

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVI Numéro 6

Protégez votre Famille par la Vaccination

Décembre 2014



30^e réunion des responsables de la vaccination des Caraïbes

Cinquante-huit participants de 29 pays des Caraïbes anglophones, néerlandophones et francophones et les partenaires de l'Agence de santé publique du Canada, de CARPHA (Agence de santé publique des Caraïbes) et de l'OPS se sont rassemblés à Phillipsburg, à St. Martin, du 19 au 21 novembre 2014 pour la 30^e réunion des responsables de la vaccination des Caraïbes.

L'objectif de la réunion était d'analyser les réalisations pour 2014 et les activités prévues pour 2015 tout en partageant les expériences des pays sur le programme de vaccination, avec un accent particulier sur l'exécution du plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale (SRC) dans la Région, ainsi que sur l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans le calendrier de vaccination systématique de chaque pays d'ici la fin de 2015 en accord avec le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio.

Le format de la réunion comportait des mises à jour techniques sur les maladies évitables par la vaccination et les domaines programmatiques apparentés à la vaccination par des conseillers et autres experts techniques du Programme élargi de vaccination (PEV) de l'OPS, ainsi que le partage des expériences des pays en matière de surveillance, recherche, introduction de vaccins, investigations d'événements supposément attribuables à la vaccination ou l'immunisation (ESAVI), ainsi que de gestion de la chaîne du froid, entre autres thèmes. Les responsables du PEV ont également formé des groupes pour faciliter les discussions sur les réalisations de leurs plans d'action pour 2014 et pour finaliser les plans pour 2015 avec des contributions des autres homologues.



Participants à la 30^e réunion des responsables du PEV des Caraïbes, du 19 au 21 novembre 2014. Crédit photo : Dr Papa Coumba Faye, OPS-HAI.

Les pays ont continué à améliorer leur couverture du PEV avec une moyenne de 94 % de couverture en 2013 pour tous les antigènes signalés (BCG, DTC, Polio, Hib, HépB et ROR 1). La couverture du ROR 2 était de 84 %. La surveillance de la rougeole et la rubéole continue à être renforcée avec un résultat supérieur à 80 % pour tous les indicateurs de fièvre et d'éruption à l'exception de la soumission ponctuelle d'échantillons au laboratoire de référence. Toutefois, la surveillance de la polio (PFA) requiert des améliorations.

Quelques recommandations clés de la réunion concernaient les pays pour qu'ils s'efforcent de :

- continuer à travailler pour atteindre une couverture de 95 % ou plus pour chaque vaccin administré à tous les niveaux.
- maintenir l'éradication de la polio et l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC en assurant une couverture vaccinale supérieure à 95 % et une surveillance de haute qualité.
- accroître les efforts en vue de l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés.
- administrer la 2^e dose de ROR au cours de la deuxième année de vie. ■

Dans ce numéro

- 1 30^e réunion des responsables de la vaccination des Caraïbes
- 1 Enquête démographique et sanitaire 2011-2012 au Honduras : analyse de la ponctualité et de la coadministration de la vaccination
- 4 Vaccination contre le choléra dans deux zones en Haïti en 2013
- 5 Vaccin contre le VPH au Chili et en Équateur
- 5 Guide pratique : introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI)
- 6 Atelier d'analyse de la couverture vaccinale pour la Région des Amériques
- 6 Réunion régionale sur la polio au Mexique
- 7 Principes de stockage du VPI
- 8 Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus de l'OPS récompensé pour ses réalisations en santé

Enquête démographique et sanitaire 2011-2012 au Honduras : analyse de la ponctualité et de la coadministration de la vaccination

Introduction

Alors que de nombreux pays des Amériques ont des taux de couverture vaccinale suffisamment élevés, les efforts portent de plus en plus sur l'amélioration de la ponctualité de la vaccination. L'adhérence opportune aux calendriers de vaccination minimise le temps pendant lequel les personnes ne sont pas protégées contre les maladies évitables par la vaccination, tout en maximisant l'efficacité des vaccins, et, pour certains vaccins, peut réduire le risque de convulsions fébriles. De plus, la ponctualité est particulièrement importante pour les vaccins dont l'administration comporte des limites d'âge maximales et minimales, telle que la série de vaccins antirotavirus.

Le calendrier de vaccination recommandé pour les enfants de moins de deux ans au Honduras est le suivant

Vaccin	Age recommandé de réception du vaccin
Bacille Calmette-Guérin (BCG), hépatite B	naissance
Pentavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC), hépatite B, <i>Haemophilus influenzae</i> type b)	2, 4, 6 mois
Vaccin polio oral (VPO)	2, 4, 6, 18 mois
Rotavirus	2, 4 mois
Vaccin antipneumococcique conjugué	2, 4, 6 mois
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	12 mois

Le vaccin antirotavirus et le vaccin antipneumococcique ont été introduits dans le calendrier recommandé de vaccination en 2009 et en 2011, respectivement.

HONDURAS suite de la page 1

Pour 2013, la couverture nationale rapportée par le Honduras a été de 87 % pour le BCG, de 87 % pour le pentavalent 3, et de 89 % pour le ROR1. Toutefois, il existe des données donnant à penser que la couverture pourrait être plus élevée et que les données de couverture sont probablement affectées par un dénominateur incorrect. Les plus récentes enquêtes démographique et sanitaire (DHS) menées au Honduras ont indiqué que 99,1 %, 95,2 % et 87,7 % des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu le BCG, le pentavalent 3 et le ROR1, respectivement.

Nous avons utilisé les données des dernières enquêtes démographique et sanitaire (DHS) menées au Honduras en 2011-2012 pour analyser la ponctualité de la vaccination et les tendances dans la coadministration de certains vaccins. Nous mettons en relief la méthodologie proposée par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), développée avec le soutien de la Division de l'immunisation mondiale des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CID/CDC) des États-Unis, afin d'appuyer les analyses de ponctualité, simultanéité et coadministration de la vaccination en utilisant les données de l'enquête et les définitions proposées par l'OPS sur la ponctualité de la vaccination : « précoce », « ponctuelle », « différée », et « tardive ».

Méthodes

L'enquête DHS de 2011-2012 comprenait les données de vaccination sur les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans à l'époque de l'enquête. Seuls les enfants pour lesquels des carnets de vaccination pouvaient être produits (et les dates de vaccination constatées) étaient inclus dans notre analyse. Sur les 10 592 enfants sur lesquels les données ont été recueillies, le nombre d'enfants avec des carnets de santé qui étaient inclus dans l'analyse était de 9270 (87,5 %). Les analyses étaient effectuées en tenant compte de la conception des enquêtes DHS.

Les définitions de la ponctualité étaient basées sur le programme de vaccination (PEV) du Honduras et les discussions de l'OPS (tableau 1). En résumé :

Les doses « **précoces** » sont les doses administrées avant la période recommandée. Pour les deuxièmes ou troisièmes doses d'une série, « précoce » peut signifier que soit un enfant a reçu une dose à un âge plus jeune que recommandé (par ex., <120 jours pour le Penta2) soit à un intervalle plus court que recommandé (par ex., <28 jours après la dose précédente pour le Penta2). Les doses précoces peuvent être considérées valides ou invalides, selon le vaccin.

Les doses « **ponctuelles** » sont des doses administrées durant la période de temps

recommandée (colonne bleue). Pour les deuxièmes et troisièmes doses d'une série, la définition de « ponctuelle » pourrait inclure une moyenne d'âge (par ex., 120-150 jours pour le Penta2) ainsi qu'une condition d'intervalle (par ex., 28-58 jours après la première dose, pour le Penta2 et 3). Toutes les doses « ponctuelles » sont considérées valides.

Les doses « **différées** » sont des doses administrées après la période recommandée. Pour les deuxièmes et troisièmes doses d'une série, « différées » pourrait signifier qu'un enfant a reçu une dose plus tard que recommandé (par ex., 151-365 jours pour le Penta2) ou après un intervalle plus long que recommandé (par ex., >59 jours après la dose antérieure pour le Penta2). Toutes les doses différées sont considérées valides.

Les doses « **tardives** » sont les doses administrées après la période différée. Les doses tardives peuvent être considérées valides ou invalides, selon le vaccin. Toutefois, ces doses ne sont pas comptées dans le calcul de la couverture vaccinale des enfants de <12 mois et pour le ROR chez les enfants de 12-24 mois.

Des analyses ont été effectuées en SAS v.9.3 (toutes les analyses de régression et les analyses descriptives) et R v.3.0.2 (analyses de survie).

Tableau 1. Définitions de ponctualité utilisées pour l'analyse DHS 2011-2012 au Honduras
GRIS : doses invalides (précoces ou tardives)

Vaccin	Âge recommandé	PRÉCOCE - Intervalle	PRÉCOCE - âge	PONCTUEL	DIFFÉRÉ - âge	DIFFÉRÉ - Intervalle	TARDIF
Penta1	2 mois	--	âgés de moins de 60 jours (invalide)	âgés de 60-90 jours	âgés de 365-395 jours	--	âgés de plus d'un an (365 jours)
Penta2	4 mois	<28 jours après dose antérieure (invalide)	âgés de moins de 120 jours	âgés de 120-150 jours et 28-58 jours après dose antérieure	âgés de 151-365 jours	>59 jours après dose antérieure	âgés de plus d'un an (365 jours)
Penta3	6 mois	<28 jours après dose antérieure (invalide)	âgés de moins de 180 jours	âgés de 180-210 jours et 28-58 jours après dose antérieure	âgés de 211-365 jours	>59 jours après dose antérieure	âgés de plus d'un an (365 jours)
Rota1	2 mois	--	âgés de moins de 60 jours (invalide)	âgés de 60-90 jours	âgés de 91-105 jours	--	âgés de plus de 105 jours (invalide)
Rota2	4 mois	<28 jours après dose antérieure (invalide)	âgés de moins de 120 jours	âgés de 120-150 jours et 28-58 jours après dose antérieure	âgés de 151-240 jours	>59 jours après dose antérieure	âgés de plus de 240 jours (invalide)
ROR	12 mois	--	âgés de moins de 365 jours (invalide)	âgés de 365-395 jours	âgés de 396-730 jours	--	âgés de plus de 2 jours (730 jours)

Résultats**Taux de conservation des carnets**

Parmi les enfants compris dans la DHS, il y avait une différence dans le taux de conservation des carnets de santé par année de naissance : les carnets de santé étaient présentés pour 93,2 % des enfants nés en 2011, par rapport à 83,7 % pour les enfants nés en 2007.

Âge moyen de réception de la vaccination

Parmi les enfants ayant des carnets de vaccination, l'âge moyen à la réception de la vaccination pour toutes les années évaluées dans la DHS 2011-2012 tombe dans les limites d'âge recommandées (tableau 2).

Il faut noter que l'analyse indiquée au tableau 2 ne comprend que des enfants produisant des carnets de vaccination à l'époque de l'enquête ; il est possible que les enfants ayant des carnets de vaccination aient plus de chance d'être vaccinés

Tableau 2. Âge moyen, en jours à la réception de la vaccination par année de naissance parmi les enfants produisant des carnets de vaccination,* DHS 2011-12

Vaccin	Ponctuelle (recommandée)	2007	2008	2009	2010	2011	Valeur p pour tendance
Penta1	âgés de 60-90 jours	72,6	72,9	71,2	67,9	64,3	0,02*
Penta2	âgés de 120-150 jours et 28-58 jours après dose antérieure	144	144	141,8	137,7	134,5	0,01*
Penta3	âgés de 180-210 jours et 28-58 jours après dose antérieure	221,7	221,3	214,8	206,9	200,4	0,01*
Rota1	âgés de plus de 60 jours			70,6	69,6	67,8	0,10
Rota2	âgés de 120-150 jours et 28-58 jours après dose antérieure			139,5	138,4	134,3	0,20

Note : * indique que le test de tendance est statistiquement important. Ces nombres comprennent seulement les enfants produisant les carnets de vaccination à l'époque de l'enquête.

ponctuellement, car les carnets peuvent rappeler à la famille quand il faut retourner pour la vaccination. Par conséquent, ces moyennes ne devraient pas

être interprétées comme représentatives des moyennes nationales.

Voir **HONDURAS** page 3

Ponctualité de la vaccination

Dans l'ensemble, les doses de vaccin pentavalent étaient administrées soit ponctuellement soit avec très peu de retard, et très peu de doses tardives étaient administrées. Pratiquement toutes les doses administrées étaient valides.

En 2011, 86 % de doses de Penta1 étaient administrées ponctuellement (entre 60 et 90 jours d'âge), avec 7 % de doses administrées avant

l'âge de 60 jours. Pour les doses de Penta2 et Penta 3, 86 % étaient différées, soit en fonction de l'âge de l'enfant soit en fonction de l'intervalle entre les doses. Un très petit nombre de doses était administré tardivement (figures 1A-1B). En 2011, 86 % des doses de ROR étaient administrées ponctuellement et 8 % des doses étaient différées.

Tous les enfants de l'enquête étaient inclus dans les calculs de ponctualité, par conséquent on devrait s'attendre à ce que les enfants dans les

tranches d'âge postérieures (plus jeunes) soient moins susceptibles d'avoir reçu les vaccins que ceux dans les tranches d'âge antérieures (plus âgés). De plus, les enfants dans les tranches d'âge antérieures (plus âgés) ont eu plus de temps pour recevoir des vaccinations tardives que les enfants dans les tranches d'âge postérieures (plus jeunes) donnant lieu potentiellement à des augmentations dans les moyennes entre cohortes antérieures.

Figure 1A. Doses de Penta1 par catégorie de ponctualité, par année de naissance, Honduras, cohortes de naissance 2007-2011*

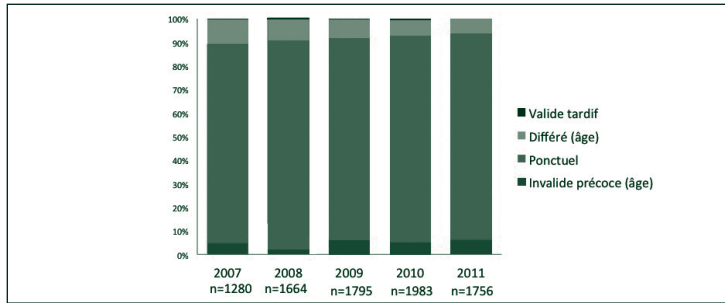
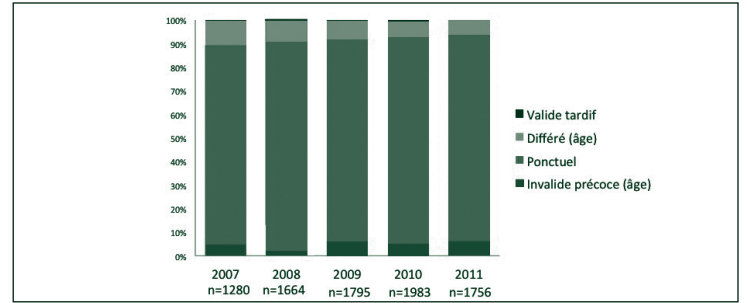


Figure 1B. Doses de Penta3 par catégorie de ponctualité, par année de naissance, Honduras, cohortes de naissance 2007-2011*



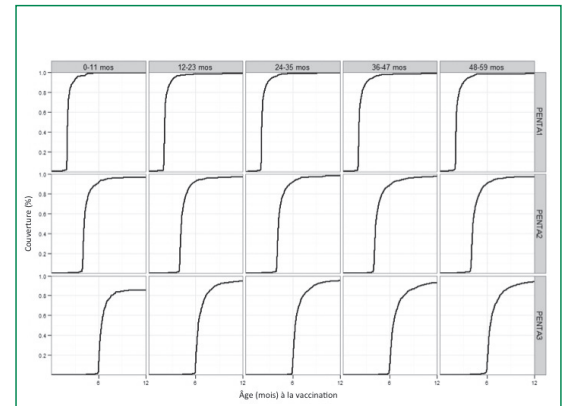
*Note : les sections des barres du graphique sont arrangées des doses antérieures (bas) aux doses postérieures (haut). Bien qu'il y ait eu une grande proportion de doses de Penta3 différées, ceci reflète la rigidité de la définition de ponctualité utilisée : les doses antérieures non ponctuelles n'ont pas été prises en compte lors de la détermination de la ponctualité des doses postérieures. Par conséquent, une dose tardive de Penta1 ferait presque certainement que les doses de Penta 2 et 3 doses seraient « tardives », même si elles étaient administrées selon les intervalles recommandés entre les doses.

En 2011, 87 % des doses de Rota1 étaient administrées ponctuellement, mais 6,5 % étaient administrées « de façon précoce » et 3,1 % étaient administrées « tardivement ». La plupart des doses de Rota2 étaient différées (92 %) mais presque toutes les doses administrées (>99 %) étaient valides.

La Figure 2 illustre les courbes de vaccination de Penta1-3 indiquées par cohorte d'âge, avec le pourcentage des cohortes vaccinées sur l'axe y. Ces courbes décrivent le « taux » de vaccination dans chaque cohorte, avec des courbes plus marquées indiquant que la cohorte a été vaccinée plus rapidement. Dans l'ensemble, la plupart des enfants dans chaque cohorte sont vaccinés durant ou à une date proche du mois recommandé (voir axe x), avec peu de variation entre les cohortes d'âge comprises dans la DHS 2011-12.

Note : la valeur y de la courbe au côté droit de chaque tracé correspond au pourcentage d'enfants vaccinés à 12 mois dans chaque cohorte. Comme prévu, la courbe est plus élevée pour le Penta1 (un pourcentage plus élevé d'enfants a reçu le Penta1 à 12 mois) que le Penta2, et celle du Penta 3 est la plus faible.

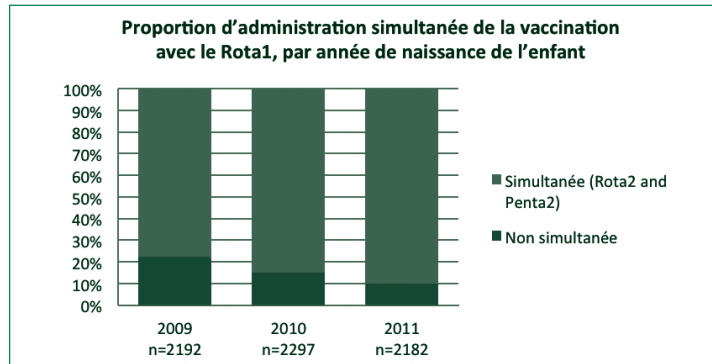
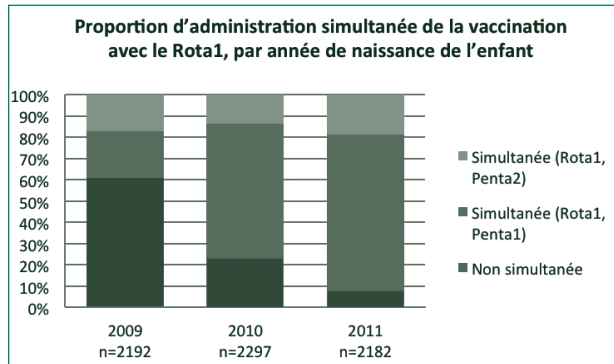
Figure 2. Ponctualité des doses de Penta1-3 illustrée en utilisant les courbes de vaccination par âge à l'époque de l'enquête, Honduras 2011



Coadministration de vaccins

En 2011, le Rota1 a été coadministré avec le Penta1 dans 73 % des doses données (figure 5). Approximativement 19 % des doses de Rota1 sont coadministrées avec le vaccin Penta2 ; 8 % des doses de Rota1 sont administrées sans Penta1 ou Penta2 . Dans la même année, le Rota2 a été administré simultanément avec le Penta2 dans 90 % des doses. En 2011, le vaccin antirotavirus a été administré seul dans moins de 10 % de toutes les doses.

Figure 3. Administration simultanée du vaccin antirotavirus avec les vaccinations de Pentavalent 1 et 2 au Honduras, par année de naissance, Honduras 2009-2011



*Note : le vaccin antirotavirus a été introduit officiellement en décembre 2009. Par conséquent, la figure 2 ne devrait pas être considérée comme une analyse de la tendance des vaccins coadministrés de 2009 à 2011, du fait qu'une seule cohorte complète (née en 2010) a eu l'opportunité de recevoir le vaccin antirotavirus après cette date

En 2011, le vaccin antipneumococcique conjugué a été systématiquement (dans plus de 80 % des doses) coadministré avec les vaccins pentavalents et antipoliomyélitique. Voir HONDURAS page 4

HONDURAS suite de la page 3

Discussion

Cette analyse secondaire des données de vaccination recueillies par la DHS au Honduras met en relief trois points importants :

1. Un programme de vaccination peut obtenir des informations utiles, au-delà de la couverture vaccinale, à partir d'enquêtes effectuées systématiquement.
2. Cette analyse, accomplie selon les étapes décrites dans un nouveau guide de l'OPS en cours de développement, représente l'un des premiers exemples de l'utilité de ce guide. Ce guide offrira des définitions standard pour la ponctualité de la vaccination et une méthodologie étape par étape pour mener des analyses secondaires de ponctualité de la vaccination et de coadministration des vaccins.
3. Les résultats de l'analyse laissent entendre qu'au Honduras, non seulement la couverture vaccinale est élevée, mais aussi que la majorité des doses administrées sont valides et que la vaccination est généralement ponctuelle, même si la plupart des enfants complètent la série de base de trois doses de vaccin pentavalent après l'âge de sept mois. Ils suggèrent également que les vaccins qu'il est recommandé d'administrer simultanément sont en fait administrés à la même date, fait encourageant car il montre que la coadministration de deux vaccins injectables (Penta et antipneumococcique) plus deux vaccins oraux (VPO et antirotavirus) est réalisable et peut être bien acceptée.

Étant donné que tous ces résultats ne s'appliquent

qu'aux enfants ayant des carnets de vaccination, il est rassurant que le taux de conservation des carnets ait été relativement élevé au Honduras. Toutefois, ces résultats laissent entendre également que la conservation des carnets diminue avec l'âge des enfants. La disponibilité des carnets est la principale limitation de ce type d'analyse. Dans le cas des résultats présentés, les estimations de couverture et de ponctualité des années antérieures comprennent moins d'enfants, car un nombre moindre d'enfants dans ces tranches d'âge ont pu présenter des carnets de santé à partir desquels il a été possible d'enregistrer des informations sur la vaccination. Par conséquent, il est important que les agents de santé encouragent les familles à conserver les carnets de santé de leurs enfants jusqu'à ce qu'ils aient au moins cinq ans.

Note de la rédaction

Plusieurs pays mènent des enquêtes sanitaires nationales. Celles les plus fréquemment utilisées sont les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF. Étant donné que ces enquêtes recueillent généralement des données sur la vaccination, le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination a recommandé en 2009 que les programmes de vaccination se maintiennent au courant de la tenue de ces types d'enquêtes, afin d'assurer que les questionnaires soient adéquats, les enquêteurs correctement formés pour évaluer le statut de la vaccination et les résultats intrinsèquement cohérents entre les vaccins. Depuis lors, la majorité des programmes de vaccination a participé à la révision des questions relatives à la vaccination dans ces enquêtes et à la formation des enquêteurs sur la façon de lire correctement les carnets de vaccination.

Pour un programme de vaccination, il est important de comprendre si les calendriers de vaccination recommandés sont effectivement respectés. Cette information peut offrir un aperçu des problèmes concernant la mise en œuvre des recommandations et la connaissance limitée des agents de santé au sujet des directives du pays, ou une certaine réticence à la coadministration de vaccins. Ce dernier point est particulièrement important, du fait qu'un plus grand nombre de vaccins injectables est recommandé pour chaque visite de vaccination.

L'utilité du type d'analyse secondaire des données présenté ici dépend fortement de la conservation des carnets de vaccination, du fait que la généralisation des résultats est limitée à ceux qui possèdent des carnets de vaccination. L'OPS a préconisé de recueillir les données de vaccinations dans les établissements sanitaires quand le carnet de vaccination n'est pas disponible à la maison au moment de l'enquête. Toutefois, étant donnée la nature même des DHS et des MICS (enquêtes sur les ménages) et des nombreuses variables qu'elles contiennent, ceci n'a pas été jugé faisable à l'heure actuelle. Les pays devront par conséquent redoubler d'effort pour assurer la distribution des carnets et encourager les parents à les conserver.

Enfin, en 2015, PAHO publiera son guide intitulé « Module 6 : enquête et analyse des données du registre informatique de vaccination », au titre d'une boîte à outils pour le suivi des interventions de santé publique chez les enfants de moins de 15 ans,¹ et fournira un appui aux pays qui souhaitent utiliser le *Module 6*. ■

Données et analyses fournies par : Aaron S. Wallace, CDC; Kristin Bratton, CDC.

¹ « Validation de la boîte à outils de surveillance intégrée au Nicaragua ». Bulletin d'immunisation, février 2014 ; Vol. XXXVI No. 1 (p. 1). Disponible sur www.paho.org/immunization/newsletter.

Vaccination Contre Le Cholera Dans Deux Zones en Haïti en 2013

Depuis octobre 2010, une épidémie de cholera sévit en Haïti. Pour mettre fin à cette épidémie, un plan d'élimination du cholera 2013-2020 sur l'île d'Hispaniola a été élaboré et adopté de concert avec la République Dominicaine.

La vaccination de masse a été retenue comme mesure complémentaire à d'autres interventions de prévention dans certaines zones à haut risque (agglomérations urbaines à forte densité de population et communautés rurales dispersées et difficiles d'accès). Dans le cadre de la mise en œuvre du plan, la Direction du Programme Élargi de Vaccination a réalisé en Aout et Septembre 2013 à Petite Anse (Nord) et à Cerca Cavajal (Centre), une campagne de vaccination contre le cholera qui a ciblé 20,917 personnes à Cerca Cavajal et 86,989 à Petite Anse soit un total de 107,906 personnes parmi la population générale excepté les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes.

Les résultats de la campagne étaient : 21,944 sur 20,917 personnes soit 104% à Cerca Cavajal et 83,976 personnes sur 86,989 soit 92% à Petite Anse ont reçu les deux doses de vaccins contre le cholera.

De plus, en collaboration avec le MSPP, CDC a mis en œuvre plusieurs enquêtes, avant, pendant et après la campagne de vaccination, pour identifier les

leçons apprises et améliorer les futures campagnes de vaccination contre le cholera en Haïti.

1. Une enquête CAP (connaissances, attitudes et pratiques) avant et après la campagne de vaccination pour évaluer l'impact de la campagne sur les connaissances, attitudes et pratiques de la communauté sur le cholera, le traitement de l'eau, l'hygiène, l'assainissement, et les pratiques de vaccination.
2. Une enquête de couverture vaccinale pour évaluer la couverture vaccinale dans la population cible sélectionnée, identifier l'acceptabilité du vaccin, les obstacles à la vaccination, et tous les événements indésirables rapportés après administration du Vaccin Contre le Cholera.
3. Une étude sur l'efficacité du Vaccin Contre le Cholera sur le terrain en Haïti pour évaluer le succès du vaccin dans la prévention des cas sévères de cholera dans les zones vaccinées.

L'enquête de couverture a révélé une couverture en 2-doses du vaccin de 63% à Petite Anse et 77% à Cerca Cavajal. Les femmes et les enfants de moins de 15 ans avaient des couvertures plus élevées que les hommes et les adultes dans les 2 régions. Les principales raisons de non-vaccination étaient le manque de temps et l'absence pendant



Un homme recevant le vaccin oral contre le choléra en Haïti, en 2013. Crédit photo : PEV-HAI.

la campagne. Aucun effet indésirable majeur n'a été rapporté. Seulement 8% ont rapportés un effet indésirable mineur tel que la nausée, le vertige et le mal au ventre.

Simultanément aux activités de vaccination, des interventions complémentaires ont été menées d'une part par la DINEPA pour améliorer l'accès à l'eau potable et assainir le milieu, et d'autre part par l'équipe de communication afin que la population renforce les mesures de précaution recommandées. ■

Vaccin contre le VPH au Chili et en Équateur

Le Chili introduit le vaccin contre le VPH dans le programme national de vaccination



La Présidente du Chili, le Dr Michelle Bachelet (centre), et le Ministre de la Santé, Dr Helia Molina (seconde à partir de la gauche), lors du lancement de la vaccination nationale contre le VPH, en septembre 2014. Crédit photo : ministère de la Santé, Chili.

Le 2 septembre 2014, la Présidente du Chili, le Dr Michelle Bachelet, a lancé la campagne nationale de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH). Le ministère de la Santé avait prévu de vacciner 125 000 filles âgées de 9 et 10 ans en 2014. Il était prévu d'administrer le vaccin quadrivalent dans un calendrier de vaccination à deux doses, avec un intervalle de 12 mois entre les doses.

Les agents de santé prévoyaient d'administrer le vaccin VPH dans les écoles publiques et privées. L'introduction du vaccin était prévue conjointement avec le secteur de l'éducation ; un manuel spécifiquement destiné aux enseignants avait été préparé et distribué. Des informations supplémentaires et des vidéos sont disponibles en ligne.

Chaque année, 587 femmes au Chili meurent du cancer du col de l'utérus (équivalent à un taux de mortalité ajusté selon l'âge de 5,7 pour 100 000 femmes). L'introduction du vaccin VPH est le résultat du travail conjoint entre le programme

national pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus, le programme national de vaccination, des experts en éducation et en santé, des économistes, des dirigeants politiques et des représentants de la société civile.

Au Chili, le vaccin contre le VPH est disponible dans le secteur privé de la santé depuis 2006. Son inclusion dans le calendrier national de vaccination réalise donc l'accès universel à ce vaccin dans l'ensemble des cohortes d'âge ciblées, y compris les groupes de populations vulnérables. L'investissement public annuel pour la vaccination contre le VPH s'élèvera à US\$ 2,5 millions.

Dans la Région des Amériques, 22 pays (en plus du Chili), incluant l'Argentine, Antigua, la Barbade, le Brésil, les Bermudes, le Canada, les îles Cayman, la Colombie, l'Équateur, les États-Unis, le Guyana, le Mexique, le Panama, le Paraguay, le Pérou, Porto Rico, Saba, Saint-Martin, le Suriname, la Trinité-et-Tobago et l'Uruguay, offrent maintenant le vaccin contre le VPH dans leurs programmes de vaccination financés publiquement. Chaque année, 6,5 millions d'adolescentes (85 % d'une cohorte de naissances typique des Amériques) ont un accès garanti au vaccin contre le VPH dans l'hémisphère occidental.

L'Équateur renforce ses efforts pour prévenir le VPH

En février 2014, le ministère de la Santé publique de l'Équateur a incorporé le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 2) dans le calendrier officiel de vaccination du pays, au titre de la stratégie nationale pour la prévention du cancer du col de l'utérus.

Le Dr Francisco Vallejo, secrétaire adjoint à la Surveillance de la santé, a indiqué que le ministère allouait un budget d'environ US\$ 20 millions pour assurer la prévention de cette maladie parmi les filles de 9 à 11 ans, qu'elles soient scolarisées ou non. Il a expliqué « qu'en 2012, 664 femmes atteintes du cancer du col de l'utérus étaient

mortes en Équateur. Certaines projections fixent le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus à environ 2000. C'est la raison pour laquelle nous faisons un travail de prévention. »

Au cours de la première année, la campagne vise à vacciner 1 350 000 filles regroupées dans trois cohortes (9, 10 et 11 ans) dans tout le pays avec deux doses du vaccin. Un total de 1,4 million de doses du vaccin bivalent VPH a été acheté à travers le Fonds renouvelable de l'OPS à cette fin. Le programme de vaccination de l'Équateur envisageait deux stratégies de vaccination pour couvrir toutes les filles dans ce groupe d'âge : vaccination en établissement scolaire pour les filles scolarisées et vaccination en centre de santé pour celles qui ne le sont pas. À partir de 2015, la cohorte de 9 ans continuera à être vaccinée.



Adolescente recevant le vaccin contre le VPH à Guayaquil, en Équateur. Crédit photo : Programme de vaccination, ministère de la Santé de l'Équateur.

La promotion a été initiée à l'aide d'un spot publicitaire télévisé et d'une conférence de presse avec les médias. Le ministère disposait de la coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour le plan d'introduction du vaccin. Manuel Peña, le représentant de l'OPS en Équateur, a dit que « l'accent était mis sur cet âge pour avoir un plus grand effet sur les enfants avant leurs premiers rapports sexuels. » ■

Guide pratique : introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI)

L'un des quatre objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 (PEEP, d'après son sigle en anglais) est le retrait du vaccin polio oral (VPO), en commençant par le retrait de la composante de type 2 du vaccin polio oral trivalent. Le PEEP comporte une échéance pour le retrait mondial du VPOt : 1) à la fin de 2014, tous les pays devront avoir défini un plan d'introduction du VPI, 2) à la fin de 2015, tous les pays devront avoir introduit au moins une dose de VPI dans le calendrier de vaccination systématique et 3) à la mi-2016, si toutes les conditions préalables ont été remplies, l'OMS coordonnera un passage global du VPOt au VPOb.

Afin d'aider les pays des Amériques à atteindre cet objectif, l'Unité d'immunisation de l'OPS a développé un guide pratique pour l'introduction du VPI. Ce guide pratique présente les informations et décrit les stratégies que les équipes sanitaires dans les pays des Amériques devraient connaître afin d'établir leurs plans pour l'introduction du VPI dans leurs programmes de vaccination systématique. Le guide comprend également des informations sur la pré-qualification récente des flacons de cinq doses et l'approbation de l'usage de flacons multidoses dans les 28 jours suivant leur ouverture, si les critères décrits par l'OMS sont

The image shows a page from a technical guide. It contains text in French and a flowchart. The flowchart is titled 'FIGURE 1 - Chronologie de l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI)'. It shows a timeline from 2013 to 2016, with key events such as 'Retrait du VPOt', 'Introduction du VPI', and 'Passage global du VPOt au VPOb'. The text describes the process of transitioning from the trivalent oral polio vaccine (VPOt) to the bivalent oral polio vaccine (VPOb) and the introduction of the inactivated polio vaccine (VPI).

respectés. Des détails sur la politique du flacon ouvert se trouvent à la page 16 du guide. www.paho.org/immunization/polio. ■

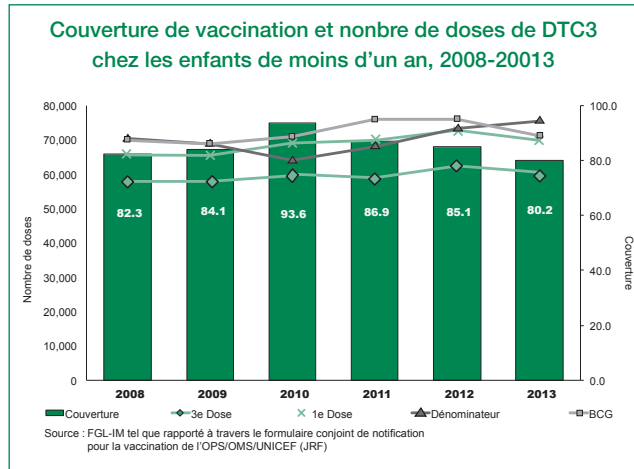
Atelier d'analyse de la couverture a vaccinale pour la Région des Amériques

Les autorités sanitaires nationales (y compris les responsables du programme élargi de vaccination [PEV]) et les points focaux de l'OPS de 24 pays se sont réunis à Cancún, au Mexique, le 13 novembre 2014 pour discuter de stratégies novatrices destinées à assurer que toutes les personnes ont accès aux vaccins indépendamment d'où elles sont nées, de qui elles sont et d'où elles vivent.

Cet atelier consistait en une présentation du plan d'action mondial pour les vaccins et du statut des Amériques par rapport aux buts et aux indicateurs de ce plan d'action mondial pour les vaccins. Malgré une longue histoire de réussite en matière de vaccination, on observe une stagnation récemment et même un léger déclin dans la couverture régionale du programme de vaccination systématique dans la Région. Peu de pays de la Région ont atteint les indicateurs du plan d'action mondial et ils pourraient ne pas atteindre les buts de 2015. Une présentation a également été faite qui illustrait les antécédents de couverture d'un pays : les efforts du Venezuela pour améliorer la couverture au niveau local. Des efforts ont été

faits pour renforcer les capacités de gestion et pour mettre en œuvre des stratégies destinées à accroître la couverture avec le soutien de la coopération canadienne (2010-2013). Le Venezuela a par la suite préservé les acquis réalisés au cours de cette période.

Enfin, les pays ont participé à un exercice pratique, pour aborder de façon critique les causes qui sous-tendent les tendances de la couverture de vaccination. Les pays ont reçu sept graphiques contenant des données nationales réelles anonymes concernant la couverture du DTC 3, superposées sur les dénominateurs rapportés et les doses de BCG, DTC 1 et DTC 3 administrées de 2008 à 2014 (voir exemple ci-dessous). Par petits groupes, les pays ont été priés de chausser leurs lunettes « cliniques » et de diagnostiquer le(s) problème(s) présents dans chaque graphique (par ex., dénominateurs incorrects, taux élevés d'abandon, problèmes



d'accès à la vaccination). Les pays ont ensuite été priés de suggérer des stratégies sur la manière dont les autorités nationales pourraient répondre à chacun de ces problèmes. Chaque graphique a ensuite été discuté dans une session plénière fructueuse. À la fin de l'atelier, chaque pays a reçu un graphique contenant leur propre information. Les participants ont été encouragés à reproduire cet exercice au niveau infranational. ■

Réunion régionale sur la polio au Mexique

Des participants de 24 pays de la Région, dont des représentants des programmes nationaux de vaccination et de laboratoires pour le diagnostic de la polio, des agents chargés de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et les points focaux de l'OPS pour la vaccination étaient présents à la réunion régionale sur la polio de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)/Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Cancún, au Mexique, du 11 au 13 novembre 2014. Des

partenaires de l'OMS, des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, de l'Alliance Gavi, du groupe de travail et de l'UNICEF ont également participé à la réunion, avec le Président du Comité régional de certification (CCR) de l'OPS.

L'objectif de la réunion était de discuter de la mise en œuvre du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 (PEES) dans les Amériques, en mettant l'accent

sur l'introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination systématique.

La réunion a couvert un éventail de sujets liés au PEES et à l'introduction du VPI, y compris la justification pour l'introduction du VPI, des études d'immunité humorale et intestinale sur la vaccination contre la polio, le réseau régional de laboratoires pour le diagnostic de la polio, l'approvisionnement en VPI par le biais du Fonds renouvelable, les expériences des pays concernant l'introduction du VPI, le statut de l'homologation du VPI dans la Région, la surveillance de la PFA, la surveillance de l'environnement, le confinement du poliovirus, les outils de communication sur le VPI, le comité régional de certification, la base de données sur la polio et le bulletin hebdomadaire, la couverture vaccinale, l'héritage de l'éradication de la polio dans les Amériques et le passage mondial du vaccin polio oral trivalent (VPOt) au vaccin polio oral bivalent (VPOb).

Actuellement, 69 % de la cohorte de naissances dans la Région des Amériques vivent dans des pays qui utilisent déjà le VPI dans les programmes de vaccination systématique. Les 32 pays restants (31% de la cohorte de naissances) ont déjà pris la décision officielle d'introduire le VPI d'ici la fin 2015. ■

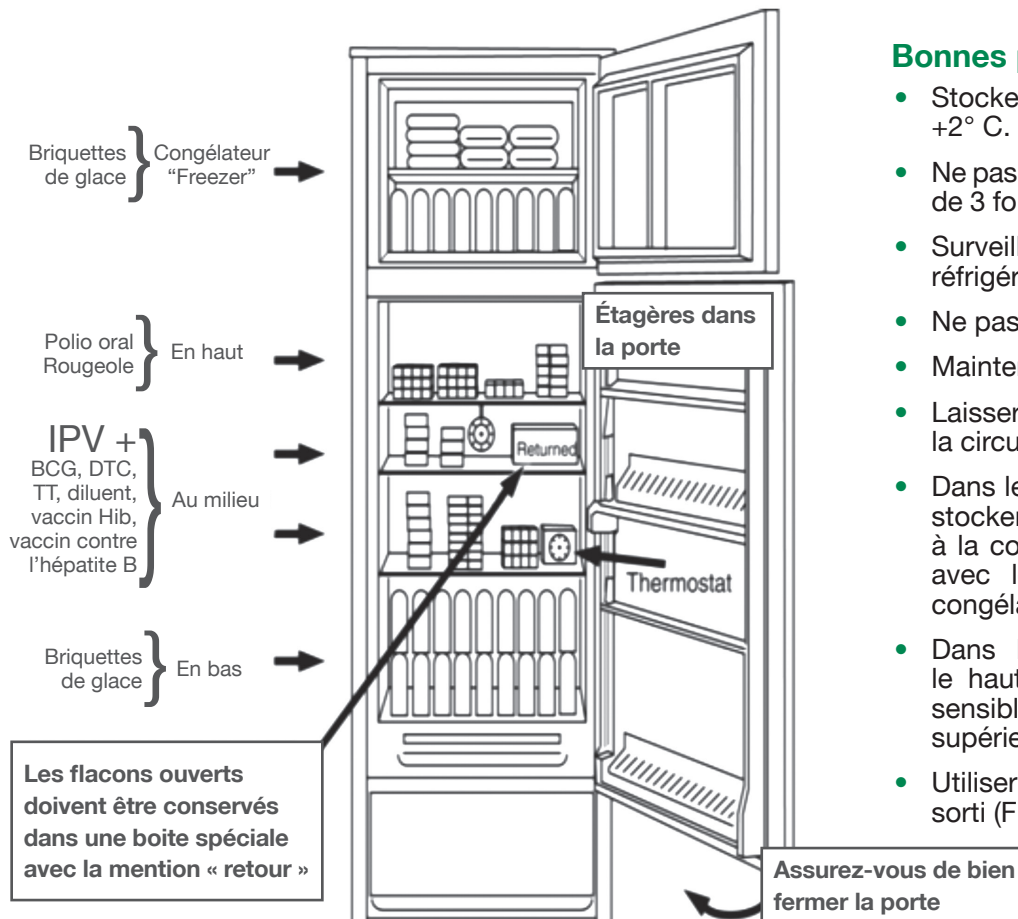
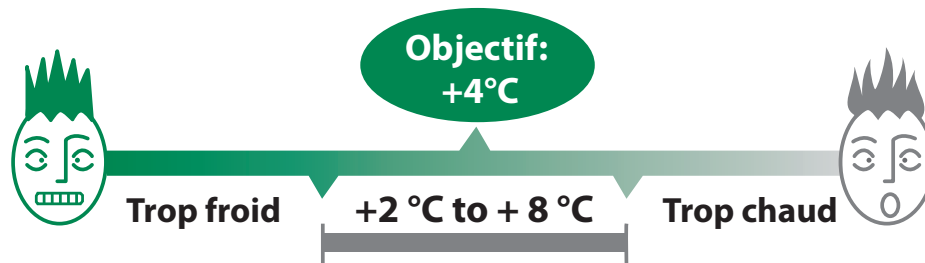


Réunion régionale sur la polio OPS/OMS, à Cancún, au Mexique, du 11 au 13 novembre 2014. Crédit photo : Elizabeth Thrush, OPS-WDC.

Principes de stockage du VPI

Le VPI est un vaccin sensible à la congélation (contrairement au VPO)

Le test d'agitation n'est pas efficace pour déterminer si le VPI a été congelé (parce qu'il ne contient pas d'adjuvant aluminique). Par conséquent, il est très important que le flacon soit écarté si un doute existe que le VPI ait été congelé

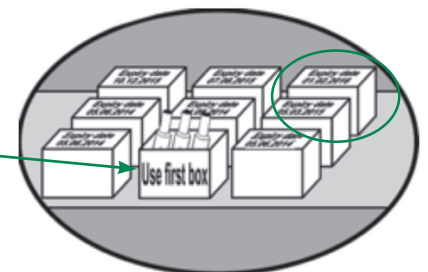


Bonnes pratiques pour stocker le VPI

- Stocker le VPI dans le réfrigérateur, entre +2° C. et +8° C.
- Ne pas ouvrir la porte fréquemment (pas plus de 3 fois par jour)
- Surveiller et enregistrer la température du réfrigérateur deux fois par jour
- Ne pas mettre le VPI au congélateur
- Maintenir les cartons bien alignés
- Laisser environ 2 cm entre les rangées pour la circulation de l'air
- Dans les réfrigérateurs à ouverture frontale, stocker le VPI et autres vaccins sensibles à la congélation sur les étagères centrales avec les autres vaccins sensibles à la congélation.
- Dans les réfrigérateurs à ouverture par le haut, stocker le VPI et autres vaccins sensibles à la congélation sur les étagères supérieures.
- Utiliser le principe premier périmé, premier sorti (First Expired First Out - FEFO)

Principe Premier périmé, premier sorti (FEFO)

- Les vaccins qui expirent en premier doivent être conservés à l'avant du réfrigérateur et utilisés en premier
- Les vaccins qui expirent plus tard doivent être stockés à l'arrière du réfrigérateur



Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par le Projet d'immunisation intégrale de la famille 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.

Il est désormais possible de se procurer une compilation électronique du Bulletin, intitulée « Thirty years of *Immunization Newsletter*: the History of the EPI in the Americas », à l'adresse www.paho.org/inb.

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 XXXVI, Numéro 6 • Décembre 2014

Éditeur : Carolina Danovaro
Éditeurs-adjoints : Cuauhtémoc Ruiz Matus
et Octavia Silva

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2014
Tous droits réservés.



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



**Organisation
mondiale de la Santé**
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

Unité d'immunisation intégrale de la famille

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org/immunization>

Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus de l'OPS récompensé pour ses réalisations en santé

La Commission H. de la Société mexicaine de santé publique a décerné la médaille 2014 d'excellence en santé au Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus, de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), en reconnaissance de sa carrière remarquable en santé publique et de ses contributions incontestables à la Société mexicaine de santé publique ainsi qu'au domaine de la santé publique.

Dr Ruiz Matus a reçu cet honneur au Mexique, son pays natal, où il a travaillé avec le Secrétaire à la Santé pendant 25 ans avant de rejoindre l'OPS et de diriger l'Unité d'immunisation, du Département de la Famille, du genre et du parcours de vie. Lorsqu'il travaillait au Secrétariat de la Santé, il a occupé diverses fonctions, y compris Directeur adjoint d'épidémiologie et médecine préventive dans l'État d'Oaxaca, Chef du département de la lutte contre les maladies diarrhéiques dans le département d'épidémiologie, Directeur d'épidémiologie appliquée et du programme de résidence d'épidémiologie appliquée, et Directeur de la surveillance épidémiologique. Durant ses dix dernières années au Secrétariat à la Santé, Dr Ruiz Matus a travaillé comme



Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus accepte la médaille 2014 d'excellence en santé au Mexique.
Crédit photo : Société mexicaine de santé publique.

chef de cabinet du Secrétaire adjoint de la prévention et la promotion de la santé.

La médaille a été présentée par la Société mexicaine de santé publique, où le Dr Ruiz Matus a occupé les fonctions de Secrétaire

général, Vice-président et Président entre 2003 et 2004. La médaille d'excellence en santé a été remise au Dr Ruiz Matus le 19 novembre 2014 au cours de la cérémonie d'inauguration de la 67^e réunion annuelle de santé publique à Mérida Yucatán, au Mexique. ■