



Bulletin informatif du PEV

Programme élargi de vaccination aux Amériques

Vol. XXIV, Numéro 5

Protégez vos enfants par la vaccination

Octobre 2002

Six semaines sans rapport de transmission autochtone de la rougeole aux Amériques

Antécédents

La rougeole est l'une des maladies les plus infectieuses qu'il soit et elle constitue encore partout dans le monde l'une des causes principales des décès pouvant être prévenus par la vaccination. Avant l'introduction du vaccin, pratiquement tous les enfants étaient infectés un jour ou l'autre. En 1994, lors de la Conférence sanitaire panaméricaine, les Amériques se sont fixées l'objectif de l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole.

La stratégie recommandée par l'OPS en vue d'interrompre la transmission autochtone de la rougeole comprend: a) une première campagne de vaccination en masse (*ratissage*) pour les enfants entre 9 mois et 14 ans; b) la vaccination des enfants de moins d'un an par les services de vaccination routinière (*maintien*); et c) des campagnes supplémentaires de vaccination en masse tous les 4 ans (*suivi*) pour tous les enfants entre 1 et 4 ans. L'OPS recommande un taux de couverture vaccinale de 95% dans chaque municipalité de tous les pays. A cette stratégie il faut ajouter a) un système de surveillance sensible capable de détecter à temps la circulation soupçonnée de la rougeole; b) la confirmation et l'investigation minutieuse de tous les cas; c) un

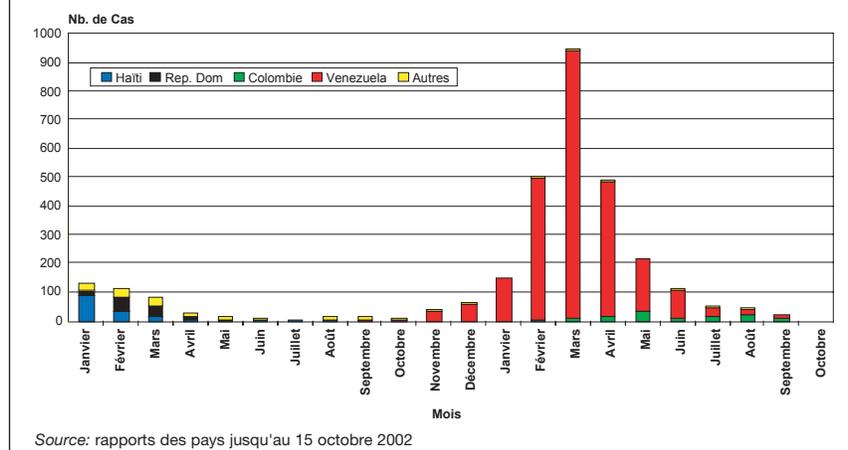
système de surveillance virologique efficace; et d) une solide supervision des activités de vaccination comprenant le contrôle porte-à-porte de la couverture vaccinale.

De 1990 à 1996, les cas de rougeole aux Amériques sont passés d'environ 250 000 à 2109. En 1997, il y a eu une

résurgence de la circulation du virus rougeoleux avec 52 284 cas confirmés notifiés au Brésil à la suite d'une flambée importante dans la région urbaine de São Paulo. La souche du virus ayant causé la flambée était la souche D6, en circulation au Brésil (et éventuellement dans d'autres pays de la région) depuis au moins 1995. Le virus s'est propagé à l'Argentine et à

la Bolivie, où les nombres les plus élevés de cas de rougeole ont été recensés en 1998 et 1999 respectivement, puis à la République dominicaine et à Haïti, où les nombres les plus élevés ont été recensés en 2000 et 2001 respectivement (figure 1). Des efforts continus de vaccination dans ces pays ont conduit au déclin progressif du nombre de cas dans la région, de 3209 en 1999 à 1754 en 2000. En 2001, le nombre total de cas est descendu à 541, le chiffre le plus bas depuis le début dans l'hémisphère de l'initiative contre la rougeole. Depuis septembre 2001, aucun autre virus appartenant à la

Figure 1. Cas confirmés de rougeole par mois Les Amériques, janvier 2001 - octobre 2002



Source: rapports des pays jusqu'au 15 octobre 2002

Dans ce numéro:

Six semaines sans rapport de transmission autochtone de la rougeole aux Amériques	1
Contrôle accéléré de la rubéole et prévention du SRC: stratégies	2

La supervision: un outil de gestion sous-utilisé pour l'identification des zones à risques	4
Équité de la couverture vaccinale: le projet bolivien	4
Système de contrôle de la qualité pour la surveillance de la méningite et de la pneumonie bactériennes	6
Mise à jour sur la flambée de diphtérie au Paraguay	7

souche D6 n'a été identifié aux Amériques. De plus, de nombreux pays avec une couverture vaccinale élevée, comme le Brésil, le Canada, le Chili, le Costa Rica, le Salvador, le Mexique, le Pérou, les États-Unis et l'Uruguay, ont fait face à des importations de rougeole entre les années 1999-2002 avec une transmission secondaire limitée ou inexistante. En août 2001, après une importation en provenance d'Europe, une nouvelle épidémie de rougeole s'est déclarée au Venezuela et s'est étendue à la Colombie voisine (figure 1). Le virus responsable provient d'une souche rougeoleuse nouvelle, d9, jamais auparavant identifiée aux Amériques. A la suite d'efforts de vaccination considérables dans les deux pays, l'épidémie a été contrôlée. En date du 15 octobre 2002, un total de 2495 cas a été recensé au Venezuela et 128 en Colombie. Le dernier cas confirmé a eu lieu au Venezuela le 20 septembre 2002. Cela représente la période la plus longue sans notification de transmission autochtone de la rougeole depuis la mise en oeuvre en 1996 du Plan d'action régional en faveur de l'éradication de la rougeole.

Note de la rédaction: Avec l'interruption de la trans-

mission autochtone d'au moins une souche du virus rougeoleux (D6) dans la région pendant plus d'une année, en plus d'avoir eu l'expérience d'importations répétées avec une transmission secondaire limitée ou inexistante, les pays des Amériques ont montré que l'éradication mondiale de la rougeole selon les recommandations de l'OPS est possible. Néanmoins, la recherche active de cas dans les zones où sévissent des troubles civils en Colombie et les régions de Colombie et du Venezuela ayant toujours une faible couverture antirougeoleuse ou une surveillance insuffisante sera nécessaire pour confirmer que la transmission autochtone du virus rougeoleux a effectivement été interrompue.

En l'absence d'une éradication mondiale de la rougeole et pour que la région continue de n'avoir aucune transmission autochtone, tous les pays des Amériques devront obtenir et maintenir une couverture vaccinale élevée (> 95%) dans chaque municipalité lors de la vaccination antirougeoleuse de routine et de suivi tout en maintenant une surveillance forte et en redoublant les efforts en matière de recherche de cas.

Contrôle accéléré de la rubéole et prévention du SRC: stratégies

Compte tenu de la circulation continue du virus rubéoleux et des larges épidémies de rubéole potentielles dans la région, le Groupe technique consultatif (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a examiné le problème en 1997 et a recommandé la mise en oeuvre d'une initiative régionale pour renforcer les efforts de prévention en faveur du contrôle de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC). L'initiative comprenait alors l'introduction d'un vaccin antirubéolique dans les programmes d'immunisation routiniers des enfants; la vaccination des femmes en âge de procréer (FAP); l'élaboration de stratégies d'immunisation spécifiques pour le contrôle accéléré de la rubéole et la prévention du SRC; l'élaboration de systèmes de surveillance intégrés pour la rubéole et la rougeole; la mise en oeuvre d'un système de surveillance du SRC; et une aide aux capacités des laboratoires en matière d'isolation du virus rubéoleux.

En 1986, seize ans après l'octroi des licences pour le vaccin antirubéolique, six pays d'Amérique (États-Unis, Canada, Cuba, Panama, Costa Rica et Uruguay) avaient introduit le vaccin triple ROR (contre la rougeole, les oreillons et la rubéole) dans leur programme d'immunisation des enfants. Ce n'est qu'en 2002 que 41 des 44 pays et territoires des Amériques ont finalement introduit un vaccin antirubéolique (RR ou ROR) dans leurs programmes nationaux d'immunisation des enfants. Les trois pays restants, le Pérou, Haïti et la République dominicaine, suivront entre 2003 et 2004.

En utilisant une stratégie mixte de vaccination antirubéolique parmi les femmes adultes et les enfants, Cuba a été le premier pays à éliminer la rubéole et le SRC: le dernier cas de SRC a été notifié en 1989 et le dernier cas de rubéole en 1995. Cet objectif a été atteint principalement grâce à la mise en oeuvre de deux campagnes de vaccination en masse en 1985 et 1986, qui ont tout d'abord visé les femmes entre 18 et 30 ans puis les enfants de 1 à 14 ans.

Lors du GCT de 1999, tenu au Canada, une stratégie de contrôle accéléré de la rubéole et de prévention du SRC a été élaborée pour les Amériques, s'inspirant de l'expérience des pays des caraïbes anglophones et de Cuba en matière de campagnes de vaccination antirubéolique en masse des adultes. La stratégie consiste en la vaccination des femmes et des hommes adultes avec en parallèle l'introduction du vaccin antirubéolique dans les programmes nationaux d'immunisation des enfants. Le but de cette stratégie conjuguée d'immunisation est d'obtenir une réduction rapide de la circulation du virus rubéoleux tout en empêchant que la maladie ne touche des adultes jeunes et susceptibles, en particulier les FAP, évitant ainsi l'incidence du SRC. La justification principale d'une stratégie accélérée d'immunisation est la réduction du laps de temps nécessaire pour l'interruption de la circulation du virus rubéoleux et la prévention du SRC. La plupart des pays de la région ont déjà mis en oeuvre la vaccination antirubéolique routinière des enfants, protégeant ainsi les enfants dès la première année. Cependant, il faudra probablement 20 ans avant que cette

stratégie ne puisse contrôler le SRC car plusieurs cohortes de FAP resteront susceptibles au virus rubéoleux.

L'expérience de Cuba et celle des pays des caraïbes anglophones ont aidé à formuler les initiatives de contrôle accéléré au Chili, au Costa Rica, au Brésil et au Honduras. Ces quatre pays ont mené des campagnes de vaccination en masse des adultes en faveur du contrôle accéléré de la rubéole et de la prévention du SRC: le Brésil (voir *Bulletin informatif du PEV*, avril 2002) et le Chili (*Bulletin informatif du PEV*, décembre 1999) ont visé uniquement les femmes lors de ces campagnes, alors que le Costa Rica (*Bulletin informatif du PEV*, février et juin 2001) et le Honduras (à publier dans le numéro de février 2003 du *Bulletin informatif du PEV*) ont mené des campagnes antirubéoliques visant hommes et femmes. Un savoir essentiel est acquis pour l'élaboration de stratégies de vaccination des adultes fructueuses et durables et atteignant des niveaux de couverture d'au moins 90%.

Des leçons ont été tirées de la vaccination en masse de groupes hétérogènes de la population comprenant des femmes, des hommes et des adolescents. Au Costa Rica, par exemple, 42% de la population (1,6 million) comprenant des femmes et des hommes ont été vaccinés sur une période d'un mois. La vaccination antirubéolique en masse au Brésil de 28 millions de femmes a permis de tirer des leçons supplémentaires sur la vaccination de larges groupes de population. Tous ces pays ont utilisé le vaccin RR, à l'exception du Chili qui a utilisé le vaccin antirubéolique simple.

L'expérience des pays anglophones des Caraïbes a également apporté des renseignements utiles sur le rapport coût/bénéfice de la vaccination antirubéolique. Ces études montrent que les bénéfices de la vaccination en faveur du contrôle accéléré de la rubéole sont bien supérieurs aux coûts associés au traitement du SRC. Le rapport coût/bénéfice a été estimé à 13,3:1 pour l'interruption de la rubéole et la prévention du SRC dans l'ensemble des pays anglophones des Caraïbes. Il est estimé que la rentabilité des campagnes en masse revient en moyenne à US \$2900 par cas de SRC prévenu. La Barbade et la Guyane ont estimé leur rapport coût/bénéfice de l'interruption de la transmission à 4,7:1 pour la Barbade et 38,8:1 pour la Guyane, avec une rentabilité de US \$1633 par cas de SRC prévenu.

L'impact des stratégies de vaccination antirubéolique accélérée sur la réduction rapide de la morbidité du SRC à Cuba, dans les pays anglophones des Caraïbes et au Chili est évident, de même que l'interruption rapide de la transmission du virus rubéoleux au Costa Rica. Le SRC est désormais considéré comme un problème de santé publique grave mais les données de surveillance limitées sont une source de préoccupation car elles ne fournissent qu'une vue partielle de la charge réelle de la maladie et du succès des initiatives. Par conséquent, des outils supplémentaires pouvant améliorer l'identification des cas soupçonnés de SRC sont en voie de mise en oeuvre. Ils comprennent la collaboration avec les

systèmes régionaux comme le Système d'information périnatale (SIP 2000) du Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain (CLAP) et l'Étude collaborative latino-américaine des malformations congénitales (ECLAMC). L'information recensée comprend les antécédents d'exposition à la rubéole, maladie lors de la grossesse de la mère, statut vaccinal de la mère, ainsi que confirmation par laboratoire de la rubéole chez la mère et toute malformation congénitale, hépato-splénomégalie et purpura chez le nouveau-né.

Alors que les pays des Amériques adoptent le contrôle accéléré de la rubéole, il deviendra crucial de documenter la souche endémique dans chaque pays afin de déterminer si un cas est importé ou non. Tout comme avec la rougeole, même si un pays a éliminé la rubéole, des importations du virus peuvent avoir lieu et ne peuvent être évitées que si les autres régions du monde ont entrepris des efforts similaires. La confirmation du diagnostic par laboratoire est par conséquent recommandée. Les IgM de la rubéole sont facilement détectés lors des six premiers mois de vie. Le virus rubéoleux peut être isolé à partir de frottis rhinopharyngés entre 6 et 12 mois après la naissance. Cependant, peu de cas cliniques de rubéole sont confirmés par test en laboratoire à l'heure actuelle et peu d'échantillons virologiques sont soumis à un typage moléculaire. A mesure que les pays établissent leur programme de contrôle accéléré de la rubéole et du SRC, il faudra renforcer ces aspects. Les analyses d'isolats viraux pour le typage moléculaire permettront de connaître la source et la propagation des épidémies de rubéole et des cas de SRC, ainsi que de déterminer les variations des souches rubéoliques.

Les pays dont la stratégie de contrôle accéléré de la rubéole est déjà en marche devront maintenir des systèmes de surveillance efficaces car la surveillance de l'exanthème et de la fièvre est actuellement l'outil le plus efficace. Les systèmes de surveillance et le diagnostic en laboratoire doivent permettre de détecter l'activité rubéolique, de documenter l'impact de la stratégie de vaccination antirubéolique mise en oeuvre, ainsi que d'étudier en profondeur chaque cas confirmé plutôt que de simplement recenser les endroits où circule le virus. L'accent doit être mis sur la confirmation par laboratoire de tous les cas soupçonnés de rubéole.

Les pays rapportent des progrès certains dans leurs efforts en faveur du contrôle de la rubéole et de la prévention du SRC. Les autorités sanitaires de la région ont relevé le défi en fournissant un soutien politique clef au niveau national. Lors de la 26e Conférence sanitaire panaméricaine, tenue en septembre 2002, les organes directeurs de l'OPS ont approuvé une résolution appelant les États membres à entreprendre des initiatives de contrôle accéléré de la rubéole et de prévention du SRC et à continuer d'améliorer la surveillance épidémiologique de la rubéole et du SRC, ainsi que le diagnostic laboratoire et les procédures d'investigation.

La supervision: un outil de gestion sous-utilisé pour l'identification des zones à risques

La supervision n'est pas utilisée systématiquement par tous les pays de la région comme un outil de gestion efficace. Le manque de supervision systématique a eu pour conséquence que les zones à risque de faible couverture vaccinale n'ont pas été identifiées, donnant lieu à des ressources et une gestion des soins inadéquates et/ou insuffisantes. Les données des pays sur la couverture vaccinale au niveau municipal, les résultats des investigations des flambées de rougeole, les données sur le contrôle porte-à-porte des campagnes de vaccination et les enquêtes mettent en évidence une couverture vaccinale insuffisante, en particulier parmi les groupes de population rurale pauvre et peu desservie, ainsi que parmi les migrants ruraux résidant aux alentours des grandes villes. Pour améliorer les services de vaccination routinière, l'OPS a proposé de renforcer la supervision régulière dans tous les établissements de santé, comme instrument éducatif ainsi que comme moyen de développer la responsabilité au niveau local.

Composants clefs d'une stratégie de supervision efficace

- *Protocoles de supervision normalisés comprenant les activités suivantes:*

Dans les établissements de santé, les superviseurs doivent réviser a) les pratiques de vaccination, y compris les pratiques d'injection, et la manière dont les seringues usagées sont jetées; b) les données administratives sur la vaccination, les estimations quant à la population locale, l'évaluation des taux d'abandon du DTC1 (BCG)/DTC3 (rougeole); c) le matériel de la chaîne du froid, y compris l'adoption d'une température adéquate dans les réfrigérateurs; d) la notification hebdomadaire des maladies pouvant être évitées par la vaccination; et e) la programmation et la mise en oeuvre d'activités de vaccination décentralisées.

Au niveau communautaire, les superviseurs doivent a) procéder à un contrôle porte-à-porte de la vaccination des enfants entre 0-4 ans pour avoir confirmation de visu du respect du calendrier de vaccination et écouter les commentaires des parents concernant les difficultés rencontrées lors de la vaccination de leurs enfants et les raisons de la non vaccination; b) rechercher la co-

opération et une rétroinformation de la part des autorités locales, des leaders communautaires, des organisations et des prestataires privés de soins de santé; c) utiliser l'information obtenue pour fournir une rétroalimentation concernant les moyens d'améliorer la performance du programme au personnel de santé gérant les établissements de santé.

Rétroalimentation écrite: préparer un rapport succinct de la visite (avec copie pour l'établissement de santé) comprenant 1) les observations principales; 2) les domaines nécessitant amélioration et les mesures correctives qui s'imposent; 3) une rétroinformation de la part du gestionnaire local; et 4) la date prévue de la prochaine visite de supervision.

- *Indicateurs existants devant être utilisés pour sélectionner les zones à risques élevés nécessitant des visites fréquentes*

Les critères de sélection pourraient comprendre 1) les populations avec des services de santé insuffisants; 2) les zones de faible couverture vaccinale ou avec des taux d'abandon élevés; 3) les zones de surveillance silencieuse; et 4) les zones de migration de secteur rural à secteur rural.

- *Des ressources suffisantes doivent être disponibles pour la mise en oeuvre d'une supervision régulière*

Il faut s'assurer que les Plans d'action nationaux d'immunisation comprennent des ressources appropriées pour soutenir la supervision régulière aux niveaux national et local et prévoient des ressources pour la formation des superviseurs.

La mise en oeuvre durable d'une stratégie de supervision correctement gérée aidera à améliorer les performances des programmes et la prise de responsabilité dans tous les établissements de santé, en particulier ceux situés dans des zones à risques élevés. Ces efforts doivent aussi aider les pays à obtenir des services d'immunisation uniformes et de qualité dans toutes les municipalités.

Équité de la couverture vaccinale: le projet bolivien

Antécédents

La vaccination est considérée comme l'une des pratiques les plus rentables dans le domaine de la santé publique, avec pour conséquence d'être généralement offerte gratuitement par les services de santé, et le Programme élargi de vaccination (PEV) est considéré comme l'un des éléments clefs des stratégies de base en matière de soins de santé destinés à la population. Le but du PEV est de garantir et d'assurer l'accès universel par tous les enfants aux services d'immunisation, avec un accent spécial porté sur la population à risque accru de contracter une maladie évitable par la vaccination. La recherche de l'équité lors de la prestation des services de vaccination est une priorité clef pour les programmes nationaux d'immunisation. L'existence dans certaines municipalités de taux de couverture inférieurs à 80% est preuve que la couverture n'est pas uniforme au travers d'un pays et ces municipalités constituent par conséquent des zones à risques élevés de transmission des

maladies tout comme d'épidémies. Il faut donc clairement identifier et étudier les causes des faibles niveaux de couverture dans ces municipalités et mener les actions qui s'imposent en faveur d'une couverture élevée. Dans ce cadre, un projet a été élaboré en 1999 (voir *Bulletin informatif du PEV*, août 1999 et 2001) entre l'État bolivien, la Banque mondiale et l'OPS et trois lignes d'action ont été établies: 1) renforcement institutionnel du PEV pour promouvoir l'adoption et la mise en oeuvre de politiques d'immunisation; 2) renforcement de l'ensemble des services de santé pour améliorer la couverture vaccinale et faciliter l'introduction de nouveaux vaccins; et 3) renforcement des systèmes d'information et de surveillance. Afin de mesurer le respect des objectifs du projet, des indicateurs d'activités en matière de vaccination et de financement ont été développés. Les municipalités à risques ont été définies comme celles rapportant des niveaux de couverture en DTC3 ou pentavalent 3 inférieurs à 80%.

Méthodes

Comme élément du plan de réduction du nombre de municipalités à risque, il a été procédé à une analyse des données des années 1997-2001 pour les municipalités rapportant de faibles taux de couverture sur plusieurs années. Les données préparées par le PEV grâce à la banque de données du système national d'information sanitaire (SNIS) ont été utilisées pour déterminer le nombre de doses de vaccin administrées et les données obtenues de l'Institut national de statistiques (INE) ont été utilisées pour déterminer la population, qui sert de dénominateur dans les calculs de couverture. Les informations de l'étude correspondent aux années 1997-2001 pour le DTC3 et pentavalent 3. Le vaccin pentavalent a été introduit en Bolivie en juillet 2000.

Définition d'une municipalité à faible couverture chronique

Une municipalité à faible couverture chronique a été définie comme toute municipalité dont les taux de couverture sont inférieurs à 80% pendant deux ans ou plus lors des cinq dernières années. Les municipalités sont divisées en trois catégories: haute priorité, moyenne priorité, basse priorité. Cette classification permet de séparer les municipalités par ordre de priorité en vue des activités de vaccination.

- **Haute priorité:** municipalités rapportant un taux de couverture vaccinale avec le DTC3 ou pentavalent 3 inférieur à 80% pour chacune des cinq dernières années.
- **Moyenne priorité:** municipalités rapportant un taux de couverture vaccinale avec le DTC3 ou pentavalent 3 inférieur à 80% lors de trois à quatre des cinq dernières années.
- **Basse priorité:** municipalités rapportant un taux de couverture vaccinale avec le DTC3 ou pentavalent 3 inférieur à 80% lors de deux des cinq dernières années.

Un groupe de travail sera formé parmi les municipalités choisies pour les interventions qui regroupera les maires, les agents de santé et les organisations locales. Ce groupe aura la responsabilité d'élaborer des plans locaux à long et moyen termes qui seront ratifiés par tous les membres du groupe. Le niveau central du ministère de la santé désignera des membres de son personnel pour le soutien technique direct et le contrôle du projet.

Classification des municipalités

La Bolivie compte 314 municipalités et une population totale de 8 328 772 habitants (2001), dont 235 363 habitants sont des enfants de moins d'un an. Vingt-sept municipalités sont classées comme étant à haute priorité avec un nombre total d'enfants de moins d'un an de 8077 (figure 1). La majorité des municipalités dans cette catégorie sont en zone rurale et leur population est indigène. La population moyenne d'enfants de moins d'un an dans ces municipalités à haute

priorité est de 300. Quarante-vingt quatorze municipalités sont classées comme étant de moyenne priorité avec une population totale de 93 363 enfants de moins d'un an. Trente-trois (35%) de ces municipalités sont situées à La Paz. Cinquante-trois municipalités sont classées comme étant à basse priorité avec une population totale de 45 458 enfants de moins d'un an. La plus grande proportion de la population dans ce groupe prioritaire est située à Cochabamba (52%) et à Santa Cruz (12%). Enfin, 140 municipalités ne furent pas classées comme étant à risque et leur population totale d'enfants de moins d'un an est de 106 178. Le secteur avec le plus grand pourcentage de municipalités dans cette catégorie est Potosí avec 20% de la population.

Figure 1 – Nombre de municipalités à risque par Département et ordre de priorité Bolivie, 1997-2001

Secteur	Nombre total de municipalités par Département	Haute Priorité	Moyenne Priorité	Basse Priorité
Beni	19	3	9	2
Cochabamba	44	1	16	11
La Paz	75	14	33	9
Pando	15	3	8	3
Potosi	38	0	6	5
Santa Cruz	50	3	13	10
Tarija	11	3	1	3
Oruro	34	0	3	3
Chuquisaca	28	0	5	7
Total	314	27	94	53

Plan d'immunisation équitable

Le programme national d'immunisation élabore et met en oeuvre une stratégie visant, par le dialogue avec les leaders communautaires, à obtenir un engagement au niveau local en faveur du programme national. Cette stratégie comprendra l'utilisation de brigades mobiles de vaccination (BEAR) qui sont très utilisées en Bolivie dans les municipalités considérées comme étant à haut risque. Comme d'habitude, les brigades collaboreront étroitement avec les membres de la communauté locale pour arriver à un diagnostic du problème et pour mettre en oeuvre un plan préalablement accepté par tous. Des évaluations techniques permettront d'exposer les causes de la faible couverture et d'examiner en profondeur les problèmes rencontrés. Une partie de l'analyse des problèmes associés aux estimations de couverture portera sur la fiabilité des dénominateurs officiels, c'est à dire les populations, pour chaque municipalité, en conjonction avec l'utilisation des instruments de l'OPS pour le contrôle rapide dans le cadre des activités de supervision et d'analyse de la situation.

Un volet essentiel du projet est la relation permanente et la communication entre les municipalités et les niveaux dé-

partemental et central du ministère. Il est crucial que le ministère charge son personnel de la responsabilité du contrôle de ces municipalités et fournisse une aide technique pour la mise en oeuvre opportune des plans. A moyen terme, une évaluation de la participation de la communauté et des autorités municipales sera menée pour améliorer le fonctionnement du plan et pour reconnaître les municipalités qui ont de fait éliminé le risque ou réduit sa classification. Ce plan d'immunisation équitable fait, à l'heure actuelle, parti du plan de santé du gouvernement national qui cherche à réduire l'exclusion sociale telle que pratiquée au niveau des services de santé nationaux. La participation communautaire est un élément clef du plan d'immunisation équitable qui assurera l'accès aux services de santé à ceux qui n'en bénéficient pas à l'heure qu'il est.

Note de la rédaction: l'obtention de taux de couverture élevés au niveau local est l'un des objectifs clefs exprimés dans la mission de l'OPS et des programmes nationaux d'immunisation. Bien que les taux de couverture régionaux et nationaux par vaccin soient plutôt élevés, des variations

existent dans nombre, sinon la plupart, des pays au niveau local. A l'heure actuelle, l'OPS a fait de l'équité dans la prestation des services de santé un objectif institutionnel clef. Par conséquent, elle a placé un accent tout particulier sur l'accélération des activités de monitoring de la couverture au niveau local et tous les pays doivent procéder à ce monitoring en vue de l'amélioration de la couverture. Les municipalités où la couverture est faible doivent faire l'objet d'évaluations pour en déterminer les raisons et aider à l'élaboration de mini plans d'action au niveau local qui permettront de cibler les problèmes et de les résoudre. Un aspect essentiel de ces évaluations sera les visites de supervision pédagogiques qui mettent l'accent sur l'examen de la gestion des données, les registres de vaccination, les pratiques et règles en vigueur dans les centres de vaccination, ainsi que les croyances et comportements de la communauté, telles qu'elles ont été définies par les activités de contrôle rapide. Ces dernières serviront non seulement à prévenir et contrôler les maladies pouvant être prévenues par la vaccination mais elles seront également essentielles pour l'obtention de l'équité lors de la prestation des services de santé.

Système de contrôle de la qualité pour la surveillance de la méningite et de la pneumonie bactériennes

Suite à la mise en oeuvre du système régional de surveillance pour le *Streptococcus pneumoniae*, qui plus tard a été élargi à l'*Haemophilus influenzae* et au *Neisseria meningitidis*, une des tâches principales a été la normalisation des méthodes des laboratoires et l'engagement de ces derniers à respecter l'assurance de la qualité à tous les niveaux. Ces efforts ont pour but d'assurer la diffusion de données régionales et nationales recevables du point de vue technique.

La normalisation a été obtenue grâce à des programmes de formation efficaces, tout d'abord au centre de référence principal, le Centre national de streptocoques (NCS) à Albert, au Canada, puis dans chaque laboratoire de santé publique de la région et enfin dans les laboratoires des hôpitaux participants. Une collaboration étroite a été établie entre les laboratoires de santé publique des différents pays ayant adhéré au système, qui permet aussi des collaborations dans le domaine de la recherche et un partage de connaissances et d'expertise. La formation comprend l'isolation primaire, l'identification, le test de susceptibilité, la caractérisation du pneumocoque ainsi que le sérotypage, le test de susceptibilité aux antibiotiques et, dans certains cas, l'analyse moléculaire.

Le système de contrôle/assurance de la qualité (C/AQ) comprend le test d'aptitude (groupe d'échantillons inconnus envoyés par le centre principal de référence aux centres sous-régionaux au Mexique, en Colombie et au Brésil, puis aux laboratoires de santé publique du reste de l'Amérique du

sud) et la vérification des échantillons isolés (10% de tous les *S. pneumoniae* typables, tous les *S. pneumoniae* "non typables" et 25% des souches résistant aux antibiotiques). Ce système de qualité est dynamique car il nécessite une communication continue entre les centres et les pays, des discussions et la préparation de rapports récapitulatifs des résultats. Les groupes sont formés de manière telle qu'ils constituent un challenge approprié ainsi que des instruments pédagogiques et de perfectionnement. Selon les processus de laboratoire de routine, ces groupes doivent faire l'objet d'une évaluation afin de vérifier tous les volets du système de test (media, réactifs, antisera), la précision technique et l'interprétation du test, ainsi que la saisie des données et la préparation de rapports.

En 2001, des contacts ont été liés avec le Centre de référence haemophilus du système de laboratoires de santé publique du Royaume Uni, un centre collaborateur de l'OMS, pour devenir le centre de référence externe C/AQ pour l'*H. influenzae* aux Amériques. A la fin de 2001, un atelier a été organisé pour normaliser les techniques laboratoires pour *Neisseria meningitidis* et il a été décidé de requérir les services de l'Institut Adolfo Lutz à São Paulo, au Brésil, pour servir de centre de référence pour le méningocoque. Ainsi, depuis 2002, la surveillance de la méningite et de la pneumonie bactériennes est effectuée par un système C/AQ qui vérifie la qualité des données concernant *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *N. meningitidis*.

En septembre 2002, une réunion a été tenue à Cuernavaca au Mexique pour discuter du statut du système C/AQ avec les représentants des centres de référence régionaux (Canada et États-Unis) et sous-régionaux (Brésil, Colombie et Mexique). Le but de la réunion était de mettre les résultats à jour et de partager les enseignements tirés. En général, les résultats des groupes d'échantillons des trois centres sous-régionaux envoyés par le NCS sont en corrélation plus de 90% du temps pour le sérotypage et la susceptibilité antimicrobienne de *S. pneumoniae*. Les erreurs détectées sont mineures. Certaines disparités ont été observées parmi les isolats soumis (15% pour le sérotypage et 10% pour la susceptibilité antimicrobienne), cependant elles ont pratiquement toutes été corrigées lors de tests subséquents menés par le laboratoire ayant envoyé l'échantillon. Globalement, les résultats des groupes d'échantillons envoyés par le laboratoire Haemophilus étaient conformes aux normes, avec certains problèmes quant à l'interprétation des agglutinations sur lame mais la RPC produit un type de souches occasionnant des résultats non concluants par agglutination. Presque tous les échantillons de *H. influenzae* type b ont été correctement identifiés.

Le système C/AQ des centres sous-régionaux vers les pays a également obtenu de bons résultats concernant la corrélation du sérotypage et la susceptibilité antimicrobienne. Le transport au-delà des frontières figure parmi les principaux problèmes identifiés. L'envoi d'isolats devient de plus en plus compliqué car il nécessite des permis d'importation, les coûts sont élevés et le choix de services de messagerie est limité. Par conséquent, les isolats sont envoyés et reçus de manière sporadique. Les ressources financières dont les programmes C/AQ ont besoin font de plus en plus l'objet de plafonnements parmi les laboratoires régionaux de santé publique.

Pour conclure, le système C/AQ a permis de renforcer les laboratoires de santé publique dans la région au moyen de collaborations techniques et scientifiques inter-pays et inter-laboratoires, ainsi que par la validation de l'information générée par le système de surveillance de la pneumonie et de la méningite bactériennes. Il est essentiel que les autorités nationales reconnaissent la valeur du C/AQ et fournissent le soutien nécessaire au renforcement de ces activités et les étendent à l'ensemble du système de laboratoires de santé publique de leur pays respectif.

Mise à jour sur la flambée de diphtérie au Paraguay

Antécédents

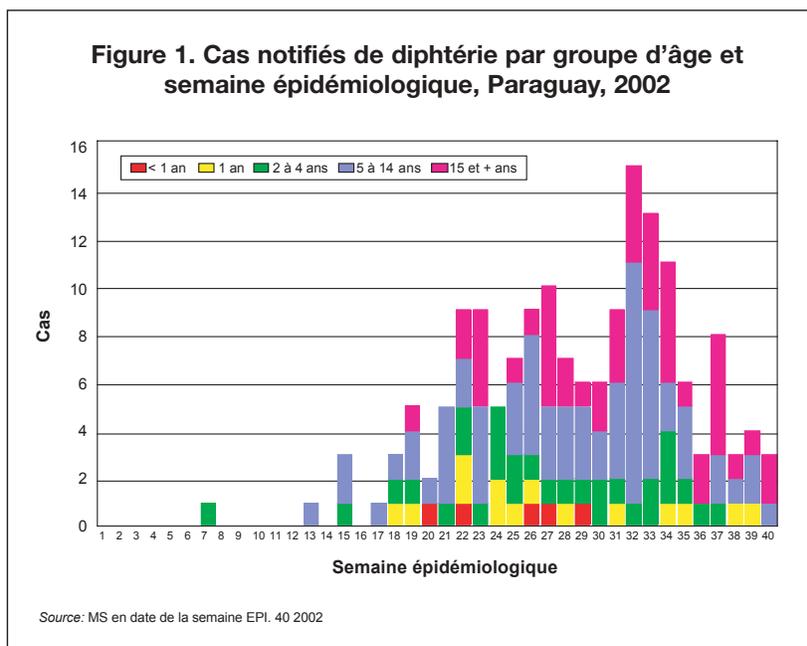
Durant la semaine épidémiologique 7 de 2002 (semaine se terminant le 2 février), un cas de diphtérie chez un enfant de 4 ans a été notifié dans le district de Capiata dans la région centrale du Paraguay (voir *Bulletin du PEV*, juin 2002). Lors de la semaine épidémiologique 13 (30 mars), un deuxième cas a été notifié dans la même région, dans le district de J. Augusto Saldívar. Plus tard, deux cas supplémentaires ont été notifiés lors de la semaine 15 (13 avril), ensuite confirmés par laboratoire. En date de la semaine épidémiologique 40 (5 octobre), 164 cas ont été notifiés (figure 1). De ces 164 cas notifiés, 47 ont été confirmés, 31 par laboratoire, 12 cliniquement et 4 par lien épidémiologique. Cent trois cas ont été écartés et

14 autres sont en voie d'investigation. Sept décès ont été notifiés pour un taux de létalité de 15%.

La diphtérie a montré une tendance à la baisse au

Paraguay lors des 22 dernières années, à l'exception d'une augmentation rapportée pour les années 1985 à 1987. En 1985, le Paraguay a notifié le taux pour 100 000 personnes le plus élevé (0,75). De 1996 à 2000, aucun cas n'a été notifié. En 2001, un cas isolé, notifié par le Département d'Alto Parana, a plus tard été confirmé comme un cas de diphtérie. Aucun cas supplémentaire n'a été rapporté dans ce secteur, même après une investigation poussée. Entre 1995 et 2001, le

taux de couverture nationale pour le DTC3 oscillait entre 79% et 89%. Les taux de couverture nationaux rapportés pour le DTC3 en 2001 dans les zones affectées par la flambée de diphtérie oscillaient entre 86% et 99%.



La flambée a affecté cinq districts de la région centrale (Aregua, Capiata, Ñemby, San Lorenzo et J.A. Saldivar), un district de la région de Pte. Hayes (Benjamín Aceval) et 2 zones périurbaines d'Asunción. Soixante-dix huit pourcent des cas confirmés proviennent de la région centrale où le district de Capiata a notifié la majorité des cas (37 cas, 23%). Les taux d'attaque les plus élevés ont été rapporté parmi les enfants de moins d'un an (3,2 pour 100 000), suivis par les enfants de 2-4 ans (2,07 pour 100 000). Parmi les cas confirmés, la majorité (28 cas) a été rapportée parmi les enfants de 5-14 ans, avec une moyenne d'âge de 7 ans.

Une évaluation des antécédents vaccinaux des 47 cas confirmés a révélé que 74% (35 cas) ne pouvaient prouver qu'ils avaient été immunisés, que ce soit avec un carnet de vaccination ou au moyen du registre des services de santé, 13% (6 cas) avaient des antécédents vaccinaux incomplets et seuls 13% (6 cas) disposaient de preuves irréfutables de leur immunisation. Les cas étaient principalement des enfants habitant dans des zones périurbaines et de pauvreté extrême.

La vaccination a été intensifiée dans tout le pays, en particulier dans les zones affectées et celles à risques élevés (définies comme ayant de faibles taux de couverture), et a eu pour cible les enfants de moins de 14 ans. Dans les districts ayant recensé des cas, les activités de vaccination ont été étendues aux adultes à risque élevé, parmi eux les vendeurs non officiels des marchés publics. Plusieurs stratégies de vaccination ont été utilisées comme la vaccination porte-à-porte et la vaccination dans les centres de santé et les écoles. Priorité a été accordée à la vaccination dans les zones périurbaines pauvres et celles où des migrants se sont récemment installés.

Note de la rédaction: l'incidence de la diphtérie a considérablement baissé aux Amériques dû à l'augmentation du taux de couverture vaccinale. En 1978, 6857 cas ont été notifiés, le chiffre le plus élevé rapporté dans la région. Depuis lors, une baisse graduelle du nombre de cas est évidente, avec 113 cas notifiés en 2000 et 68 en 2001. En date de la semaine épidémiologique 40 de 2002, le Paraguay a notifié 164 cas.

La cause la plus probable de ces flambées est le manque du maintien d'un taux élevé et uniforme de couverture du DTC3. C'est ce qui s'est passé en Colombie, à Cali, lors de la flambée de diphtérie en 2000 au cours de laquelle 8 cas ont été confirmés et des personnes de 5-19 ans ont été affectées. Le taux d'attaque le plus élevé était celui du groupe des 5-9 ans (31,2 pour 100 000). Le taux global de couverture à Cali a commencé à baisser en 1997 et a atteint environ 60% en 1999. Un déclin du taux de couverture a aussi été rapporté comme étant la cause de la flambée de diphtérie dans les républiques de l'ancienne Union soviétique qui ont notifié 50 319 cas. Plus de 70% des cas rapportés étaient des personnes de plus de 15 ans.

Une vaste majorité des cas sont des personnes n'ayant pas accès aux services de vaccination ou dont les antécédents vaccinaux sont incomplets. En Colombie, 5 (62%) des cas ont des antécédents vaccinaux incomplets et se trouvent en dessous du seuil de pauvreté. Au Paraguay, 35 (74%) des cas confirmés, pauvres pour la plupart, ne disposaient d'aucune preuve de vaccination. Il est par conséquent nécessaire d'améliorer l'accès aux services de santé des enfants de moins de 5 ans. Le fait que des cas se déclarent parmi les adultes souligne le besoin de vacciner en priorité les adultes à risque élevé, en particulier les groupes de population disposant d'un accès limité aux services de vaccination, comme c'est le cas au Paraguay.

Le Bulletin informatif du PEV est publié tous les deux mois, en espagnol et en anglais, par la Division des vaccins et de la vaccination (HVP) 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

Division des vaccins et de la vaccination

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, USA
<http://www.paho.org>

Éditeur: Gina Tambini
Éditeur-adjoint: Mónica Brana
Traduction: Béatrice Carpano

ISSN 0251-4729