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



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>