



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXII, NUMÉRO 3 ► JUIN 2010

- 1 Partage d'expérience concernant l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC
- 1 Uruguay: une faculté de médecine joue un rôle majeur dans une campagne nationale de vaccination
- 4 Brésil: ateliers pour améliorer la couverture vaccinale au niveau local
- 6 Réseau des Centres d'excellence ProVac pour l'évaluation économique et l'analyse décisionnelle
- 6 Répertoire en ligne de données économiques et statistiques internationales sur les vaccins (OLIVES)
- 7 Rougeole/Rubéole/SRC: classification finale, 2009
- 8 La 63^e AMS approuve des résolutions relatives à l'immunisation

Partage d'expérience concernant l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC

Les États membres de la Région du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/WPRO), y compris la Chine, ont accéléré les efforts pour éliminer la rougeole et renforcer leurs programmes nationaux d'immunisation. À la lumière de la réussite de la réalisation et du maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans l'hémisphère occidental, WPRO a demandé à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) de coordonner la visite d'une délégation chinoise au siège de l'OPS et au Brésil pour rencontrer l'équipe en charge de la vaccination dans ce pays. L'objectif était de partager les expériences en matière d'efforts d'élimination entre les deux Régions. Le moment de la visite était particulièrement crucial car la Chine lancera une campagne nationale de vaccination contre la rougeole du 12 au 20 septembre, ciblant 96 millions d'enfants.

Une première réunion s'est tenue au siège de l'OPS à Washington, D.C., les 20 et 21 mai (tableau 1), avec les objectifs suivants:

1. Comprendre comment l'OPS travaille avec les pays et ses partenaires pour développer et mettre en œuvre les politiques sanitaires;
2. Identifier les enseignements clés tirés de la mise en œuvre des stratégies d'élimination de la rougeole et de la rubéole aux Amériques;
3. Discuter des préparatifs et de la riposte aux événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation dans la Région;
4. Mettre en relief les processus pour une prise de décisions fondée sur des données probantes concernant l'introduction de nouveaux vaccins;
5. Reconnaître le rôle fondamental du plaidoyer en unissant les pays, les communautés et les partenaires derrière le Programme élargi de vaccination (PEV) et en soutenant les programmes d'immunisation; et
6. Identifier la façon dont le PEV a été renforcé par la réussite des initiatives Régionales.

Parmi les autres domaines d'intérêt que les participants chinois voulaient aborder figuraient l'introduction de nouveaux vaccins, la communication sociale et les alliances avec les médias, ainsi que la façon de garantir une couverture vaccinale élevée au sein des populations vulnérables.

La délégation s'est ensuite rendue au Brésil pour des réunions du 24 au 26 mai (tableau 2). À São Paulo, les participants ont rencontré les équipes d'immunisation et de surveillance de l'état pour discuter des leçons tirées de



La délégation chinoise devant le bâtiment de l'OPS en compagnie du personnel de l'OPS qui l'a reçue lors de sa visite.

Uruguay: une faculté de médecine joue un rôle majeur dans une campagne nationale de vaccination

Antécédents

En septembre 2007, le Ministère de la Santé publique de l'Uruguay (MSP) et le Ministère du Développement social (MDS) ont lancé une campagne de vaccination pour accroître la couverture vaccinale et introduire le vaccin contre l'hépatite A chez les enfants âgés de 1 à 5 ans à risque accru en raison de facteurs sociaux et les enfants de 1-2 ans qui ont reçu des services du secteur de la santé publique. En Uruguay, toutes les vaccinations sont gratuites et obligatoires; le vaccin contre l'hépatite A est entré dans le calendrier de vaccination systématique en 2008, suite à la campagne de 2007.

Afin de contribuer à la campagne des MSP/MDS, les professeurs et les étudiants en médecine de 7^e année alternant dans l'École pour la santé de la femme, la femme enceinte, l'enfant et l'adolescent ou SMEIA (de l'acronyme espagnol pour *Salud de la mujer, la embarazada, el niño y el adolescente*) de la Faculté de Médecine de l'Université de la République (*Universidad de la República*) ont lancé un projet pour participer activement à la campagne de vaccination, repechant ainsi la responsabilité sociale de l'Université et son engagement à améliorer la santé de la population. La principale caractéristique de l'expérience était la synergie entre la fonction éducative de l'université et la participation à une initiative de santé publique dans la réalité pour accroître la couverture vaccinale parmi les enfants et promouvoir la vaccination contre l'hépatite A.

Voir **URUGUAY** page 3

la flambée de rougeole de 1997 et des méthodes novatrices de la ville pour atteindre la vaste population urbaine lors de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole-rubéole en 2008. La délégation a également visité un centre de santé local et a pu observer directement le fonctionnement du poste de vaccination. À Brasilia, des représentants du Ministère de la Santé ont discuté des activités d'élimination de la rougeole et de la rubéole, offrant ainsi à la délégation une perspective venant

d'un pays américain.

L'un des résultats souhaités de la réunion était que la délégation partage les enseignements tirés des Amériques en Chine pour appuyer les efforts visant à renforcer les programmes d'immunisation et améliorer les mesures de contrôle des maladies. Tels que présentés par la délégation, les messages à retenir comprenaient l'importance de l'engagement politique, la préparation aux crises et mesures de riposte rapide et les mesures inventives

pour atteindre les populations à risque.

Dans l'ensemble, la visite a été un succès et a ouvert la porte à une collaboration future entre les Amériques et WPRO, incluant la Chine. Inspiré par sa visite aux Amériques, le docteur Chen, Directeur général du Département des maladies transmissibles de la Chine, a fait part de la volonté de son pays d'éliminer la rougeole et la rubéole et a déclaré que si le Brésil peut éliminer la rougeole et la rubéole, la Chine peut en faire autant. ■

Tableau 1. Visite de la délégation chinoise au siège de l'OPS

Activités sélectionnées	Contenu/message clé	Intérêt pour la délégation chinoise
Ouverture de haut niveau	La visite d'autorités chinoises est de première importance pour l'OPS.	• Un lever de rideau de haut niveau et officiel donne un ton plus propice aux échanges.
Aspects de gestion des politiques de l'OPS	L'OPS est une agence technique proche de ses États membres.	• La Chine apprécie par dessus tout l'apport technique de qualité. • La Chine en tant que pays et l'OPS en tant que Région ont des points et des problèmes communs.
Mobilisation de ressources/partenariat	L'OPS élève les politiques de santé publique au plus haut niveau de leadership.	• L'immunisation pourrait bénéficier d'un appui politique de niveau plus élevé en Chine.
Vue d'ensemble du PEV	Force et étendue du PEV à l'OPS.	• Bonne image de marque et résultats supérieurs des activités d'immunisation de l'OPS. • L'OPS a développé une véritable culture de la vaccination. • Les effectifs de vaccination de l'OPS sont nombreux et solides.
Activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole/rubéole	Des activités de vaccination supplémentaires de qualité élevée requièrent une approche systématique (groupes cibles fondés sur des données probantes, plaidoyer, organisation, formation, planification et supervision), qui ont pour résultat une couverture élevée et renforcent le système de vaccination.	• La Chine pourrait utiliser une approche comparable pour les activités de vaccination supplémentaire contre la rougeole.
Semaine de la Vaccination aux Amériques	Les activités de vaccination supplémentaires permettent d'atteindre les populations vulnérables.	• La Chine pourrait utiliser des approches semblables pour atteindre les populations flottantes.
Intégration de l'appui par le laboratoire et de la riposte aux flambées	Les flambées permettent d'extraire les preuves qui sont employées pour former les stratégies programmatiques.	• La Chine peut faire un meilleur usage de l'épidémiologie pour entreprendre des actions.
Surveillance et information de la rougeole/rubéole pour action	L'OPS dispose d'une gestion de l'information fluide et d'une rétro-information de haute qualité.	• Rougeole, rubéole : même vaccin, même population, même surveillance de laboratoire.
Surveillance pour estimer le fardeau du syndrome de rubéole congénitale (SRC)	Le SRC n'est pas apparent à moins de faire l'objet d'une recherche spécifique.	• La Chine, avec une couverture vaccinale indéterminée chez les enfants, pourrait courir un risque plus grand de susceptibilité parmi les groupes plus âgés, dont la conséquence serait un plus grand nombre de cas de SRC.
Événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI)	L'OPS dispose d'un plan solide pour prévenir, détecter et gérer les ESAVI.	• La Chine pourrait utiliser certaines approches de l'OPS concernant la préparation en cas de crises, leur prévention et leur gestion.
Nouveaux vaccins	L'OPS prévoit les problèmes concernant l'introduction de nouveaux vaccins et a une approche systématique à leur sujet.	• La Chine envisage des procédures opérationnelles normalisées pour l'introduction de nouveaux vaccins qui comporteraient des analyses économiques.
Plaidoyer	Les activités de plaidoyer de l'OPS ont donné lieu à une culture de demande publique en matière d'immunisation (c'est-à-dire la vaccination est un acte d'amour, l'élimination des maladies est un bien public).	• La Chine pourrait développer des stratégies plus vastes de mobilisation sociale.
Le Fonds renouvelable de l'OPS	Principes d'équité et de solidarité.	• Modèles d'achats de vaccins comparés.

Tableau 2. Visite de la délégation chinoise au Brésil

Activités sélectionnées	Contenu/message clé	Intérêt pour la délégation chinoise
Présentation des multiples niveaux du système brésilien (São Paulo)	Responsabilités et rôle partagés dans la prise de décisions.	Similarités et différence avec la Chine.
Riposte à la flambée de rougeole de 1997 (São Paulo) et analyse de susceptibilité à la rubéole de la cohorte (Brasília)	Analyse de cohorte pour comprendre la susceptibilité et les activités d'immunisation supplémentaires directes.	La Chine pourrait utiliser ces approches pour produire des données probantes provenant de la surveillance, des enquêtes et des investigations de flambée et pour guider le programme.
Visite de terrain (São Paulo)	Dans le système brésilien, il n'y a pas de lien strict entre un établissement de soins de santé et un secteur de population servie. Il y a une demande de la population et les gens viennent à n'importe quel établissement de santé pour recevoir un vaccin.	Dans le système chinois, un établissement de soins de santé dessert une population précise ayant besoin d'être vaccinée. Par conséquent, les agents de santé cherchent les gens à qui ils doivent administrer les vaccins.
Ouverture de haut niveau (Brasília)	La visite des autorités chinoises est de première importance pour le Brésil.	Un lever de rideau de haut niveau et officiel donne un ton plus propice aux échanges
Maintien de l'élimination de la rubéole et de la rougeole	Le plan pour maintenir l'élimination requiert encore des apports de haut niveau.	La phase de post élimination requiert encore des ressources importantes.
Stratégie de mobilisation sociale	Plans marquants mis en stratégie et exécutés avec un haut niveau d'expertise et une évaluation systématique.	La Chine pourrait utiliser des stratégies similaires pour la mobilisation sociale.
Politique dans la recherche, l'innovation et l'introduction	Politique de haut niveau visant une approche systématique en matière de recherche, d'innovation et d'introduction.	La Chine dispose d'une production de vaccins robuste et d'un bon système d'administration des vaccins mais pas d'un organe politique fort pour une liaison systématique.
Visite de terrain	Qualité et quantité du personnel intervenant dans le PEV.	Le PEV de la Chine pourrait bénéficier d'une équipe plus large et plus solide.

Source: Dr Yvan J. Hutin, Fonctionnaire médical, OMS/Chine.

URUGUAY suite de la page 1

Mise en œuvre

Le projet a été conçu et mis en œuvre par une équipe de professeurs de SMEIA, suite à une résolution du conseil de la faculté de médecine.¹ Un total de 454 étudiants a pris part au projet et 20 assistants cliniques ont enseigné des classes alors qu'ils étaient responsables de la planification de stratégies de sensibilisation à la vaccination. Le projet a été mis en œuvre dans trois villes: Montevideo, Paysandú et Salto.

Les quatre activités suivantes ont été définies pour la campagne:

1. formation des étudiants concernant le Programme élargi de vaccination (PEV), l'hépatite A et la manière de prévenir la maladie;
2. dissémination de l'information parmi le personnel de santé et le public concernant l'importance de la vaccination, de l'hépatite A et de la manière de prévenir la maladie;
3. collaboration aux efforts de promotion et de mise en œuvre de la campagne; et
4. évaluation de l'impact de la campagne.

Étant donné le caractère essentiel de la participation active des différentes parties sociales concernées, les activités furent coordonnées avec des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, des institutions sanitaires, les médias et le secteur privé (y compris des sociétés pharmaceutiques).

Quatre groupes de travail composés de professeurs et d'étudiants ont exécuté les tâches suivantes:

1. Formation: réaliser des études détaillées sur l'hépatite A et les mesures de prévention existantes; élaborer du matériel d'information destiné à la formation des professeurs et des étudiants concernant les objectifs de la campagne, le PEV, l'hépatite A et sa prévention; organiser des ateliers pour tous les étudiants du programme (95% ont été formés) concevoir un test préalable et rétrospectif pour évaluer la façon dont les participants se sont acquittés des activités de formation; et élaborer un formulaire et des instructions pour enregistrer les enfants vaccinés auprès des centres de soins de santé primaires où les étudiants travaillaient.

2. Coordination interinstitutionnelle: présenter le projet aux MSP et MDS pour coordonner les activités avec les deux institutions et promouvoir la participation des centres de soins de santé primaires à Montevideo ou dans d'autres Départements où les étudiants travailleraient.

3. Évaluation de la population: parallèlement aux activités de diffusion de l'information, les étudiants ont visité des centres de santé et les secteurs desservis pour évaluer la population qui allait rece-



Le Dr María Julia Muñoz, ministre de la santé d'Uruguay, est interviewée sur la scène d'un stade par une étudiante en médecine lors d'une activité de promotion de la vaccination.

voir le vaccin anti-hépatite A. Ce processus comprenait la mise à jour des carnets de vaccination et l'administration de la première dose de vaccin anti-hépatite A. Les étudiants ont accompagné les vaccinateurs sur les postes mobiles de vaccination dans des quartiers défavorisés et des endroits où de nombreux enfants se rassemblent tels que les salles et les terrains de sport.

4. Diffusion et presse: plusieurs activités ont été organisées.

- Le slogan « Tous contre l'hépatite A » (*Gánale a la hepatitis A*) a été choisi et utilisé pour toutes les communications avec le public et la presse. Plus tard, les étudiants et la faculté ont créé et enregistré un refrain à utiliser dans les postes mobiles et fixes de vaccination et sur les ondes du pays.
- Des invitations aux activités prévues ont été distribuées au Président de la République, aux responsables des Départements, au MSP et au MDS, à la Faculté de Médecine, à l'Association médicale et à la Société pédiatrique d'Uruguay.
- Une compagnie de téléphones cellulaires a participé au projet en envoyant un SMS à tous ses clients pour les informer des activités de la campagne.
- Les médias (radio, TV et presse écrite) ont diffusé des messages sur la campagne.
- Le 11 octobre, les étudiants et la faculté ont organisé une conférence de presse suivie d'une marche à travers les rues pour diffuser l'information sur les buts, les objectifs et les progrès de la campagne. Les responsables du MSP et du MDS, entre autres, avec le doyen de la Faculté de Médecine et des célébrités du monde sportif et de la musique, ont pris part à

cette activité.

- Le 30 octobre, une Super Journée de la Vaccination s'est tenue dans les centres de santé de Montevideo, Paysandú et Salto pour promouvoir la vaccination à travers des activités d'amusement et récréatives.
- Le 16 novembre, pour marquer la fin de la campagne, un spectacle gratuit a eu lieu à Montevideo comprenant plusieurs groupes musicaux, des troupes de danse, des clowns et des numéros de cirque, pendant que se déroulaient des ateliers d'art et d'artisanat. Pour voir le spectacle appelé « maxi-vaccination » (*El Vacunazo*), les membres de l'audience devaient présenter le carnet de vaccination des enfants. Après vérification des carnets pour leur mise à jour, les étudiants ont administré le vaccin anti-hépatite A aux enfants appartenant aux tranches d'âge ciblées. Des compagnies de transport, alimentaires et pharmaceutiques se sont jointes aux autorités gouvernementales pour organiser l'événement.

Résultats

En Uruguay, certaines campagnes de vaccination antérieures non obligatoires, telles que celles contre la grippe saisonnière ou l'hépatite B chez les personnes à risque, n'avaient pas obtenu les résultats escomptés. Par conséquent, plusieurs doses de vaccin n'avaient pas été utilisées, ce qui a incité les autorités sanitaires à élargir le groupe cible et, dans certains cas, à se débarrasser des doses arrivant à expiration. La campagne de 2007 a été toutefois une réussite. Le but était de vacciner 30 000 enfants entre le 10 septembre et le 31 décembre et, à la fin de la campagne, 44 716 enfants avaient en fait été vaccinés.

¹ Résolution du conseil de la faculté de médecine, Université de la République, N° 51. 14/11/07, disponible sur: www.fmed.edu.uy.

Un autre avantage du projet universitaire SMEIA est qu'en plus d'avoir obtenu des niveaux élevés de couverture, il a réussi à relier les fonctions universitaires d'éducation et de promotion d'activités de proximité dans la communauté aux politiques de santé nationales qui accordent la priorité aux soins de santé primaires.

Conclusions

La faculté et les étudiants ont pris la tête d'une ini-

tiative de santé qui sans nul doute contribuera à améliorer la santé et la qualité de vie de tous les Uruguayens. L'expérience novatrice a été développée pour appuyer le processus d'enseignement-apprentissage. Elle a stimulé la créativité et a encouragé la coopération interinstitutionnelle et la responsabilité sociale. Enfin, ce nouveau processus d'enseignement a été une opportunité pour encourager une forme plus humaine de médecine, une forme qui est engagée vis-à-vis de la communauté. ■

Contributions de Dr Claudia Romero, Université de la République (UR); Dr Flavia Chamorro, (UR); Dr Virginia Perdomo (UR); Dr Elizabeth Assandri (UR); Dr Gustavo Giachetto (UR); Dr Alicia Montano (UR); Dr Ivone Rubio (UR); Dr María Catalina Pírez (UR); Dr Fernando Arrieta, Commission honoraire de la Lutte anti-tuberculose et des Maladies fréquentes; Dr Raquel Rosa, Ministère de la Santé publique (MSP); Dr Teresa Picón, MSP.

Le Brésil organise des ateliers pour améliorer la couverture vaccinale au niveau local

Introduction

Le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination recommande que tous les pays des Amériques atteignent $\geq 95\%$ de couverture vaccinale, **dans chaque municipalité**, avec tous les vaccins recommandés dans les programmes nationaux de vaccination (PNV). Lors de sa XVIII^e réunion, le GCT a également recommandé l'examen systématique et périodique des données de couverture vaccinale comme une activité régulière des programmes de vaccination, soulignant que l'examen devrait prendre place à tous les niveaux du programme.

Le PNV du Brésil a dénoté une tendance à long terme de couverture vaccinale inégale et des incohérences dans les données entre les doses dans une proportion importante de municipalités. Par conséquent, le programme a formulé un projet pour suivre la couverture vaccinale à travers un examen ponctuel des données au niveau le plus désagréé possible afin de distinguer les facteurs sous-tendant les mauvais résultats de la couverture et de mettre en œuvre des activités qui produiront une couverture appropriée.

Les autorités sanitaires brésiliennes enregistrent la couverture vaccinale en utilisant des procédures administratives systématiques et officielles. La couverture est calculée en utilisant le nombre de doses d'un vaccin spécifique administré dans une période de temps spécifique, divisé par la population cible et multiplié par 100. Les enquêtes de couverture vaccinale sont rarement utilisées.

Système d'information

Les données de vaccination sont enregistrées conformément aux normes du PNV et recueillies auprès d'environ 32 000 centres de vaccination à travers un bulletin journalier normalisé enregistrant le type de vaccin, la tranche d'âge, le sexe et le type de dose administrée. Les données sur les doses administrées sont consolidées dans un bulletin mensuel et saisies dans le système d'information pour

l'examen du programme de vaccination (*Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações/SIAPI*) par chacune des 5 564 municipalités, et ensuite soumises à l'État et en fin de compte, au niveau fédéral. SIAPI catalogue le nombre de doses administrées pour obtenir le numérateur pour le calcul de la couverture vaccinale. Le but du traitement des données est d'évaluer la performance du PNV à tous les niveaux en termes de doses administrées, de couverture vaccinale, de taux d'abandon et autres indicateurs.

La couverture est calculée en utilisant les données disponibles provenant du système d'information des naissances vivantes (*Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Sinasc*) pour les enfants de ≤ 1 an et les estimations de l'Institut brésilien de géographie et statistiques (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE*) pour les enfants de ≥ 2 ans. Jusqu'à 2002, tous les dénominateurs pour le calcul de la couverture venaient des estimations démographiques de l'IBGE. En 2003, le Secrétariat de la Surveillance à la veille sanitaire (*Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS*) a adopté les données Sinasc comme source alternative de dénominateur pour calculer la couverture chez les enfants de < 1 an, suite à une étude comparative des projections démographiques fondée sur le recensement des dossiers Sinasc pour la période 1997-2001. Les données Sinasc ont été initialement utilisées dans 15 Unités fédérées (UF) et leurs municipalités respectives. Dans ces UF, la couverture des naissances telle qu'enregistrée par Sinasc était de $\geq 90\%$ des estimations de l'IBGE, l'indice adopté comme le critère de qualité pour SIAPI par le Réseau inter-agences d'information en santé (*Sistema pela Rede Interagencial de Informação para Saúde/Ripsa*). En 2006, le SVS a adopté la naissance vivante de Sinasc comme dénominateur des estimations de couverture vaccinale chez les enfants de ≤ 1 an dans 100% des municipalités.

Toutefois, du fait que la couverture de Sinasc par municipalité n'est pas homogène et que des erreurs se produisent dans l'enregistrement des doses, il est possible que la couverture vaccinale

administrative ne soit pas fiable dans certaines situations. Des mécanismes de suivi et d'examen sont donc nécessaires pour identifier les distorsions sur une base ponctuelle et intervenir lorsque nécessaire. C'est la raison pour la proposition de suivre la couverture vaccinale et d'organiser des ateliers aux niveaux des UF et des municipalités.

Définitions

Les critères de classification utilisés dans la méthodologie de suivi visaient à différencier les zones de risque épidémiologique exigeant une investigation ou un suivi plus poussés. Afin de faciliter la classification du risque, les municipalités étaient stratifiées en trois niveaux de couverture vaccinale: a) 0 à 94,9%, b) 95% à 120% et c) $> 120\%$. Dans la première strate (0% à 94,9%), les municipalités ayant une couverture vaccinale de $< 50\%$ requièrent une intervention immédiate.

La taille de la population des municipalités était également prise en considération, en partant de l'hypothèse de base selon laquelle plus la population est grande, plus il y a des chances de propagation des maladies dans les conditions appropriées. En fonction des données Sinasc, les municipalités étaient stratifiées en trois groupes: a) < 1000 naissances vivantes, b) 1000 à $< 10\,000$ naissances vivantes et c) $\geq 10\,000$ naissances vivantes. Dans tous les cas, le but était d'obtenir une couverture vaccinale adéquate et de maintenir les maladies évitables par la vaccination éradiquées, éliminées ou sous contrôle.

Structure de l'atelier

La formation du personnel de vaccination aux niveaux de gestion nationale et étatique à l'usage de la méthodologie de suivi de la couverture vaccinale a commencé en juillet 2009. Trois ateliers macro-régionaux pour former les professionnels de 27 programmes de vaccination étatique et les professionnels au niveau fédéral responsables du suivi épidémiologique et des soins de santé primaires ont été tenus tout d'abord en juillet. Les secrétariats d'état ont ensuite reproduit les ateliers dans leurs propres régions sanitaires. Le premier atelier au niveau de l'état a été tenu en septembre dans l'État de Rondônia avec des profession-

nels de trois Bureaux régionaux de la santé et des 52 municipalités. Il a été suivi par quatre ateliers, l'un dans l'État de Ceará pour les professionnels de la vaccination des 21 directions régionales de la santé et les municipalités où se trouvent les sièges régionaux, un à Rio Grande do Sul pour le personnel de 19 directions régionales, un à Minas Gerais pour 31 directions régionales et un dans le District fédéral pour 15 administrations régionales de la santé. Ainsi, entre juillet et décembre 2009, huit ateliers ont été tenus avec plus de 150 professionnels de la vaccination formés, de sorte qu'ils pouvaient servir de multiplicateurs pour la formation dans les municipalités. Deux ateliers sont prévus en 2010: du 25 au 27 avril pour les professionnels de la vaccination de 31 directions sanitaires régionales dans l'état de Bahia et du 13 et 14 juillet pour les professionnels du pôle régional d'Araguaina, comprenant huit municipalités, dans l'état de Tocantins.

Méthodologie

L'objectif de l'atelier est, avant tout, d'améliorer la capacité d'évaluer la qualité des données et les résultats de la couverture vaccinale dans la municipalité, et d'obtenir l'engagement des professionnels dans la municipalité à une information de qualité, en particulier le numérateur (doses administrées).

Les ateliers sont programmés pour durer au moins deux jours. Ils commencent par deux présentations décrivant le projet de surveillance de la couverture vaccinale et le système d'information utilisé pour enregistrer les doses administrées (numérateur) et calculer le dénominateur (dossiers Sinasc et estimations démographiques IBGE), les deux éléments requis pour cet indicateur. Au moins un ordinateur avec accès à l'Internet est disponible pour deux stagiaires.

Pendant l'atelier, les stagiaires utilisent la base de données SIAP pour leur zone de couverture, avec l'appui de matériel d'instruction (un carnet d'exercices). On leur apprend à créer un fichier « Atelier » pour mettre en mémoire sur un tableau Excel les données extraites de SIAP et d'autres bases de données, telles que Sinasc et le système d'information de soins de santé primaires (*Sistema de Informações da Atenção Básica*/SIAB). Le matériel d'instruction comporte l'information sur les composantes suivantes: centres de vaccination dans chaque municipalité, type de centre (public, privé, municipal), vérification de la couverture vaccinale réalisée pour chaque vaccin et série complète de vaccination, usage de dénominateurs alternatifs (IBGE, SIAB), taux d'abandon et opportunités manquées de vaccination, analyse des incohérences dans les enregistrements des doses administrées (vaccins à dose unique et à doses multiples) et analyse de la tendance des estimations démographiques.

Au vu des résultats obtenus, le stagiaire reçoit des orientations sur la façon d'identifier et de lister les municipalités prioritaires et/ou les domaines pour intervention en fonction des critères définis dans

la méthodologie de surveillance de la couverture vaccinale. Pour chaque priorité identifiée, le stagiaire doit formuler des propositions pour intervention. Le stagiaire est également encouragé à mener une étude plus approfondie qui facilitera l'adoption de mesures spécifiques pour atteindre la couverture recommandée, comme la mise à jour des listes de centres de vaccination, la correction des erreurs dans les dossiers des doses administrées, l'observation des tendances dans les dossiers utilisés pour le numérateur et le dénominateur, les efforts pour atteindre les non vaccinés et l'introduction d'un suivi rapide de la couverture.

L'atelier se termine avec un questionnaire à choix multiples sur différents aspects de la méthodologie, tels que contenu, instruction, logistique et temps requis pour apprendre la méthodologie. Afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses, les répondants ne sont pas tenus de s'identifier. Le questionnaire est utilisé comme un outil destiné à améliorer la méthodologie et/ou planifier d'autres ateliers. Une fois que les professionnels de la vaccination sont formés, le suivi de la couverture vaccinale est considéré établi. Lors des six mois suivant, les bénéfices de la formation sont évalués et des changements sont apportés, s'il y a lieu.

Conclusions

L'objectif de la méthodologie pour le suivi de la couverture vaccinale est de doter les états et les municipalités d'outils destinés à suivre la couverture vaccinale d'une manière décentralisée, permettant ainsi l'identification du risque épidémiologique aussi proche que possible de la zone où se produit le risque.

Chaque atelier tenu depuis l'introduction de la méthodologie a eu pour résultat une proposition d'intervention par les stagiaires dans leurs zones d'action. Il a été noté durant chaque atelier que la méthodologie proposée peut être utilisée avec des résultats positifs dans n'importe quelle municipalité, du moment que cette dernière peut fournir des données de qualité élevée dans ses centres de vaccination. L'amélioration de la qualité des données offre une opportunité de fournir une couverture vaccinale plus fiable, ce qui est particulièrement important quand les principaux problèmes des données portent sur des inexactitudes dans les numérateurs.

La majorité des participants aux ateliers a trouvé que le temps consacré à la formation était insuffisant en raison des difficultés qu'ils avaient à utiliser la base de données et le logiciel Excel. D'autres limitations sur le déroulement des ateliers concernent le nombre insuffisant de professionnels de la vaccination, les demandes excessives de leur temps (campagnes de vaccination menées l'une derrière l'autre) et le manque de contrôle dans la production des estimations démographiques. De même, de nombreux responsables de la vaccination ne savent pas comment manipuler une base de don-

nées. Les ateliers doivent faire partie de la formation continue et du développement du personnel car les solutions à ces problèmes vont au-delà de la portée des ateliers eux-mêmes.

Néanmoins, la diffusion de la méthodologie apportera certainement des avantages pour tous, et en particulier pour la population ciblée par les PNV, car elle permet comme suit:

- l'identification des municipalités prioritaires, en fonction du risque, dans chaque entité fédérée et les districts ou sous-zones prioritaires, avec une couverture faible et population importante, des valeurs inférieures à l'objectif de trois vaccins ou plus, ou même des valeurs extrêmes;
- l'identification de populations à risque élevé dans des zones où la densité démographique, la pauvreté, la migration et l'exclusion sont plus importantes et qui comptent des populations négligées ou marginales, où il a été montré qu'il est plus difficile d'atteindre les groupes ciblés;
- la définition d'actions immédiates visant une recherche plus approfondie sur les déterminants des situations à risque. Des exemples d'interventions comprennent des modifications dans la supervision ou la coopération technique, un travail de proximité actif pour trouver les personnes non vaccinées et le suivi rapide de la couverture dans les foyers.

Selon les participants, l'implication des responsables à chaque niveau est essentielle pour la mise en œuvre réussie de la méthodologie. Il est espéré que, dans les limites de ce qui est techniquement réalisable, la méthodologie aide à améliorer la qualité des données et à faire de l'évaluation de la couverture vaccinale une activité systématique au Brésil. Elle devrait également étendre indirectement la couverture de l'enregistrement des naissances (Sinasc) et promouvoir une plus grande collaboration entre différents domaines techniques (surveillance des maladies évitables par la vaccination, information en santé et soins de santé primaires).

Il est également essentiel que les résultats indiquant un besoin d'action soient partagés avec les responsables du PNV et d'autres professionnels de la vaccination afin de venir à bout des goulets d'étranglement. Le but est de s'acquitter de la mission plus vaste du PNV à tous les niveaux, c'est-à-dire obtenir et maintenir une couverture vaccinale élevée et homogène dans chaque municipalité et dans toutes les zones relevant de chacune des municipalités, pour ainsi contribuer efficacement au contrôle, à l'élimination ou à l'éradication des maladies sous surveillance qui sont évitables par la vaccination. ■

Contribution d'Antonia Teixeira et Samia Samad, Programme national de vaccination du Ministère de la Santé du Brésil; Brendan Flannery, FCH/IM, Brésil.

Réseau des Centres d'excellence ProVac pour l'évaluation économique et l'analyse décisionnelle

Parce qu'il existe une expertise considérable en économie de la santé et analyse décisionnelle dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, l'initiative ProVac a établi un Réseau de centres d'excellence pour l'évaluation économique et l'analyse décisionnelle. La première réunion du Réseau s'est tenue le 1^{er} mars 2010 au Nicaragua. Les institutions suivantes (par ordre alphabétique) font partie du Réseau:

- Centre pour la recherche sur l'évaluation et les enquêtes (CIEE), Institut national de la Santé publique, Mexique, sous la coordination du Dr Atanacio Valencia Mendoza;
- Département de médecine interne et de technologie de la santé, Unité d'évaluation, Université d'État de Rio de Janeiro (UERJ), Brésil, sous la coordination du Dr Denizar Vianna Araujo;
- Département de médecine préventive, Faculté de Médecine, Université de São Paulo, Brésil, sous la coordination du Dr Hillegonda Maria Duttilh Novaes;
- Évaluations d'économie de la santé et évaluation de la technologie, Institut pour l'efficacité clinique et la politique de santé (IECS), Argentine,

- sous la coordination du Dr Federico Augustovski;
- Groupe d'évaluation en épidémiologie et santé publique, Unité d'épidémiologie, Département de Santé publique, Université nationale de Colombie, Colombie, sous la coordination du Dr Fernando de la Hoz Restrepo; et
- Groupe de recherche sur l'économie de la santé, Université de Cartagena, Colombie, sous la coordination du Dr Nelson Rafael Alvis Guzman.

Le Réseau fournira un appui technique aux activités en cours de l'initiative ProVac, en particulier celles visant à renforcer la capacité au niveau des pays, à développer l'analyse économique au niveau national et à développer et diffuser des outils pour appuyer l'analyse économique et la prise de décisions fondée sur des données probantes. En tant que tels, les termes de référence généraux proposés du Réseau sont les suivants:

- mener des études spécifiques et développer des produits spécifiques pour l'initiative ProVac, en tenant compte de l'expertise spécifique de chaque centre;
- fournir une formation à travers des ateliers ProVac et l'apprentissage à distance sur l'analyse

économique et la prise de décisions fondée sur les données probantes par le biais du centre de soutien ProVac;

- examiner d'un œil critique, valider et piloter des modèles, des outils et des matériels ProVac, en fournissant une rétro-information critique et des mises à jour selon les besoins;
- agir en tant qu'experts techniques sur des thèmes spécifiques lors de l'exécution de l'initiative ProVac, selon les besoins et les demandes des pays d'Amérique latine et des Caraïbes à travers l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS); et
- apporter un appui technique aux équipes multidisciplinaires nationales dans toutes les étapes des évaluations économiques sur de nouveaux vaccins dans divers pays d'Amérique latine et des Caraïbes, y compris la conception de l'étude, la collecte des données, le polissage des données et la révision critique, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Outre les activités ci-dessus, des activités choisies seront menées par des centres spécifiques en fonction de leur expertise et expérience concernant un sujet donné. Ces activités seront identifiées plus tard quand le besoin s'en fera sentir. Le Réseau sera coordonné par l'équipe de gestion ProVac de l'OPS. L'appui au Réseau sera assuré par l'OPS et un contrat officiel avec chacune des institutions participantes sera établi. ■

Répertoire en ligne de données économiques et statistiques internationales sur les vaccins (OLIVES)

OLIVES est un dépositaire sur le web de statistiques relatives aux vaccins, développé au titre de l'initiative ProVac de l'OPS. Le site web est en cours d'élaboration par deux des Centres d'excellence de ProVac, la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et l'Institut pour l'efficacité clinique et la politique de la santé (IECS). Le lancement officiel du site et la diffusion de son adresse web sont prévus au cours du premier trimestre de 2011. L'objectif du site est de doter les responsables et les équipes nationales des programmes d'immunisation de sources d'information cohérentes, mises à jour et fiables afin de faciliter l'évaluation économique des nouveaux vaccins.

Les nouveaux vaccins sont plus chers que ceux du programme de vaccination systématique. Ayant des ressources financières limitées pour investir en santé, plusieurs pays ont demandé l'appui technique de ProVac pour les analyses de coût-efficacité (ACE) des options sous considération. Le défi consiste à assurer que ces analyses sont ponctuelles et de bonne qualité. Certains pays se heurtent à une absence de données pour certains paramètres, et

d'autres à des sources d'information multiples et souvent contradictoires. Les formats et les définitions des données peuvent être incohérents, et la qualité de ces dernières peut être incertaine ou variable. En réponse à ce défi, le site web d'OLIVES fournira des formats de données cohérents, des définitions claires et, lorsque cela sera faisable, une évaluation indépendante de la qualité.

Le plan consiste à rendre OLIVES cohérent avec le modèle TRIVAC de ProVac, qui permet actuellement aux pays d'estimer le coût-efficacité des vaccins contre Hib, le rotavirus et le pneumocoque. Le site web permettra aux usagers de trouver les données par pays et type d'indicateur, de choisir les données préférées s'il y a plus d'une source, de développer des graphiques et des cartes et d'exporter l'information au modèle TRIVAC. Le site permettra également l'accès aux dossiers archivés de données.

OLIVES comprendra également des données relatives au virus du papillome humain (VPH) suite à l'évolution de la série ProVac des modèles d'ACE.

OLIVES tirera les données de sources bien infor-

mées comprenant de manière non exhaustive les sources suivantes:

- Division de la Population des Nations Unies pour les données et projections démographiques;
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres estimations épidémiologiques sur le fardeau de la maladie;
- OMS pour les données sur les calendriers de vaccination, la couverture vaccinale et les coûts de traitement;
- Données d'enquête démographique et sanitaire (EDS) sur les taux d'utilisation du traitement;
- Données de la Banque mondiale sur les dépenses et les revenus;
- Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et de seringues;
- Division de l'approvisionnement de l'UNICEF pour l'achat des vaccins et des seringues; et
- Données d'essais cliniques sur l'efficacité des vaccins.

Actuellement, LSHTM et l'IECS passent en revue les sources de données existantes, entreprennent des évaluations de qualité et développent la fonctionnalité du site web. Les responsables de la vaccination seront informés lorsque le contenu intégral de la page web d'OLIVES deviendra accessible en ligne au cyber Centre de soutien ProVac (www.paho.org/provac). ■

Rougeole/Rubéole/SRC: classification finale, 2009

Pays	Total des cas présumés de rougeole/rubéole notifiés	Rougeole confirmée			Rubéole confirmée			Cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC)	
		Clinique-ment	Laboratoire	Total	Clinique-ment	Laboratoire	Total	Présumé	Confirmé
Anguilla	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antilles néerlandaises	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argentine	400	0	3	3 ^a	0	4	4	10	3
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélice	56	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermude	0	0	0	0	0	0	0	...	...
Bolivie	166	0	0	0	0	0	0	2	...
Brésil	9623	0	0	0	0	0	0	140	14
Canada	...	...	14	14 ^a	...	7	7	...	1
Chili	156	0	1	1 ^a	0	0	0	87	0
Colombie	1418	0	0	0	3	1	4	189	0
Costa Rica	34	0	0	0	0	0	0	10	0
Cuba	594	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	240	0	0	0	0	0	0	...	...
Équateur	617	0	0	0	0	0	0	1	0
États-Unis	...	...	71	71 ^a	...	3	3	0	2
Grenade	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	272	0	0	0	0	0	0	5	0
Guyana	59	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane française	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haïti	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Honduras	133	0	0	0	0	0	0	50	0
Îles Caïman	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Vierges (RU)	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	253	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	4391	0	0	0	0	0	0	0	0
Montserrat	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	103	0	0	0	0	0	0	0	0
Panama	83	0	0	0	0	0	0	1	0
Paraguay	331	0	0	0	0	0	0	4	0
Pérou	825	0	0	0	0	0	0	...	...
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	144	0	0	0	0	0	0	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sainte-Lucie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	2	0	0	0	0	0	0	...	...
Venezuela	838	0	0	0	0	0	0	...	...
TOTAL	20765	0	89	89	3	15	18	500	20

... non disponible; (a) cas importés ou cas liés à une importation.

Source: MESS et rapports des pays au travers du Formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF), 2010.

Mis à jour: 8 octobre 2010

La soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé approuve des résolutions relatives à l'immunisation

L'Assemblée mondiale de la Santé, qui a rassemblé les Ministres de la Santé et les autorités sanitaires de haut niveau des États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a clôturé ses travaux le 21 mai. Les délégués ont adopté des résolutions sur une série de questions de santé mondiale, dont les suivantes:

→ **Éradication mondiale de la rougeole:** dix-neuf pays ont pris la parole au cours de la discussion et ont approuvé les cibles suivantes à atteindre d'ici 2015: couverture de la vaccination antirougeoleuse supérieure à 90% au niveau national et supérieure à 80% dans chaque district, une incidence annuelle notifiée de rougeole inférieure à 5 cas par million de personnes et une réduction supérieure ou égale à 95% de la mortalité mondiale de la rougeole par rapport aux estimations de 2000. Ces cibles doivent être considérées comme des étapes sur la voie de l'éradication finale et mondiale de la rougeole. Les États membres se sont dits encouragés par les efforts et les progrès réalisés dans le contrôle de la rougeole, mais ils ont également

souligné les défis formidables qui doivent être relevés pour atteindre les cibles de 2015. Ces défis comprennent les priorités contradictoires en santé publique, des systèmes d'immunisation fragiles, le maintien d'une couverture élevée pour la vaccination systématique, l'écart de financement de US \$298 millions, la vaccination de la population difficile à atteindre et la riposte au nombre croissant de flambées de rougeole, en particulier dans les zones frontalières. La réussite dans l'atteinte des cibles pour la rougeole en 2015 est essentielle pour réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement N° 4 de réduction de la mortalité infantile.

→ **Hépatite virale:** les États membres ont accepté le rapport présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé et ont adopté une résolution comprenant une Journée mondiale de l'hépatite le 28 juillet. L'hépatite virale (c'est-à-dire l'hépatite A, B, C, D et E) tue plus d'un million de personnes chaque année selon les estimations. Une personne sur 12 est actuellement infectée et doit supporter une maladie hépatique à vie si l'hépatite n'est pas reconnue.

L'approbation par les États membres préconise que l'OMS développe une approche globale de la prévention et du contrôle de l'hépatite virale.

→ **Traitement et prévention de la pneumonie:** les États membres ont adopté une résolution sur le traitement et la prévention de la pneumonie, la première cause de décès chez l'enfant de moins de 5 ans mondialement. La résolution explicite clairement que des efforts accrus pour affronter la pneumonie sont impératifs pour réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement N° 4 de réduction de la mortalité infantile. ■

Adapté de *Global Immunization News* (28 mai 2010), Immunisation, vaccins et produits biologiques, Organisation mondiale de la Santé. Numéros disponibles sur <http://www.who.int/immunization/gin/en/index.html>.

Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol 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 1814-6260

Année XXXII, Numéro 3 • Juin 2010

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



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>