

Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXVI, Numéro 1

Protégez vos enfants par la vaccination

Février 2004

Préparatifs pour le lancement de la deuxième Semaine de vaccination aux Amériques, du 24 au 30 avril 2004

La première Semaine de vaccination aux Amériques (SVA) s'est déroulée en juin 2003 (pour plus amples détails, consulter le *Bulletin du PEV*, avril et août 2003) et fut un grand succès.

En septembre 2003, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté la Résolution CD44.R1, appuyant l'organisation, chaque année, d'une semaine de vaccination aux Amériques. À cet effet, l'Unité d'immunisation de l'OPS a organisé un atelier à Quito (Équateur), les 29 et 30 janvier 2004, au cours duquel tous les pays ont préparé un plan régional pour la semaine de vaccination.

Lignes directrices pour la SVA 2004

La deuxième semaine régionale de la vaccination aura lieu du 24 au 30 avril 2004 et l'ensemble des pays de la région y participeront. Outre le soutien essentiel apporté par le Conseil directeur de l'OPS, composé des Ministres de la Santé de tous les États Membres, la SVA bénéficiera également du soutien du MERCOSUR (*Mercado Común del Sur*/Marché commun du Sud), du secteur de la santé de la région andine (*Organismo Andino de Salud*/ORAS) et du Secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (connu sous le sigle espagnol de RESSCAD qui correspond à *Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana*).

Les principes fondamentaux sur lesquels se fonde la SVA sont l'équité, l'accessibilité et le Panaméricanisme. Le Panaméricanisme est « la charpente de l'OPS, principe qui est exprimé

actuellement dans l'engagement des États Membres cherchant à travailler ensemble pour améliorer l'état de santé dans des domaines d'intérêt commun et pour soutenir les pays qui en ont le plus besoin, directement et indirectement. Plus que jamais dans le monde d'aujourd'hui, avec ses échanges commerciaux et circulation libre de personnes, n'est-il vrai qu'un grand nombre de problèmes de santé exigent un effort collectif et que la santé de l'autre ainsi que la santé publique relèvent d'une responsabilité partagée. »

(Conférence sanitaire panaméricaine, document CSP26/10: Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007. Septembre 2002). La SVA vise à promouvoir un accès élargi à la vaccination ainsi que la coopération entre les pays. Ses objectifs principaux sont la protection des groupes à risque en cas d'épidémie et la garantie

que le PEV continue à occuper une place prioritaire dans les programmes politiques des pays de la région.

Au nombre des enseignements tirés de la première SVA, il faut compter la nécessité de procéder à une planification dans de meil-

24-30 Avril
Semaine de la Vaccination aux Amériques

Vaksinasyon



Organisation
panaméricaine
de la Santé

unicef

Dans ce numéro:

Préparatifs pour le lancement de la deuxième Semaine de vaccination aux Amériques, du 24 au 30 avril 2004	1
Progrès dans l'organisation de la SVA à la frontière entre les États-Unis et le Mexique	2
Évaluation de la semaine de vaccination	3

Succès du programme de vaccination en Haïti en 2003	3
Perspectives sur les initiatives pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la région des Amériques	5
Prix des vaccins du Fonds renouvelable de l'OPS pour 2004	7

Progrès dans l'organisation de la SVA à la frontière entre les États-Unis et le Mexique

Le rôle de la Commission frontalière États-Unis/Mexique sur la santé consiste à promouvoir la santé et la participation des communautés et à s'attaquer aux principaux problèmes sanitaires qui se posent dans la zone frontalière. Les caractéristiques spécifiques de la région, telles que les obstacles culturels et linguistiques, un taux de chômage élevé et le refus de fournir des services aux migrants, constituent exactement le type de problèmes que la SVA vise à résoudre dans le cadre des efforts déployés pour la réduction des inégalités sur le plan de la vaccination. Pour cette raison, la Commission a décidé de prendre part à la SVA.

La proposition présentée par la Commission frontalière États-Unis/Mexique sur la santé et la Représentation de l'OPS à El Paso (Texas) prévoit le lancement d'activités de vaccination au cours de trois semaines distinctes. La première semaine coïncidera avec la semaine de vaccination déjà programmée. L'objectif sera de compléter les calendriers de vaccination des enfants de 0 à 4 ans. Les stratégies seront définies en fonction de la situation

spécifique de chaque pays et des ressources disponibles pour la mise en œuvre.

Plusieurs comités ont été constitués avec la participation d'institutions locales et de responsables communautaires. Ils se réunissent à intervalles réguliers afin d'opérer un suivi de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des activités de vaccination.

La participation des villes jumelées suivantes a été confirmée:

- ♦ San Diego (Californie) - Tijuana (Baja California)
- ♦ El Paso (Texas) et Comté de Dona Ana (New Mexico) - Ciudad Juárez (Chihuahua)
- ♦ Presidio (Texas) - Ojinaga (Chihuahua)

La participation de Laredo (Texas) et de Nuevo Laredo (Tamaulipas) reste encore à confirmer. Toutes les municipalités de la frontière mexicaine prendront part à la SVA conformément aux lignes directrices de leur programme national de vaccination.

leurs délais, de produire de meilleures évaluations et de recueillir des données plus pertinentes sur les coûts. Qui plus est, afin de s'assurer que les calendriers de vaccination sont complets, deux autres tournées doivent être prévues à l'échelle locale. La conception et la mise en œuvre des activités de communication sociale au niveau local seront essentielles à la réussite de la SVA.

Objectifs de la SVA 2004

Cette année, les objectifs de la Semaine de vaccination aux Amériques seront les suivants:

- Atteindre les enfants <5 ans et les femmes en âge de procréer (FAP) qui n'ont eu aucun contact préalable avec le programme (0 dose);
- Vacciner le groupe des enfants <5 ans et les FAP dont le calendrier de vaccination est incomplet;
- Élaborer des micro-plans pour mener à bien le calendrier de vaccination après la SVA;
- Maintenir l'élimination de la rougeole dans la région;
- Appuyer l'exécution des plans d'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC);
- Renforcer la surveillance épidémiologique.

Scénarios pour la SVA

Les pays ayant des activités programmées pour 2004, telles que les campagnes de suivi contre la rougeole, la vaccinations supplémentaire contre la polio, le contrôle accéléré de la rubéole et du SRC ou la vaccination des personnes âgées, sont encouragés à lancer ces activités ou à les conclure au cours de la semaine du 24 au 30 avril.

Les autres pays de la région sont invités à intensifier la vaccination des enfants <5 ans et des FAP. Dans l'idéal, une intensification des activités devrait avoir lieu sur l'ensemble du pays; si toutefois cela n'était pas possible, chaque pays devra accorder la priorité aux régions ou groupes de population suivants:

- les municipalités ayant un faible taux de couverture;
- les zones urbaines marginales, en particulier celles ayant des bidonvilles en périphérie;
- les zones frontalières ayant un niveau élevé de migration ou

d'autres facteurs de risque;

- les groupes autochtones;
- les minorités ethniques;
- les zones difficiles d'accès;
- les zones touristiques;
- les groupes à risque élevé (dans les domaines de la santé, de l'éducation, des transports et du commerce du sexe).

En fonction des différents scénarios, les pays ont défini des populations cibles: les enfants <5 ans, les adultes, les personnes >60 ans, les FAP et d'autres groupes à risque (table 1).

Table 1. Plan d'action régional

Région	Population ciblée*				
	<5 ans	Adultes	>60 ans	FAP	Autres groupes à risque
Amérique centrale, Caraïbe latine et Mexique	14 581 942	3 100 000		450 000	
Cône Sud et Brésil	707 505	1 328 674	10 134 668	134 000	428 000
Région andine	452 266	6 183 477		883 333	1 280 047
Caraïbe de langue anglaise	56 500				
Total régional	15 578 213	10 612 151	10 134 668	1 467 333	1 708 047

* Données en cours de mise à jour par les pays.

Éléments organisationnels clés

Faire en sorte que la SVA fasse partie des plans opérationnels annuels des pays: Chaque pays devra concevoir un plan en fonction de sa situation spécifique. Un comité directeur national devra être mis en place, de même que des comités chargés de la mise en œuvre et des opérations dans les municipalités ou dans des zones locales déterminées. Un plan de communication avec les

médias devra être élaboré en relation avec les autorités locales. Le Comité interagences devra se réunir afin de passer en revue les progrès accomplis sur le plan de la coordination transfrontalière et du financement.

Établir des priorités en fonction des groupes de population et des zones à risques: Les indicateurs socio-économiques, épidémiologiques et du PEV devront être pris en compte. Au nombre des variables devant être utilisées comme indicateurs, il faut compter les données sur la couverture, le nombre de personnes non immunes, les zones épidémiologiquement silencieuses, les municipalités en phases d'attaque et de maintenance pour le tétanos néonatal, les zones d'extrême pauvreté et les municipalités souffrant de malnutrition. D'autres méthodologies disponibles à l'intérieur du pays peuvent être appliquées afin d'accorder la priorité aux groupes à risques.

Élaborer un plan de communication sociale: La proposition de communication de l'OPS ne présente pas la SVA comme une nouvelle campagne mais plutôt comme une nouvelle opportunité d'atteindre les populations non vaccinées. On continuera d'utiliser le slogan «*Vaccination: une preuve d'amour*», de pair avec celui qu'a proposé le programme de vaccination des États-Unis : «*Protégez-les, aimez-les, vaccinez-les*». Les pays de la région s'accordent sur le rôle essentiel que jouent les messages radio pour une bonne diffusion des messages relatifs à la SVA au niveau local. L'OPS enverra aux pays plusieurs conceptions graphiques qu'ils seront invités à modifier en fonction des caractéristiques et des besoins culturels locaux, ainsi que les logos des différentes institutions participant à cette initiative. En vue d'évaluer le volet de communication, une enquête auprès des mères et/ou des gardiennes d'enfants sera effectuée dans les zones d'intervention.

Promouvoir la coordination interagences: Le Comité de coordination interagences (CCI) au niveau régional, ainsi que dans chacun des pays, joue un rôle fondamental pour la réalisation des objectifs de la SVA dans la mesure où il apporte un soutien politique, technique et financier. Chaque Ministère de la Santé convoquera le CCI au moins deux fois afin de permettre la concrétisation des contributions des différentes agences présentes dans le pays.

Conclusion

La Semaine de vaccination aux Amériques est devenue un instrument régional et son principal objectif consiste à vacciner les enfants et les femmes qui n'ont jamais auparavant été vaccinés, ce qui permet de consolider le programme de vaccination. La SVA n'est pas simplement une autre campagne; elle représente

l'occasion de vacciner des populations traditionnellement exclues. Elle permet également d'établir des priorités en termes de vaccination dans le cadre du programme politique de tous les pays, de promouvoir le Panaméricanisme et de relancer les activités transfrontalières. Enfin, la SVA contribue à renforcer le réseau de soins de santé primaires tout en réaffirmant l'objectif de réduction des inégalités avec des résultats quantifiables.

Évaluation de la semaine de vaccination

L'évaluation de la SVA sera effectuée en comparant les résultats avec les objectifs correspondants définis dans chaque pays et en procédant à une enquête auprès de la population sur le niveau de connaissances relatives à ces activités à l'échelle locale. Les indicateurs suivants seront également utilisés:

- Pourcentage d'enfants de 1-4 ans vaccinés avec 1, 2, ou 3 doses de vaccin DCT/pentavalent (afin de mesurer les cas de 0 dose ou les retards dans les calendriers de vaccination)¹.
- Pourcentage de femmes en âge de procréer vaccinées ayant reçu 0 dose de Td avant la SVA.
- Pourcentage de suivis rapides de couverture indiquant une couverture vaccinale RR inférieure à 95%.
- Pourcentage de mères interrogées dans des zones déterminées qui étaient au courant de la SVA.
- Pourcentage de municipalités disposant d'un plan de suivi pour compléter les calendriers de vaccination après la SVA.
- Nombre de cas présumés de rougeole/rubéole et de paralysie flasque aiguë identifiés lors de la recherche active dans les communautés et enregistrés dans le système de surveillance.

En outre, une évaluation de la SVA au moyen d'une enquête opérationnelle dans les zones marginales des grandes villes sera menée avec la participation des CDC. Cette enquête sera menée dans 3 pays représentatifs de 3 sous régions (le Cône sud, la région andine et l'Amérique centrale) et constituera une étude pilote pour la validation de la méthodologie.

¹ Le dénominateur des enfants >1 an sera utilisé car tous les pays ne disposent pas de données désagrégées concernant les enfants <1 an en fonction de l'âge auquel le vaccin a été administré.

Succès du programme de vaccination en Haïti en 2003

Pour la première fois au cours de l'histoire récente de Haïti, un département a rapporté un taux de couverture vaccinale contre la tuberculose, la polio, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos de plus de 95% parmi les enfants du département. Ce département, Centre (voir figure 1), est parvenu à atteindre l'objectif sur 5 ans fixé pour le pays tout juste un an après le démarrage de ce plan sur 5 ans. Le taux moyen de couverture vaccinale pour l'ensemble des antigènes parmi la population de moins de 1 an est représentée à la figure 2 pour chaque département en Haïti. La couverture vaccinale pour Centre (« CEN ») se situe bien au dessus de celle des autres départements et elle est également nettement supérieure à l'objectif de 60% de couverture nationale

pour 2003. En 2003, Centre a rapporté un taux de couverture anti-rougeoleuse de 85%. Bien que ces données soient compilées sur la base de rapports administratifs, les résultats suggèrent un progrès considérable.

Ce plan sur 5 ans comprend 3 stratégies de vaccination dans le cadre du programme de routine:

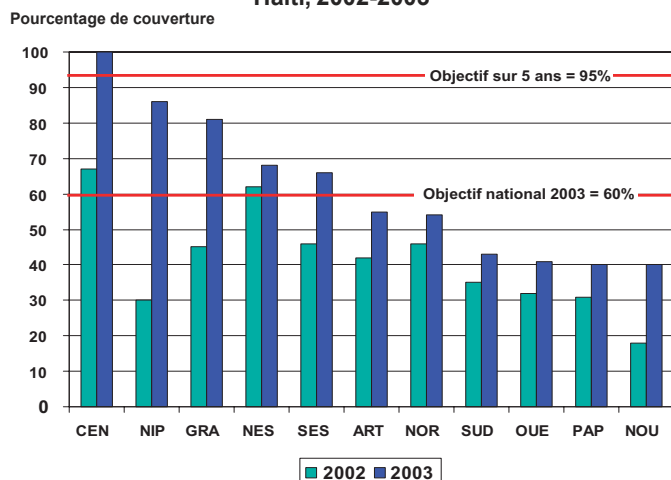
- 1) les cliniques de vaccination dans les institutions de santé;
- 2) les postes de vaccination dans des lieux communautaires tels que les écoles, les marchés, les églises et à proximité des voies de transport;
- 3) les brigades de vaccination porte à porte dans les zones difficiles d'accès ou mal desservies.

Dans chaque département, les activités de vaccination sont menées par l'entremise des efforts coordonnés du Ministère de la Santé publique et d'un certain nombre de prestataires de soins de santé non gouvernementaux. L'ensemble de ces stratégies a été utilisé avec succès dans le département de Centre au cours de 2003 et dans une moindre mesure dans les 4 autres départements qui ont dépassé l'objectif de 60% (Nippes, Grand'Anse, Nord-Est et Sud-Est). Les taux de couverture pour les différents vaccins à la fois pour 2002 et 2003 dans le département de Centre sont présentés à la figure 3. De 2002 à 2003, la couverture s'est améliorée de près de 50%.

En 2003, la couverture vaccinale nationale en Haïti s'est améliorée mais 6 départements n'ont pas réussi à atteindre l'objectif de la première année, tablant sur la vaccination complète de 60% de tous les enfants de moins d'un an pour les 4 vaccins utilisés dans le pays (polio, rougeole, DTC et BCG). La couverture moyenne pour tous les vaccins s'élevait à 53% en 2003 contre 42% en 2002. Cette amélioration est le fruit de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie sur 5 ans mais l'insuffisance de financement au cours de la première partie de l'année n'a pas permis de mettre cette stratégie pleinement en œuvre avant septembre 2003. En outre, de nombreux départements ont connu des pénuries de vaccins pendant la période allant de juillet à septembre.

Les problèmes nationaux d'insuffisance de fonds et de vaccins étaient également présents dans le département de Centre. Qui plus est, il s'agit du seul département en Haïti n'ayant pas accès à la mer et c'est l'une des régions les plus pauvres du pays. Ce département compte une population estimée à près de 560 000 habitants (soit 6,5% de la population totale), dont environ 20 000 enfants de moins d'un an. La majeure partie des terres sont montagneuses avec un sol pauvre qui se prête mal à l'agriculture et de nombreuses routes sont souvent coupées par des inondations et des glissements de terrain.

Figure 2. Couverture vaccinale* par Département. Haïti, 2002-2003



* comprend les vaccins contre la polio, DT et BCG parmi les enfants <1 an

Comment Centre est-il parvenu à enregistrer une telle réussite sur le plan de la vaccination en si peu de temps? La direction avisée du responsable des services sanitaires et l'excellente coordination avec des partenaires de la santé déterminés à agir sur le terrain sont des facteurs clés de cette réussite. Les efforts déployés se sont alignés essentiellement sur deux types d'activités: 1) appuyer la vaccination dans chaque établissement de santé au moyen de la formation du personnel chargé de la vaccination, d'une micro-planification, d'une évaluation de la performance,

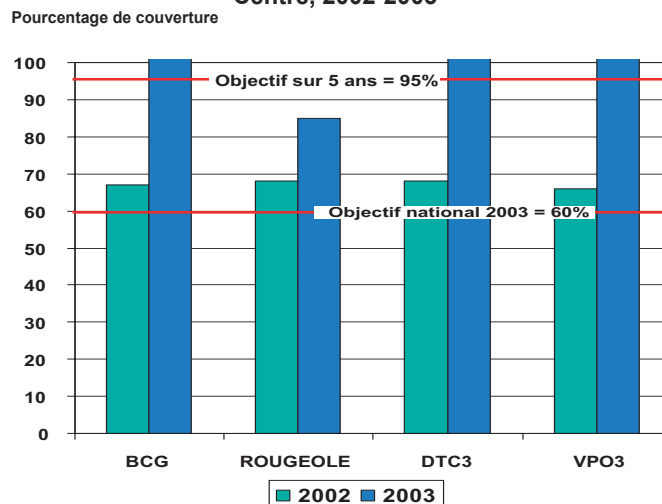
d'une supervision et d'une formation sur le terrain; et 2) mettre en œuvre une vaccination routinière accélérée par l'entremise de brigades de vaccination desservant des postes fixes et vaccinant porte à porte, notamment dans les zones difficiles d'accès. C'est l'excellente coordination de ces activités complémentaires de la part des responsables publics et privés de la vaccination, au sein de chacune des 12 communes qui composent le département de Centre, qui

est à clé de cette réussite globale de la stratégie. Les efforts de coordination de la part de la direction des services sanitaires du département de Centre ont également été essentiels.

Le défi pour Haïti consiste maintenant à adapter ce modèle couronné de succès de Centre à tous les autres départements du pays. Haïti devra poursuivre ses campagnes de vaccination porte à porte contre la rougeole et la polio dans tous les départements du pays dont la performance laisse à désirer. Tous les enfants dans les départements ayant un taux de couverture vaccinale très faible seront ciblés dans le cadre d'une nouvelle campagne de vaccination intensive lors de la Semaine de vaccination aux Amériques en avril 2004.

Note de la rédaction: La réussite du département de Centre servira de modèle et de référence pour les activités futures de vaccination en Haïti. Il est à espérer qu'une résolution sera trouvée aux troubles civils actuels et que tous les enfants de Haïti pourront ainsi bénéficier des services de vaccination et autres services médicaux.

Figure 3. Couverture vaccinale dans le Département de Centre, 2002-2003



Perspectives sur les initiatives pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la région des Amériques

Contexte

Au cours de la 38e réunion du Conseil directeur de l'OPS, qui s'est tenue en septembre 1995 à Washington, D.C., les Ministères de la Santé des Amériques ont approuvé à l'unanimité le Plan d'action pour l'éradication de la rougeole, appelant à l'éradication de la rougeole d'ici l'an 2000. L'interruption au niveau de la région de la transmission indigène de la rougeole a pu être obtenue grâce à une intensification des vaccinations guidée par des activités de surveillance et la recherche active de cas dans les centres de santé, les écoles et les communautés à haut risque. Lors de sa réunion de novembre 2002, le Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination a reconnu que la mise en œuvre complète de la stratégie recommandée par l'OPS pour l'éradication de la rougeole, avalisée par tous les Ministères de la Santé de l'ensemble des pays des Amériques, demeure la pierre angulaire des efforts déployés en vue d'interrompre la transmission indigène du virus de la rougeole.

Stratégies d'éradication

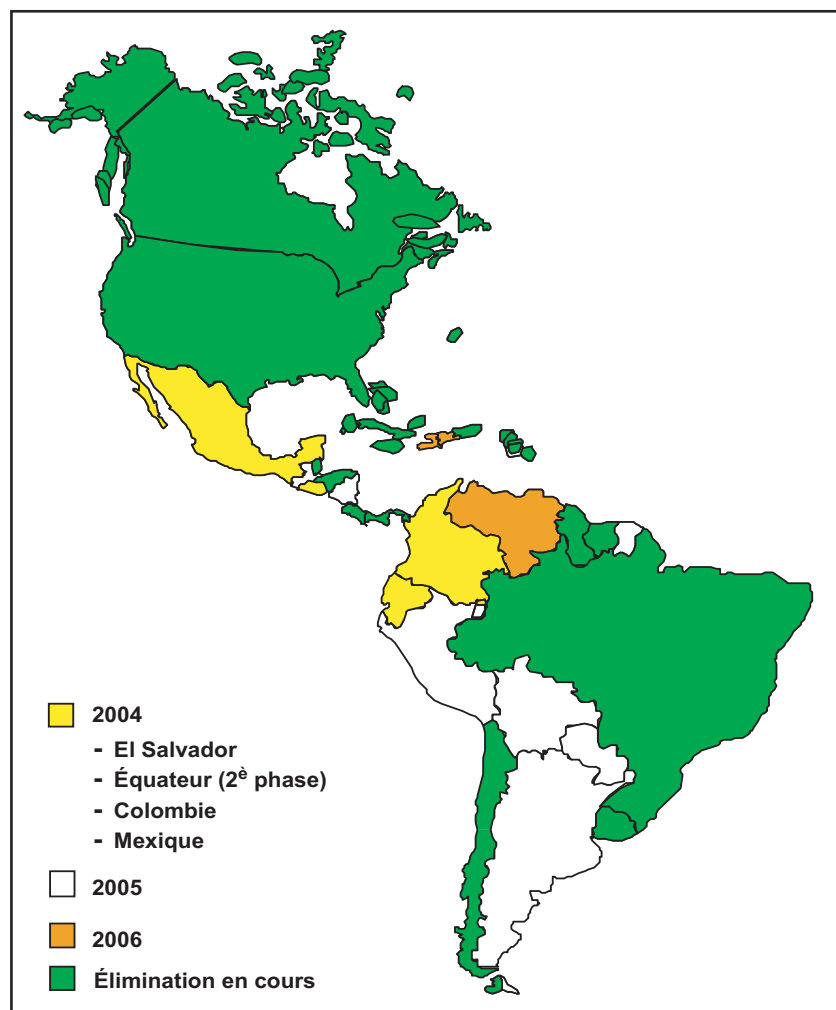
Dans le cadre de l'objectif d'éradication de la rougeole, l'accent a été mis sur la mise en place et/ou l'amélioration des capacités nationales de surveillance, qui comprennent des aspects techniques, logistiques, de formation et de gestion. Ces activités ont aidé les responsables de la santé à mesurer l'impact des programmes de vaccination et à identifier les zones exigeant une coopération technique accrue. Les niveaux de couverture vaccinale ont dépassé 80% sur l'ensemble de la région.

La surveillance améliorée de la rougeole sur l'ensemble de la région a été élargie et intégrée à la surveillance de la rubéole. À l'instar de la communauté des Caraïbes, bon nombre de pays ont intensifié leurs activités visant à contrôler la rubéole et à prévenir le syndrome de rubéole congénitale (SRC). Les données fournies par le système de surveillance de la rougeole ont confirmé la circulation très répandue de la rubéole dans de nombreux pays. Cela a été confirmé par les données recueillies sur

l'ensemble de la région par les systèmes de surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole. En conséquence, à deux exceptions près, tous les pays ont introduit le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dans leur calendrier de vaccination de routine. Les deux pays restants, la République dominicaine et Haïti, prévoient d'introduire le vaccin contre la rubéole dans leurs programmes réguliers en 2004 et 2005 respectivement.

L'intégration de la surveillance de la rougeole et de la rubéole constitue un outil essentiel pour relever le défi de l'élimination de la rubéole et du SRC. D'autres stratégies consistent à vacciner à la fois les hommes et les femmes, à améliorer le suivi des femmes enceintes qui ont contracté la rubéole ou ont été en contact avec un cas de rubéole pendant leur grossesse, et à effectuer des prélèvements aux fins d'isolation virale.

Figure 1. Campagnes de vaccination prévues pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, par pays et par année.



Activités et opportunités

Les données indiquent que le dernier cas indigène confirmé de rougeole a été rapporté en novembre 2002. En tenant compte des réalisations historiques quant à l'élimination de la rougeole, le Conseil directeur de l'OPS, lors de sa 44e réunion, a adopté la résolution CD44.R1, en septembre 2003, exhortant les États membres à éliminer la rubéole et le SRC d'ici 2010.

Pour l'année en cours, le Salvador, l'Équateur, la Colombie et le Nicaragua ont programmé des campagnes de vaccination de masse ciblant à la fois les hommes et les femmes. Le Mexique poursuivra ses activités de vaccination en fonction des groupes à risque. Le Brésil, pays qui a déjà mené des campagnes de vaccination ciblant les femmes, démarrera des activités de vaccination anti-rubéoleuse de routine

parmi les hommes. En 2005, l'Argentine, la Bolivie, le Paraguay et le Pérou entreprendront des campagnes de vaccination ciblant à la fois les hommes et les femmes. En 2006, le Guatemala, le Venezuela, la République dominicaine et Haïti mèneront leurs propres campagnes (voir figure 1).

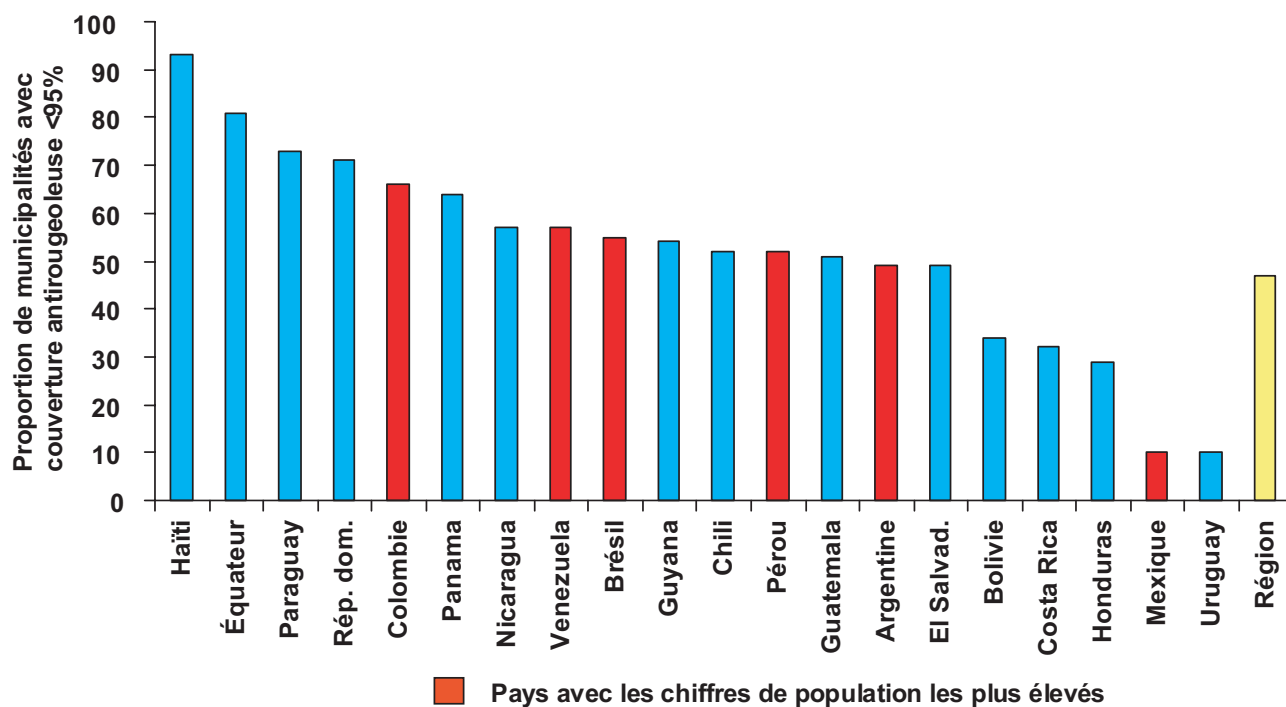
L'élimination de la rubéole d'ici 2010 offre de nombreuses opportunités. Elle contribue à renforcer la surveillance et les services de santé pour les nouveaux-nés. Elle permet d'améliorer les services et le suivi pour les enfants nés avec des malformations congénitales et des handicaps. Elle contribue à édifier des ponts entre les services de santé destinés aux enfants et les services d'éducation spéciale. Elle suscite un intérêt accru pour la santé des femmes et rapproche les services de santé de la population adulte, en particulier des hommes adultes. En conséquence, elle produit également des économies pour le système de santé, favorise l'intégration des services de santé, tout en contribuant à renforcer leur infrastructure et à en améliorer la qualité. Un autre élément clé tient au fait que l'expérience acquise par l'entremise de la vaccination des adultes facilitera l'établissement de nouveaux mécanismes pour l'introduction de vaccins destinés aux adultes à l'avenir, par exemple contre le VIH et le papillomavirus humain.

programmes de vaccination dans toutes les régions d'un pays et pour la mise en œuvre des stratégies d'élimination actuelles et futures. La responsabilité quant à la surveillance et à la notification de cas a été décentralisée et les autorités sanitaires centrales devront par conséquent accroître les capacités nationales pour la supervision et le suivi des activités entreprises par les autorités locales.

L'initiative contre la rougeole a notamment eu pour effet secondaire d'entraîner un renforcement important des programmes nationaux de vaccination et de l'infrastructure de surveillance. Les autorités sanitaires nationales déterminent désormais l'infrastructure requise pour effectuer la surveillance d'autres maladies évitables par la vaccination et de caractère vital pour la santé publique, telles que l'hépatite B, l'*Haemophilus influenzae* de type b, la fièvre jaune et, plus récemment, le rotavirus.

Du fait que tous les Chefs d'État des Amériques ont avalisé une

Figure 2. Proportion de municipalités dont la couverture antirougeoleuse est <95% parmi les enfants âgés d'un an. Région des Amériques, 2002



Renforcement des programmes et de la surveillance

Des efforts accrus sont nécessaires en vue de renforcer les programmes nationaux de vaccination et l'infrastructure pour la surveillance dans la région afin de maintenir les niveaux de couverture, de permettre l'introduction de nouveaux vaccins et de s'assurer que tous les vaccins recommandés dans le cadre du PEV atteignent bien les populations vivant dans des régions reculées, ainsi que les groupes de population mal desservis dans les zones urbaines. Il convient de veiller tout particulièrement à s'assurer que les programmes nationaux de vaccination sont en mesure de préserver les acquis de l'élimination de la rougeole et peuvent garantir que la nouvelle initiative pour l'élimination de la rubéole et du SRC sera couronnée de succès.

Le transfert du pouvoir de décision aux entités locales dans le cadre du processus de décentralisation en cours aux Amériques constitue un défi formidable pour une prestation uniforme des

initiative de vaccination régionale, la coopération technique de l'OPS avec les pays dans les domaines de l'immunisation et des vaccins se situe ainsi au plus haut niveau politique. L'OPS poursuit sa collaboration avec des partenaires de la région, par exemple avec les Premières Dames des Amériques en vue d'éradiquer la rougeole des Amériques; avec la branche législative des pays pour établir des lois qui assurent le financement national des coûts récurrents des vaccins et d'autres intrants; avec le secteur privé en vue d'assurer leur inclusion dans les activités de vaccination et de surveillance; et avec les autorités municipales pour garantir la mise en œuvre des programmes de vaccination.

En 2003, les importations de la rougeole de génotype H1 d'Asie au Chili et au Mexique ont mis en évidence les risques réels d'importations d'autres régions. L'importation au Chili n'a pas débouché sur une transmission secondaire et a démontré la grande immunité de la population, résultat évident de

l'initiative pour l'élimination de la rougeole dans la région. Des efforts doivent toutefois être déployés au Mexique où l'importation a entraîné 44 cas en 2003 et 15 autres en 2004. Cette flambée a mis en exergue plusieurs aspects importants pour préserver les acquis de l'initiative d'élimination de la rougeole aux Amériques. Les pays des Amériques seront toujours exposés au risque d'importations et de poussées épidémiques en résultant. Les données provenant du Mexique donnent à penser que l'importation du virus rougeoleux n'a pas entraîné une transmission étendue principalement en raison de la couverture élevée. Afin de réduire le risque de transmission

étendue à la suite d'une importation, comme cela s'est produit au Venezuela en 2002, les pays doivent maintenir des niveaux élevés de couverture vaccinale antirougeoleuse dans toutes les municipalités. Opérer un suivi de la couverture vaccinale contre la rougeole dans toutes les municipalités et cibler celles où la couverture est inférieure à 95% dans le cadre des activités de vaccination spéciales demeurent des stratégies essentielles dans tous les pays (voir la figure 2). Ceci, conjugué à la mise en œuvre et au maintien d'une surveillance de haute qualité, constituera la première ligne de défense pour prévenir une transmission étendue en cas d'importations.

Révision des plans d'action pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la région des Amériques

Un atelier a été organisé le 28 janvier 2004 à Quito (Équateur) en vue d'examiner les plans d'action pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la région des Amériques. Les responsables du PEV, les professionnels chargés de la surveillance épidémiologique et les membres de l'Unité d'Immunisation de l'OPS se sont réunis afin de mesurer les progrès accomplis à ce jour et de normaliser les mesures devant être prises. Les pays ont été divisés en quatre groupes en fonction de leur niveau de progrès:

Groupe I: Les pays ayant introduit le vaccin contre la rubéole il y a 20 ans.

Groupe IIA: Les pays ayant organisé des campagnes de vaccination (parmi les hommes et les femmes) afin d'éliminer la rubéole.

Groupe IIB: Les pays ayant des activités partielles de vaccination (sur la base de cohortes, du sexe, des groupes à risque ou de la zone géographique).

Groupe III: Les pays n'ayant pas encore entrepris d'activités de vaccination pour l'élimination de la rubéole.

Les participants ont passé en revue l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans d'action. Les projections des besoins en vaccins et le processus d'acquisition des vaccins par l'entremise du Fonds renouvelable ont également été examinés.

Les pays ont décidé de préparer des plans nationaux pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale avant le 28 février 2004 afin de se conformer aux dispositions de la Résolution CD44.R1, adoptée dans le cadre de la 44e réunion du Conseil directeur de l'OPS. Les plans d'action serviront d'instruments que les responsables pourront utiliser pour définir des priorités, coordonner et mettre en œuvre des activités. Ils seront également utiles aux responsables pour établir de meilleures projections de la demande en vaccins RR/ROR et leur permettront de mieux gérer les coûts et les ressources.

Prix des vaccins du Fonds renouvelable de l'OPS pour 2004

La table de la page 8 présente les prix pour 2004 des vaccins achetés par l'entremise du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins. Ce Fonds renouvelable a été mis en place par l'OPS en 1979 pour l'achat de vaccins, de seringues/aiguilles et de matériel de la chaîne du froid pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

Les prix d'un certain nombre de vaccins continuent d'augmenter par rapport aux niveaux de 2003. Ces hausses sont les plus marquées pour le vaccin anti-amaril (+23 %), le vaccin DT Adulte (+13 %) et le vaccin ROR (+7 %). Dans l'optique de corriger cette tendance, l'OPS, de concert avec les Pays membres et les fournisseurs, cherche à améliorer les prévisions en matière de vaccins par l'entremise d'une revue d'efficacité. L'objectif poursuivi est une gestion améliorée et ininterrompue

des fluctuations auxquelles les prévisions des pays et les stocks des fournisseurs sont susceptibles. Cela permettra de disposer d'un plus grand contrôle sur les hausses de prix et d'éviter des situations telles la rupture de stock et l'offre excédentaire dans certains pays. Par ailleurs, cette étude sera utile pour procéder aux prévisions relatives à l'inclusion de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux des pays.

Lors de l'atelier préparatoire pour la Semaine 2004 de vaccination aux Amériques (voir page 1) qui s'est tenu à Quito (Équateur), trois stratégies ont été identifiées en vue d'améliorer l'efficacité du Fonds renouvelable: prévision de la demande, processus d'achat et service à la clientèle. Ces stratégies sont essentielles pour assurer la gestion des processus et l'amélioration des services à la clientèle fournis aux pays.

Lors de la réunion de Quito, un échange fructueux d'opinions a eu lieu et les responsables du PEV ont contribué à la définition d'un plan préliminaire, comprenant notamment leurs requêtes concernant l'actualisation des lignes directrices applicables au Fonds renouvelable de l'OPS, la rationalisation du processus de facturation et la révision du formulaire de commande des vaccins

(Formulaire OPS 173), qui reflète les besoins annuels projetés. La vision commune consiste à renforcer l'alliance stratégique entre les pays participant au fonds, les fournisseurs et l'OPS pour veiller à ce que tous les enfants de la région soient vaccinés dans le cadre des programmes nationaux de vaccination.

Table 1. Prix des vaccins achetés en 2004 par l'entremise du Fond de renouvellement de l'OPS

Vaccin	Doses par ampoule	Prix FCA* par dose
BCG	10	\$0,0940
DTC	10	\$0,0980
DT (adulte)	10	\$0,0550
DT (pédiatrique)	10	\$0,0700
DTC Hib lyophilisé	1	\$3,1000
	10	\$2,6000
DTC/Hep B Hib	1	\$3,8500
Hib lyophilisé	1	\$3,0000
Hépatite B 10MCG recombinant pédiatrique	1	\$0,4164
Hépatite B 20MCG recombinant	1	\$0,5500
	10	\$0,2700
Rougeole (Edmonston)	1	\$0,8500
	10	\$0,1300

Vaccin	Doses par ampoule	Prix FCA* par dose
Rougeole/Rubéole	1	\$1,1000
	2	\$0,8000
	10	\$0,4770
Rougeole/Oreillons (URABE)/Rubéole=ROR	1	\$1,6000
	10	\$1,1949
Rougeole/Oreillons (LENINGRAD/ZAGREB)/Rubéole =ROR	1	\$1,4000
	10	\$0,9000
Polio (ampoule plastique)	10	\$0.1416
	20	\$0.1300
Vaccin antirabique préparé en cellule vero	1	\$8.8000
TT	10	\$0.0460
Fièvre jaune	5	\$0.6500
	10	\$0.8700

* FCA: Free Carrier

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>