

Expanded Programme on Immunization

Global Advisory Group – Part II¹

Achieving the major disease control goals

Poliomyelitis

The basic strategies on which poliomyelitis eradication can be achieved have now been defined and proved effective in the Region of the Americas and in a range of countries in the other Regions with differing climates, social and economic conditions. These strategies include twice-yearly national immunization days, outbreak response, and "mopping-up" operations in remaining areas of disease transmission. The problems limiting rapid progress towards global poliomyelitis eradication are managerial and financial, not technical.

Progress has continued to be made in all Regions in defining and extending zones apparently free of poliomyelitis. In each Region, there are countries implementing the WHO recommendations on the development of surveillance and the introduction of supplementary immunization.

Resources are insufficient to allow all countries wishing to implement essential strategies for poliomyelitis eradication to do so. Additional resources are urgently required to purchase vaccine, provide technical expertise and recruit laboratories into the diagnostic network. Steady progress has been made in developing laboratory networks. An increased number of laboratories are now providing effective diagnostic support to national immunization programmes. There is a further need to complete the network and to ensure that its constituent parts effectively function in a coordinated manner between laboratories and staff responsible for the operational aspects of disease control.

Progress is being made in the development of an oral polio vaccine (OPV) that is stable for 7 days at 45 °C, of a rapid diagnostic test for poliovirus infection, and of suitable methods of intratypic differentiation of isolated polioviruses.

¹ Part I appeared in No. 4 of 28 January

Programme élargi de vaccination

Groupe consultatif mondial – Partie II¹

Atteindre les buts principaux en matière de lutte contre la maladie

Poliomyélite

Les stratégies fondamentales qui devraient permettre l'éradication de la poliomyélite ont maintenant été définies et se sont révélées efficaces dans la Région des Amériques et dans un certain nombre de pays d'autres Régions ayant des climats et des situations socio-économiques différentes. Ces stratégies comprennent des journées nationales de vaccination organisées 2 fois par an, des mesures de lutte contre les flambées, des opérations de «ratisage» dans des zones où il y a encore transmission de la maladie. Les problèmes qui freinent encore l'éradication mondiale de la poliomyélite sont d'ordre gestionnaire et financier et non technique.

Toutes les Régions ont continué de faire des progrès en définissant et en étendant les zones apparemment indemnes de poliomyélite. Dans chaque Région, certains pays mettent en œuvre les recommandations de l'OMS sur le développement de la surveillance et l'introduction de vaccinations complémentaires.

Les ressources sont insuffisantes pour permettre à tous les pays qui le souhaiteraient d'appliquer des stratégies essentielles pour l'éradication de la poliomyélite. Des ressources supplémentaires sont requises d'urgence pour l'achat de vaccins, la fourniture de compétences techniques et l'association de laboratoires au réseau de diagnostic.

Des progrès réguliers ont été faits en ce qui concerne le développement du réseau de laboratoires. Un nombre accru de laboratoires fournissent désormais un appui efficace en matière de diagnostic aux programmes de vaccination nationaux. Il faudra également compléter le réseau et veiller à ce que les éléments qui le constituent fonctionnent efficacement et que les activités des laboratoires et du personnel chargé des aspects opérationnels de la lutte contre la maladie soient bien coordonnées.

La mise au point d'un vaccin antipoliomyélinique oral (VPO) stable pendant 7 jours à 45 °C progresse, ainsi que celle d'un test de diagnostic rapide de l'infection à poliovirus et de méthodes de différenciation intratypique des poliovirus isolés.

¹ La Partie I a paru dans le N° 4 du 28 janvier.

Recommendations

1. In view of the shortage of funds to allow purchase of sufficient vaccine to implement essential supplementary immunization strategies, the GAG urges the world community, especially the major donors and international agencies concerned with health, to ensure funds for sufficient vaccine to accelerate progress towards global poliomyelitis eradication.
2. When national immunization days have reduced poliomyelitis to focal areas, countries should urgently implement intensive house-to-house immunization ("mopping-up") following detection of a case. This "mopping-up" should aim to immunize all children in the target age group, regardless of their immunization status, in an extensive area surrounding the case. Such activities should be repeated 4 to 6 weeks later. Limited outbreak response immunization around poliomyelitis cases will not stop wild virus transmission. In countries in the early stages of poliomyelitis eradication activities before mopping-up is indicated, response to outbreaks should be limited to providing one supplementary dose to children living in the vicinity of the case.
3. Poliomyelitis endemic countries adjacent to zones apparently free of poliomyelitis should be a high priority to receive technical and financial assistance. In view of the progress towards zero cases of poliomyelitis being achieved in the populous countries of the Western Pacific Region, countries of the Indian subcontinent should be encouraged to review their progress and policies, in order to ensure high levels of political support for poliomyelitis eradication and full implementation of the policies to eradicate poliomyelitis effectively.
4. Neighbouring countries endemic, or recently endemic, for poliomyelitis should coordinate and synchronize national or sub-national immunization days, providing vaccine to all targeted children regardless of prior immunization status for maximum epidemiological impact. Countries should also coordinate surveillance and disease control activities through cross-border notifications of outbreak, detailing the geographical location of cases, at least for those occurring in districts adjacent to borders.
5. When national immunization days are planned primarily to achieve poliomyelitis eradication, countries should strive also to provide other scheduled immunizations such as measles for children and tetanus toxoid (TT) for women of childbearing age, particularly in high-risk areas. This is most critical in countries with a poorly developed infrastructure where routine contacts between health staff and the community are infrequent.
6. Systems of disease surveillance aimed at detecting and investigating all cases of acute flaccid paralysis should be developed in all countries. These systems should be monitored by performance indicators. Assessments of disease surveillance systems should be continued, extending these activities to countries bordering polio-free zones, and should include the status of development and use of the national laboratory, where appropriate. WHO should follow up the recommendations of these assessments to help ensure they are effectively implemented.
7. Research should be pursued on key subjects likely to facilitate the achievement of global poliomyelitis eradication and to increase the efficiency of certification of eradication, such as more thermostable OPV and a reliable rapid diagnostic test.

Recommandations

1. Vu la pénurie de crédits pour l'achat de vaccins en quantité suffisante pour mettre en œuvre les stratégies de vaccination complémentaire jugées essentielles, le Groupe prie la communauté internationale, notamment les principaux bailleurs de fonds et les institutions internationales à vocation sanitaire, de mobiliser les fonds nécessaires à l'achat de quantités suffisantes de vaccins pour accélérer les progrès en vue de l'éradication mondiale de la poliomyélite.
2. Une fois que les journées nationales de vaccination auront permis de confiner la poliomyélite à quelques foyers, les pays devront organiser d'urgence des campagnes de vaccination intensive porte-à-porte («ratissage») dès qu'un cas est signalé. Ces opérations viseront à vacciner tous les enfants du groupe d'âge cible, quel que soit leur état vaccinal, dans une zone étendue autour du cas. Elles devront être répétées 4 à 6 semaines plus tard. Une vaccination trop restreinte à la suite de l'épidémie autour des cas de poliomyélite n'interrompra pas la transmission du virus sauvage. Dans les pays qui n'en sont qu'au premier stade de l'éradication de la poliomyélite, où les opérations de ratissage ne sont pas encore indiquées, la réaction, en cas d'épidémie, doit se limiter à l'administration d'une dose complémentaire de vaccin aux enfants vivant dans le voisinage d'un cas.
3. Les pays d'endémie limitrophes de zones apparemment indemnes de poliomyélite devraient être les premiers à bénéficier d'une assistance technique et financière. Compte tenu des progrès vers l'élimination de la poliomyélite accomplis dans des pays très peuplés de la Région du Pacifique occidental, il faudrait encourager les pays du sous-continent indien à faire le point des progrès accomplis et des politiques en vigueur, en vue de garantir le soutien politique nécessaire à l'éradication de la poliomyélite et la pleine application des politiques qui permettront cette éradication.
4. Les pays voisins où la poliomyélite est endémique, même depuis peu, devraient coordonner et synchroniser leurs journées de vaccination nationales ou locales en administrant le vaccin à tous les enfants visés, indépendamment de leur état vaccinal, afin d'obtenir l'impact épidémiologique maximum. Les pays devraient également coordonner leurs activités de surveillance et de lutte contre la maladie en se signalant mutuellement les épidémies et en fournissant des détails sur la situation géographique des cas, au moins pour ceux qui surviennent dans des régions frontalières.
5. Lorsque des journées nationales de vaccination sont prévues, principalement en vue de l'éradication de la poliomyélite, les pays devraient s'efforcer d'y adjoindre d'autres vaccinations, telles que la rougeole pour les enfants et l'anatoxine tétanique (AT) pour les femmes en âge de procréer, en particulier dans les zones à haut risque. Ceci est particulièrement important dans les pays où l'infrastructure est mal développée et où les contacts systématiques entre le personnel de santé et la communauté sont rares.
6. Des systèmes de surveillance de la maladie visant à dépister et à étudier tous les cas de paralysie flasque aiguë devraient être mis au point dans tous les pays. Ces systèmes devraient être contrôlés au moyen d'indicateurs de résultats. L'évaluation de la surveillance devrait être poursuivie et cette activité devrait être étendue aux pays limitrophes de zones indemnes de la poliomyélite, et devrait porter sur le stade de développement et, le cas échéant, le degré d'utilisation, du laboratoire national. L'OMS devrait assurer le suivi des recommandations formulées à la suite de ces évaluations pour faire en sorte qu'elles soient effectivement appliquées.
7. La recherche doit se poursuivre sur les principaux éléments susceptibles de faciliter la réalisation de l'éradication mondiale de la poliomyélite et d'accroître l'efficacité de la certification de cette éradication. Pour cela, il faudra notamment mettre au point un VPO plus thermostable et une épreuve fiable de diagnostic rapide.

Neonatal tetanus

Significant progress towards neonatal tetanus (NT) elimination has been made in many developing countries, particularly in the Region of the Americas. In 1992, it is estimated that 580 000 deaths due to NT were occurring world wide, but 690 000 deaths were prevented. This represents a global reduction of 25% compared with the estimate in 1989.

The reduction in NT deaths is a result of the significant increase in immunization coverage of pregnant women with at least 2 doses of TT from 27% to 43% between 1989 and 1992 and an increase in coverage in women of childbearing age. An outstanding achievement has been made in some countries of the African Region.

The majority of newborns in developing countries continue to be delivered at home without the assistance of a trained attendant to ensure clean delivery.

The goal of NT elimination by the year 1995 will be reached in many districts and countries if there is a continued acceleration of national immunization programmes with specific focus on immunization of women of childbearing age in high-risk areas.

The major constraints to global elimination of NT are: high-risk districts not being identified in many developing countries; inadequate health infrastructure to administer TT immunization and provide services for clean deliveries; insufficient funds to purchase TT to immunize all women of childbearing age in high-risk districts in some major countries; 20% of NT cases occurring in countries with civil unrest; and gross underreporting of NT cases because of lack of access to health services or cultural hindrances.

Recommendations

1. To meet the 1995 elimination target, the priority for international support should be directed to countries where 80% of the global total of NT cases is estimated to occur and those with a NT rate above 5 per 1 000 live births. In those countries, priority should be given to immunization of all women of childbearing age in high-risk districts, or the high-risk subgroups of these women. Priority for external assistance should be given to those countries in greatest need which have not yet reached 80% coverage with TT or clean delivery. NT elimination should be defined as a rate of neonatal tetanus cases below 1 per 1 000 live births in every district of every country.
2. Districts should be considered as "NT eliminated" when, based on annual assessments, the NT reported rate is below 1 per 1 000 live births, confirmed by active surveillance based on record review of health facilities with NT diagnostic capabilities, or review of available vital event data, and community based searches for NT (e.g. using key informants). Surveillance data should be corrected for gender bias.
3. To achieve and maintain NT elimination it will be necessary to ensure that more than 80% of children in all districts are protected at birth through TT immunization of their mothers or through clean delivery and cord care practices. Districts with a lower TT coverage should be considered as high-risk districts. Managers should prioritize high-risk districts for intensified immunization activities, according to population size, TT coverage and access to clean delivery.
4. District managers should be trained in neonatal tetanus surveillance and should monitor completeness of morbidity reporting by health facilities and review hospital records on a yearly basis.

Continued on page 34

Tétanos néonatal

Des progrès importants en vue de l'élimination du tétanos néonatal ont été faits dans de nombreux pays en développement, en particulier dans la Région des Amériques. On estime à 580 000 le nombre de décès dus au tétanos néonatal dans le monde en 1992, mais 690 000 décès ont été évités, ce qui représente une réduction mondiale de 25% par rapport aux estimations de 1989.

La réduction de la mortalité par tétanos néonatal est le résultat d'une augmentation significative de la couverture vaccinale des femmes enceintes par au moins 2 doses d'AT, qui est passée de 27% à 43% entre 1989 et 1992, et d'une augmentation de la couverture des femmes en âge de procréer. Des progrès spectaculaires ont été faits dans certains pays de la Région africaine.

Dans les pays en développement, la majorité des femmes continuent d'accoucher à la maison sans l'aide d'une personne qualifiée qui pratique l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène.

Le but de l'élimination du tétanos néonatal d'ici 1995 sera atteint dans de nombreux districts et de nombreux pays si l'accélération des programmes de vaccination nationaux mettant l'accent sur la vaccination des femmes en âge de procréer se poursuit dans les zones à haut risque.

Les principaux obstacles à l'élimination mondiale du tétanos néonatal sont les suivants: dans de nombreux pays en développement, les zones à haut risque ne sont pas délimitées; l'infrastructure sanitaire est insuffisante pour que l'on puisse administrer l'AT et pratiquer des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène; les fonds sont insuffisants pour l'achat d'AT pour vacciner toutes les femmes en âge de procréer des zones à haut risque dans certains des principaux pays; 20% des cas de tétanos néonatal surviennent dans des pays en proie à des troubles civils; enfin, les cas de tétanos néonatal sont largement sous-notifiés faute d'accès aux services de santé ou en raison d'obstacles culturels.

Recommendations

1. Pour atteindre la cible de l'élimination en 1995, la priorité de l'aide internationale doit aller aux pays où l'on estime que surviennent 80% du total mondial de cas de tétanos néonatal et à ceux qui ont un taux de tétanos néonatal supérieur à 5 pour 1 000 naissances vivantes. Dans ces pays, la priorité doit être donnée à la vaccination de toutes les femmes en âge de procréer des zones à haut risque, ou aux sous-groupes de femmes en âge de procréer particulièrement exposées. La priorité en matière d'aide extérieure doit aller aux pays qui en ont le plus besoin et qui n'ont pas encore atteint le taux de couverture de 80% par l'AT ou de 80% d'accouchements dans des conditions d'hygiène. On entend par élimination du tétanos néonatal un taux inférieur à 1 cas pour 1 000 naissances vivantes dans tous les districts de tous les pays.
2. On considérera que le tétanos néonatal a été «éliminé» dans un district lorsque, sur la base d'évaluations annuelles, le taux notifié de tétanos néonatal sera inférieur à 1 pour 1 000 naissances vivantes, constatation confirmée par une surveillance active basée sur l'examen des dossiers des centres de santé possédant des moyens de diagnostic, ou sur l'examen des données d'état civil disponibles, et sur une surveillance communautaire (en faisant appel à des personnes qualifiées pour fournir ces informations). Les données de surveillance devront être corrigées en fonction du sexe.
3. Afin de réaliser durablement l'élimination du tétanos néonatal dans tous les districts, il faudra faire en sorte que plus de 80% des enfants soient protégés dès la naissance par la vaccination antitétanique de la mère ou des pratiques hygiéniques d'accouchement et de soins au cordon. Tous les districts ayant une couverture par l'AT inférieure seront considérés comme à haut risque. Les administrateurs devront établir un ordre de priorité parmi les districts à haut risque pour y intensifier les activités de vaccination, en fonction de la taille de la population, de la couverture par l'AT et de la qualité des soins dispensés lors de l'accouchement.
4. Des administrateurs de districts devront être formés à la surveillance du tétanos néonatal, contrôler que la notification de la morbidité par les centres de santé est complète et passer en revue les dossiers hospitaliers chaque année.

Suite à la page 34