

# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXIX Numéro 2

Protégez votre Famille par la Vaccination

Juin 2017



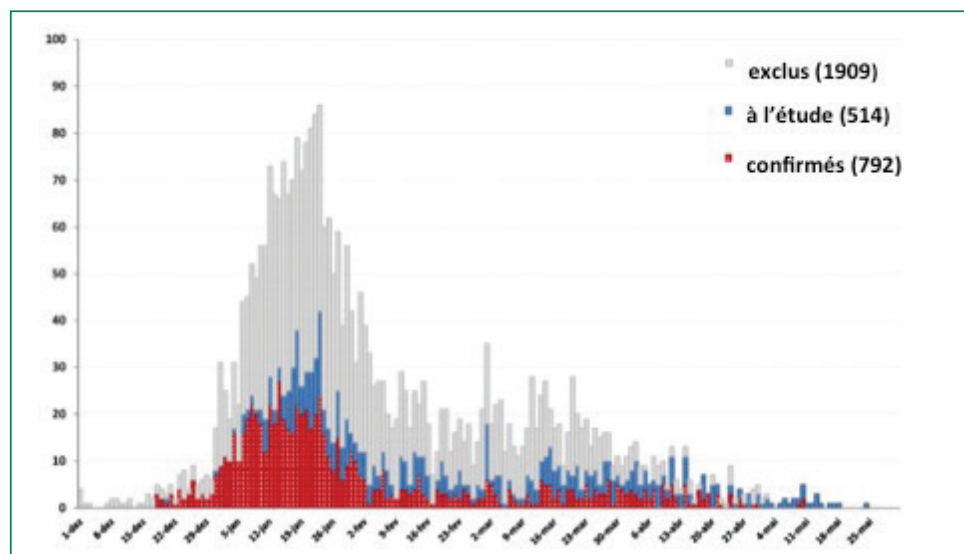
## Flambée de fièvre jaune au Brésil, décembre 2016 — mai 2017

En décembre 2016, le Brésil a commencé à notifier des cas présumés de fièvre jaune, principalement dans la région sud-est du pays. Au 31 mai 2017, la flambée de fièvre jaune s'est propagée dans neuf États fédéraux (incluant le District fédéral du Brésil) et en a touché 17, devenant ainsi la flambée la plus importante survenue dans le pays depuis les années 40. Le ministère de la Santé a notifié 3240 cas présumés, dont 792 (soit 24 %) confirmés par des examens de laboratoire et 519 (16 %) encore à l'étude. Les cas confirmés ont été notifiés dans les États de Goiás, District fédéral, Mato Grosso, Tocantins, Pará, Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo et Rio de Janeiro.

Dans la région du sud-est, les États de Minas Gerais et d'Espírito Santo ont concentré 94 % des cas confirmés de fièvre jaune : 260 (33 %) pour Espírito Santo et 487 (61 %) pour Minas Gerais. Les États de São Paulo et Rio de Janeiro ont respectivement rapporté 20 (2,5 %) et 17 (2 %) cas notifiés de fièvre jaune chez l'homme. Sur les 792 cas confirmés par des examens de laboratoire, 35 % (274) ont conduit au décès du patient (taux de létalité des cas confirmés).

Outre les cas de fièvre jaune chez l'homme, 3850 cas ont été notifiés à ce jour (31 mai) chez l'animal, dont 642 (17 %) ont été confirmés comme étant liés au virus de la fièvre jaune. Au 31 mai 2017, il n'y a pas eu de notification d'autres cas confirmés de fièvre jaune chez l'homme. Tous les cas notifiés concordaient avec une transmission sylvatique et aucune transmission de fièvre jaune par *Aedes aegypti* n'a été confirmée à ce jour.

Figure 1. Cas notifiés de fièvre jaune, Brésil, 2016-2017



Source : Informe especial febre amarela no Brasil nº 01/2017, Ministère de la Santé, Brésil, 31 mai 2017.

Voir **FIÈVRE JAUNE** page 2

### DANS CE NUMÉRO

- 1 Flambée de fièvre jaune au Brésil, décembre 2016 mai 2017
- 1 Vaccination contre le papillomavirus humain au Chili
- 3 Perspectives en matière de pérennité des programmes de vaccination dans les Amériques
- 4 La Semaine de la Vaccination aux Amériques célèbre ses 15 ans
- 5 L'OPS publie pour l'Amérique latine et les Caraïbes le Guide de terrain de la vaccination maternelle et néonatale
- 6 Les Caraïbes se préparent à introduire le vaccin contre le virus du papillome humain dans le calendrier systématique
- 6 Lancement du GTCV en Haïti
- 7 Qu'est-ce qu'une dose fractionnée de VPI?
- 8 Ce que j'ai appris...Par le D<sup>r</sup> Teodoro Carrada Bravo

## Vaccination contre le papillomavirus humain au Chili

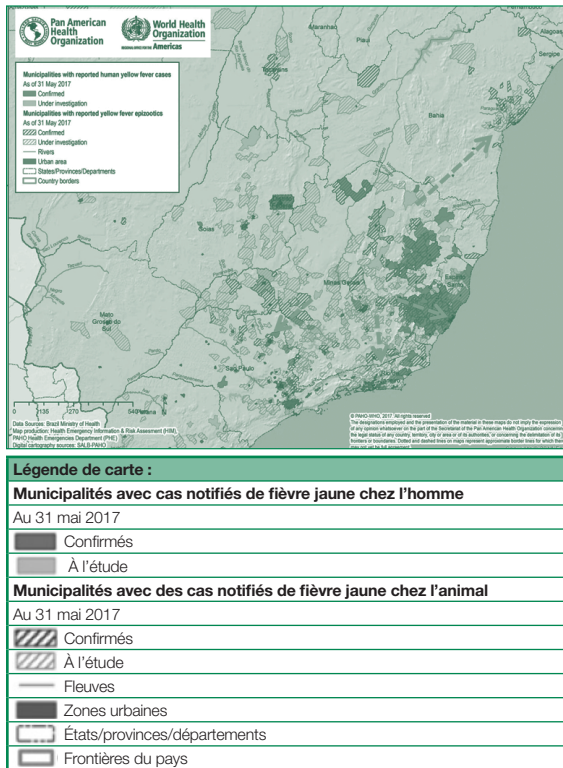
De 2003 à 2007, l'incidence estimée du cancer du col de l'utérus au Chili était de 14,6 pour 100 000 personnes, soit proche de 1279 nouveaux cas par an, ce qui plaçait ce cancer en quatrième position de fréquence après le cancer du sein, le cancer de la peau, hors mélanome, et le cancer de la vessie. En termes de mortalité, 584 femmes sont mortes de cancer du col de l'utérus en 2012, le taux ajusté de mortalité étant de 5,58 pour 100 000 femmes. Ce taux ajusté a atteint le chiffre de 14,34 pour 100 000 femmes en 1990, puis 5,58 en 2012.<sup>1</sup>

Les condylomes représentent 31 % de l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (IST) diagnostiquées dans les centres spécialisés en IST du système de santé publique au Chili. Le département d'Économie de la santé et le Programme national de prévention et de lutte contre le VIH/sida et les IST du ministère de la Santé estiment qu'en 2010, le diagnostic de condylome a été posé chez 7219 personnes (des femmes pour 65 %, des hommes pour 35 %). Un rapport sur les dépenses estimées, en 2009 et 2010, pour le diagnostic et le traitement du condylome chez les adultes et les femmes enceintes a mis en évidence les répercussions financières associées à ce diagnostic.

Le virus du papillome humain (VPH) est la principale cause du cancer du col de l'utérus. Pour le prévenir, le ministère de la Santé, dans le cadre de son programme national de vaccination a mis en œuvre la vaccination anti-VPH en 2014, avec deux doses de vaccin administrées à 12 mois d'intervalle. Étant donnée la réponse immunitaire obtenue et l'efficacité du vaccin quand il est administré avant le début de l'activité sexuelle, la stratégie de vaccination a débuté avec une première dose vaccinale administrée chez les filles de 4<sup>e</sup> année (âge : 9 ans) et, en 2015, s'est poursuivie par une deuxième dose vaccinale, administrée chez les filles de 5<sup>e</sup> année (âge : 10 ans) issues de la cohorte de filles ayant reçu leur première dose vaccinale en 2014.

<sup>1</sup> Ministère de la Santé du Chili, directives cliniques AUGÉ pour le cancer du col de l'utérus, disponible en espagnol sur : <http://www.biblioteca.minsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-CaCU-Final.PLdocx.pdf>

## FIÈVRE JAUNE suite de la page 1

**Figure 2. Distribution géographique des cas présumés et confirmés de fièvre jaune chez l'homme et chez l'animal****Ripostes et défis de santé publique**

Cette flambée est survenue dans le contexte d'une pénurie mondiale de vaccins contre la fièvre jaune. La situation de pénurie vaccinale est d'ailleurs inquiétante pour d'autres pays d'endémie de la Région des Amériques, dont la moitié des demandes sont généralement prises en charge par le Fonds renouvelable et actuellement, les vaccins ne sont pas disponibles pour répondre aux besoins des pays. Le Fonds renouvelable cherche activement des solutions avec d'autres producteurs.

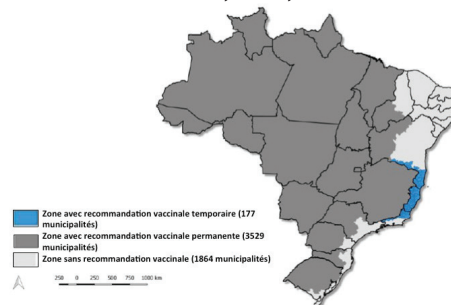
Le Brésil est l'un des rares fabricants de vaccin contre la fièvre jaune dans le monde, a contribué de manière importante au stock d'urgence de vaccins contre la fièvre jaune du Groupe international de coordination (GIC), soit 6 millions de doses environ mises à disposition pour soutenir les pays lors des situations d'urgence/flambées en Afrique et en Amérique latine.

Avant la flambée de fièvre jaune, un total de 3529 municipalités réparties sur 19 des 27 États du Brésil, dont le District fédéral, étaient considérées comme étant des zones d'endémie pour la fièvre jaune sylvatique. Ces zones, où les recommandations vaccinales concernant la fièvre jaune étaient permanentes, rassemblaient une population cible de 88,3 millions d'habitants âgés de plus de 9 mois et une cohorte de 1,3 millions de nourrissons de moins d'un an. Le vaccin anti­amaril était offert gratuitement et toute l'année dans plus de 36 000 postes de vaccination. Tous les enfants recevaient une série de deux doses de vaccin anti­amaril aux âges respectifs de 9 mois et 4 ans. De plus, toutes les personnes âgées de plus de 5 ans et résidant dans ces zones ou s'y déplaçant recevaient une dose de vaccin anti­amaril lors de leur premier contact avec les services de santé, suivie d'une dose de rappel 10 ans plus tard. De 2007 à 2016, le Programme élargi de vaccination a notifié l'administration d'un total de 58,5 millions de doses de vaccin anti­amaril, ce qui correspond à 66,5

% de la couverture vaccinale dans la population cible (personnes âgées de plus de 9 ans).

En riposte à la flambée, les autorités sanitaires brésiliennes<sup>2</sup> ont ajouté 240 nouvelles municipalités à la liste des zones dans lesquelles la vaccination anti­amaril faisait déjà l'objet de recommandations (Figure 3), parmi lesquelles des municipalités où existent des données factuelles récentes de transmission du virus amaril (entre juillet 2016 et mai 2017) et des cas de fièvre jaune chez l'homme et chez les primates, des municipalités limitrophes des zones touchées et des municipalités placées entre des zones de transmission plus ou moins importante (zones simplement touchées ou zones à transmission étendue).

Dans les zones touchées par la flambée, l'âge minimal de vaccination chez l'enfant a été abaissé à 6 mois. Cette dose n'a pas été considérée comme faisant partie du calendrier vaccinal de routine. La vaccination anti­amaril est ainsi recommandée dans un certain nombre de municipalités de l'État de Bahia et dans toutes les municipalités de ceux d'Espirito Santo, de Rio de Janeiro et de São Paulo, à l'exception des municipalités urbaines dans les zones métropolitaines de São Paulo et Rio de Janeiro.

**Figure 3. Distribution géographique des municipalités où le vaccin anti­amaril est recommandé, par type de recommandation, Brésil, 2017**

**Source :** Informe especial febre amarela no Brasil nº 01/2017, Ministère de la Santé du Brésil, 21 mars 2017.

Le 10 mars 2017, le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a organisé une réunion virtuelle ad hoc spéciale pour débattre de la situation régionale en matière de vaccination anti­amaril dans le contexte de la flambée actuelle au Brésil. Le GCT a réitéré sa recommandation antérieure d'utiliser une dose unique de vaccin anti­amaril dans les zones d'endémie, dans la mesure où elle est suffisante pour déclencher une immunité soutenue et une protection à vie contre la maladie, et obtenir une couverture vaccinale élevée sur l'ensemble de la population vivant dans les zones concernées. Le GCT a également de nouveau souligné l'importance de vacciner les personnes se déplaçant dans les zones d'endémie. Il a aussi appuyé la recommandation la plus récente de l'OMS concernant l'utilisation de doses fractionnées en riposte aux flambées survenant dans des situations de pénuries de vaccins.

Du fait que, durant la flambée, des zones du Brésil ont été touchées alors qu'aucun cas n'avait été détecté depuis des années, le GCT a instamment prié les pays à poursuivre le renforcement de la surveillance

des événements épidémiologiques, virologiques, vectoriels et épizootiques, ainsi que la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI), et à réévaluer le risque de fièvre jaune dans les pays d'endémie en prenant notamment en compte les facteurs écologiques et entomologiques, et les mouvements de population, entre autres. L'OPS/OMS a mis en œuvre une Structure de gestion des incidents pour appuyer localement le Brésil et soutenir la collaboration avec l'OPS et l'OMS.

Toujours en riposte à la flambée, le Groupe consultatif technique national brésilien sur la vaccination a organisé une réunion d'urgence le 22 mars 2017, lors de laquelle il a été recommandé, en riposte à la flambée, de suspendre temporairement les recommandations concernant la dose de rappel et d'utiliser des doses fractionnées dans le cadre de la stratégie vaccinale, mais aussi de suspendre la recommandation d'administrer séparément le vaccin rougeole-oreillons-rubéole et le vaccin anti­amaril lors de la flambée, et de les administrer conjointement si cela est nécessaire pour procurer une protection, contre la fièvre jaune particulièrement.

Devant un cas présumé ou confirmé chez l'homme ou chez un primate, les actions vaccinales, y compris la vaccination en anneau, et les stratégies de lutte antivectorielle sont renforcées.

Dans le cadre d'un effort d'intensification de la vaccination, le ministère de la Santé a distribué, entre janvier et mai 2017, approximativement 26,3 millions de doses de vaccin anti­amaril dans les États de Minas Gerais, Espirito Santo, São Paulo, Bahia et Rio de Janeiro. De plus, 7 millions de doses environ ont été distribuées pour la vaccination systématique et les personnes se déplaçant à travers le pays. Le Brésil a également distribué 3,5 millions de doses aux municipalités pour lesquelles existaient des recommandations vaccinales : les doses provenaient du stock d'urgence mondial du GIC pour l'approvisionnement en vaccins contre la fièvre jaune. La surveillance des MAPI a été renforcée aux niveaux régionaux et national, avec le soutien de comités d'experts dédiés pour la classification des effets indésirables graves. En mai 2017, la couverture vaccinale s'est considérablement améliorée dans les zones touchées ; il est cependant nécessaire que les activités de vaccination soient poursuivies pour garantir l'homogénéité des taux de couverture dans toutes les municipalités atteignant une couverture de 95 %.

En conclusion, la flambée de fièvre jaune au Brésil a débuté dans les municipalités du sud-est du pays, qui avait mis en place des recommandations pour la vaccination anti­amaril systématique mais avait accumulé de grands pans de population susceptibles à la maladie suite à de longues périodes de couverture vaccinale infra-optimale. La flambée s'est ensuite étendue à de nouvelles zones, qui n'avaient pas notifié de cas depuis des années ou avaient été classées comme zones non endémiques lors d'évaluations antérieures du risque. Si l'on prend en compte la nature dynamique de la maladie et l'évolution constante des facteurs qui l'influencent, parmi lesquels les comportements de l'homme, de l'hôte et du vecteur, les mouvements de population et les facteurs écologiques, il est crucial de conserver des niveaux élevés de couverture dans les zones actuelles d'endémie dans les Amériques, tout en continuant à être vigilant par le renforcement de la surveillance active du virus et l'anticipation des menaces de flambée potentielle par des évaluations systématiques et continues du risque de fièvre jaune, y compris le risque de ré-urbanisation de la maladie. ■

<sup>2</sup> Pour des détails supplémentaires sur la situation épidémiologique au Brésil, cf. le Centre des opérations d'urgence en santé publique du ministère de la Santé (Informe do centro de operações de emergências em saúde pública sobre febre amarela no Brasil nº 43/2017, Ministère de la Santé du Brésil, 31 mai 2017). Disponible en portugais sur <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/02/COES-FEBRE-AMARELA---INFORME-43---Atualiza---o-em-31maio2017.pdf>

VPH CHILI suite de la page 1



De plus, une campagne de rattrapage a été réalisée en 2015, qui visait à protéger contre le VPH toutes les filles terminant leur éducation primaire par l'administration d'une première dose de vaccin aux filles de 6<sup>e</sup> année (âge : 11 ans) et de 7<sup>e</sup> année (âge : 12 ans). Cette campagne s'est terminée en 2016, quand les calendriers vaccinaux ont été finalisés grâce à la deuxième dose administrée aux filles lors des dernières années d'éducation primaire, soit les 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années (âges respectifs de 12 et 13 ans).

La vaccination est réalisée gratuitement dans les écoles publiques, les écoles subventionnées et les écoles privées, par une équipe de vaccination provenant du centre de santé familiale le plus proche.

Le **tableau 1** présente la couverture vaccinale annuelle obtenue depuis que le vaccin anti-VPH a été intégré au calendrier vaccinal.

**Tableau 1. Couverture vaccinale contre le VPH obtenue dans le cadre du programme de vaccination systématique, par année de vaccination, 2014-2016**

Couverture vaccinale programmatique/systématique du VPH au Chili	2014		2015		2016	
	4 <sup>e</sup> année 1 <sup>re</sup> dose	4 <sup>e</sup> année 1 <sup>re</sup> dose	5 <sup>e</sup> année 2 <sup>e</sup> dose	4 <sup>e</sup> année 1 <sup>re</sup> dose	5 <sup>e</sup> année 2 <sup>e</sup> dose	
	<b>86%</b>	<b>85%</b>	<b>85%</b>	<b>77%</b>	<b>73%</b>	

Source : RNV/MINEDUC (Ministère de l'Éducation)

Parmi toutes les filles qui ont commencé à suivre le calendrier vaccinal contre le VPH en 2014, 99 % des filles vaccinées ont complété la vaccination en 2015. En 2016, la couverture par la série vaccinale complète est passée à 87 %.

**Tableau 2. Couverture vaccinale contre le VPH obtenue par la campagne de rattrapage, par année de vaccination, 2015-2016**

Couverture vaccinale de rattrapage du VPH	2015		2016	
	6 <sup>e</sup> année 1 <sup>re</sup> dose	7 <sup>e</sup> année 1 <sup>re</sup> dose	7 <sup>e</sup> année 2 <sup>e</sup> dose	8 <sup>e</sup> année 2 <sup>e</sup> dose
	<b>84%</b>	<b>82%</b>	<b>70%</b>	<b>67%</b>

Source : RNV/MINEDUC

En ce qui concerne la campagne de rattrapage initiée en 2015, 82 % des filles vaccinées en 2015 ont finalisé la série vaccinale en 2016.

Toutes les vaccinations sont enregistrées dans le système du registre électronique de vaccination, connu sous le nom de Registre national de vaccination. Le système enregistre également les refus de vaccination et les motifs de ces refus, permettant

ainsi un suivi de ces informations. Le **tableau 3** met en évidence le pourcentage de refus de vaccination par la population cible inférieur à 7 % au niveau national. Cette information permet de planifier des interventions ciblées visant les populations qui ont refusé la vaccination.

**Tableau 3. Nombre et pourcentage de vaccinations contre le VPH**

Année/% de refus	2014		2015		2016	
	2014	%	2015	%	2016	%
Total au niveau du pays	5,510	5,6%	18,153	4,6%	24,310	6,6%

Source : RNV

Le **tableau 4** montre que, sur les 5510 filles qui ont refusé le vaccin anti-VPH en 2014, 1461 ont décidé d'être vaccinées l'année suivante et 350 en 2016. Cela représente dans ce groupe une fréquence de changement d'opinion de 32,9 %. En 2015, un total de 15 085 filles a refusé la première dose, parmi lesquelles plus de 20 % ont changé d'opinion en 2015 et en 2016.

**Tableau 4. Taux de changements d'opinion quant à la vaccination contre le VPH**

Année/niveau scolaire	2014		2015	
	1 <sup>re</sup> dose (4 <sup>e</sup> année)	1 <sup>re</sup> dose (4 <sup>e</sup> année)	1 <sup>re</sup> dose (6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> années)	1 <sup>re</sup> dose (6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> années)
Refus	5510	5832	9253	
Nombre de filles qui ont accepté le vaccin en 2015 alors qu'elles l'avaient refusé en 2014	1461			
Nombre de filles qui ont accepté le vaccin en 2016 alors qu'elles l'avaient refusé en 2014 et 2015	350	1551	1968	
% de filles scolarisées qui ont changé d'opinion	32,9%	26,6%	21,3%	

Source : RNV

D'après les données factuelles issues des millions de doses administrées au niveau mondial, le vaccin anti-VPH est sûr et efficace. Depuis 2014, plus de 855 000 doses de ce vaccin ont été administrées du pays dans le calendrier systématique et les campagnes de rattrapage. Au cours de cette période, 129 événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) par le vaccin contre le VPH ont été notifiés, événements en grande partie décrits et connus. Le taux global d'ESAVI notifiés au Chili a été considérablement inférieur à ceux notifiés dans les rapports émis par d'autres pays, ainsi que dans la documentation médicale.

La vaccination est également appuyée par une campagne de communication qui comporte des matériels graphiques et audiovisuels auxquels participent différentes autorités et célébrités. Le slogan de la stratégie est **ENSEMBLE POUR LES FEMMES. Le Chili prévient le cancer du col de l'utérus.**

Vacunación contra el  
Virus del Papiloma Humano

Juntos por ellas



## La Semaine de la Vaccination dans les Amériques célèbre ses 15 ans

Cette année, les pays et territoires des Amériques et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont célébré la 15e Semaine de la Vaccination dans les Amériques du 22 au 29 avril.

Le slogan de la campagne de 2017 était **Fais-toi vacciner pour des lendemains sains !** Il encourageait les personnes et leur famille à se faire vacciner le jour-même et à jouir dès le lendemain de leur bonne santé, les vaccins procurant une protection contre des maladies très contagieuses, invalidantes et potentiellement mortelles.

Les pays et les territoires de la Région avaient pour objectif de vacciner plus de 60 millions de personnes contre un ensemble de maladies. À lui seul, le Brésil ciblait 50 millions de personnes dans le cadre de sa grande campagne annuelle de vaccination contre la grippe. D'autres campagnes de vaccination ont ciblé la rubéole, la rougeole, la diphtérie, les oreillons, la coqueluche, le tétanos néonatal, la fièvre jaune, les infections à rotavirus, les pneumonies bactériennes et l'infection par le virus du papillome humain.



Accompagnés d'un agent de santé vaccinant une enfant au Mexique, le Secrétaire de la Santé du Mexique, José Narro Robles, et la Directrice de l'OPS, Carissa F. Etienne, lancent la Semaine de la Vaccination aux Amériques, avril 2017. Crédit : OPS/OMS

occidental reste exempt de polio depuis 25 ans.

Depuis 2000, de nouveaux vaccins contre le rotavirus, le pneumocoque et le VPH ont été introduits dans les pays et territoires de la Région. Actuellement, 34 pays et territoires vaccinent contre le pneumocoque, 20 contre le rotavirus et 24 contre le VPH. Ces réalisations sont été possibles grâce au dévouement de milliers d'agents de santé qui jouir un rôle clé pour atteindre l'ensemble des membres de leurs communautés respectives et mettre les vaccins à la disposition des populations les plus vulnérables et de celles habitant dans des zones difficiles à atteindre.

« Grâce à la vaccination, nous avons obtenu un meilleur niveau de santé dans la Région. » a affirmé Cuauhtémoc Ruiz Matus, le chef de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS. « Nous allons continuer à travailler de manière à ce qu'aucun enfant ne souffre, voire ne meure, d'une maladie évitable par la vaccination. » a-t-il ajouté.

Les actions déployées au cours de la Semaine de la Vaccination dans les Amériques ont également dépassé le champ de la vaccination. Le personnel de santé a profité de cette initiative pour mettre en œuvre d'autres actions sanitaires comme le déparasitage, l'administration de vitamine A et la promotion de l'allaitement. De la même manière, la mobilisation communautaire pour la vaccination a contribué à combler les lacunes qui isolent les personnes de l'attention dont elles ont besoin.

La Semaine de la Vaccination dans les Amériques a débuté en 2003 sous la forme d'un effort déployé par les pays de la Région pour riposter à une flambée transfrontalière de rougeole entre la Colombie et le Venezuela. Bien que les agents de santé vaccinent des personnes quotidiennement, l'effort particulier de riposte à la flambée de rougeole a pris de l'ampleur pour devenir un événement annuel destiné à promouvoir la vaccination et à atteindre

tous ceux que la vaccination systématique aurait pu manquer. La Semaine de la Vaccination dans les Amériques, sous différentes manières, a ensuite été adoptée dans d'autres régions de l'OMS et, en 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Semaine mondiale de la vaccination, célébrée par 180 pays : un mouvement mondial était né.

### Lancements régionaux au Mexique et au Brésil

Pour lancer la Semaine de la Vaccination dans les Amériques, un ensemble d'événements ont eu lieu au Mexique et au Brésil. Le 24 avril, le Mexique a organisé le premier lancement régional. Cette activité a eu lieu à 10 h dans la cour principale du Secrétariat mexicain à la Santé, situé au 7 de l'avenue Lieja, à Mexico. Jose Narro, Secrétaire à la Santé, et Carissa F. Etienne, Directrice de l'OPS, y ont participé, en compagnie d'autres autorités.

Le Mexique a une longue histoire en matière de campagnes vaccinales et autres activités intégrées visant à protéger la santé de sa population. Le pays tenant ses Semaines nationales de la santé en février, en mai et en octobre. Les activités vaccinales intensives qu'il déploie chaque mois de mai ont contribué aux réalisations régionales de la Semaine de la Vaccination dans les Amériques.

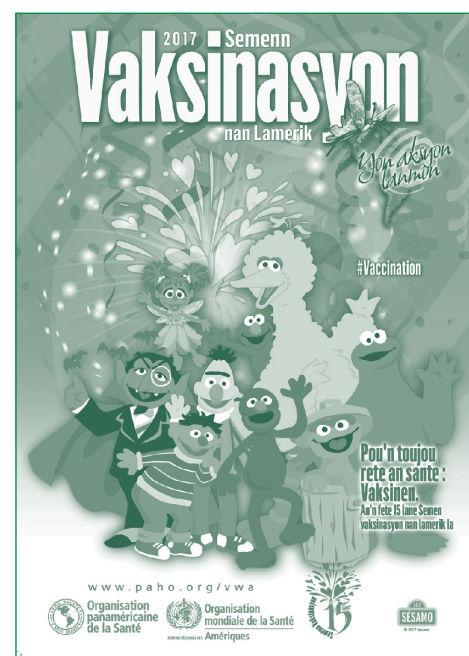
Le second événement s'est déroulé le 29 avril. Un



Affiche 2017 de la Semaine de la Vaccination aux Amériques

« Au cours de ces 15 dernières années, nous avons démontré que la vaccination constitue l'une des stratégies les plus puissantes pour prévenir les maladies et sauver des vies », a déclaré la Directrice de l'OPS, Carissa F. Etienne. « L'OPS est déterminée à poursuivre son travail rapproché avec les pays pour vacciner toute la population et faciliter l'introduction de nouveaux vaccins à des prix abordables » a-t-elle ajouté.

En 2015, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale ont été éliminés de la Région et, en 2016, les efforts des pays ont permis de parvenir à l'élimination de la rougeole. La vaccination contre ces maladies continue à réduire au minimum le risque d'importation dans un pays de la Région. De plus, des millions de personnes ont été vaccinées pour que l'hémisphère



Affiche 2017 de la Semaine de la Vaccination aux Amériques (en créole)

village autochtone de l'État brésilien de Rondônia, connu sous le nom de Linea 9 Amaral et appartenant au groupe autochtone Suri, a organisé un lancement régional de la Semaine de la Vaccination dans les Amériques pour délivrer des vaccins à un groupe prioritaire dans le cadre de cette initiative. L'activité s'est déroulée dans le cadre des célébrations du Mois de la vaccination des autochtones, organisé par le Brésil.

Pour obtenir des informations supplémentaires sur la Semaine de la Vaccination dans les Amériques, veuillez consulter [www.paho.org/vwa](http://www.paho.org/vwa). ■

## L'OPS publie le Guide de terrain de la vaccination maternelle et néonatale à l'intention de l'Amérique latine et des Caraïbes

L'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé a publié au début de l'année 2017 le Guide de terrain de la vaccination maternelle et néonatale. Ce guide est offert aux agents de santé de tous les niveaux du système de santé, une feuille de route pratique en matière de vaccination maternelle et néonatale, qui intègre les programmes de vaccination avec les services sanitaires destinés à la mère et à l'enfant. Ce guide peut également être utile pour les programmes d'éducation sanitaire.

Le tableau suivant présente le **calendrier régional de vaccination maternelle et néonatal**, extrait des pages 31-32 de ce guide et offert dans son intégralité (en anglais et en espagnol) sur <http://bit.ly/MNIFGLAC>. ■

<sup>a</sup> Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins antitétaniques. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2017, no 6, 92: 53-76.

<sup>b</sup> Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse de l'OMS concernant les vaccins antigrippaux, novembre 2012. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2012, 87: 461-76.

<sup>c</sup> Organisation panaméricaine de la Santé, Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination, rapport final de la XXII<sup>e</sup> réunion, tenue à Washington, D.C. (États-Unis), les 1 et 2 juillet 2014.

<sup>d</sup> Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse : position de l'OMS concernant les vaccins contre l'hépatite A. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2012, no 28/29, 87: 261-276.

<sup>e</sup> Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins et la vaccination contre la fièvre jaune. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2013, no 27, 88: 269-284.

<sup>f</sup> Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2016, no 12, 91: 145-168.

<sup>g</sup> Organisation mondiale de la Santé, Comité OMS d'experts de la rage. Genève : OMS; 2013.

<sup>h</sup> Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins antiméningococciques. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2011, no 47, 86: 521-540.

<sup>i</sup> Organisation panaméricaine de la Santé, Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination, rapport final de la XVI<sup>e</sup> réunion, tenue à Mexico (Mexique) du 3 au 5 novembre 2004.

<sup>j</sup> Organisation mondiale de la Santé. Vaccins anti-hépatite B : note de synthèse de l'OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2009, no 40, 84: 405-420.

<sup>k</sup> Organisation panaméricaine de la Santé, Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination, rapport final de la XIX<sup>e</sup> réunion, tenue à Buenos Aires (Argentine) du 6 au 8 juillet 2011.

### Calendrier régional de vaccination maternelle et néonatale

Vaccin	Avant la grossesse	Au cours de la grossesse	Après l'accouchement	Année de la recommandation du GCT/OPS
<b>Tétanos/diphtérie</b>	Oui, moment idéal	Oui, deux doses si la mère n'était pas auparavant vaccinée	Oui, pour finaliser le calendrier	2017 <sup>a</sup>
<b>Antigrippal inactivé</b>		Oui, moment idéal	Oui, pour protéger le nouveau-né si la mère n'a pas été vaccinée pendant la grossesse	2012 <sup>b</sup>
<b>VACCINS RECOMMANDÉS AU COURS DE LA GROSSESSE, MAIS SEULEMENT DANS DES SITUATIONS PARTICULIÈRES</b>				
Vaccin	Avant la grossesse	Au cours de la grossesse	Après l'accouchement	Année de la recommandation du GCT/OPS
<b>DTCa</b>		Oui, lors de flambées (moment idéal entre la 27 <sup>e</sup> et la 36 <sup>e</sup> semaine de grossesse)		2014 <sup>c</sup>
<b>Hépatite B</b>		Oui, si la mère n'a pas reçu toutes les doses et si elle se trouve dans une situation de risque élevé (p.ex., plus d'un partenaire sexuel au cours des six mois précédents, MST, CDI, partenaire + pour l'AgHBs)		
<b>Hépatite A</b>		Oui, lors des flambées		2013 <sup>d</sup>
<b>Fièvre jaune</b>	Oui, moment idéal (dans les zones d'endémie)	Oui, avant de voyager dans des zones d'endémie où existe une flambée, et à l'issue d'une analyse avantages/risques		2013 <sup>e</sup>
<b>VPI</b>		Oui, avant de voyager dans des zones d'endémie où existe une flambée		2013 <sup>f</sup>
<b>VPO</b>		Oui, avant de voyager dans des zones d'endémie où existe une flambée		2015 <sup>f</sup>
<b>Rage</b>		Après une exposition à haut risque		2013 <sup>g</sup>
<b>Antiméningococcique conjugué</b>		Oui, lors des flambées		2013 <sup>h</sup>
<b>Antiméningococcique polysidique (MPSV4)</b>		Oui, lors des flambées		2013 <sup>h</sup>
<b>VACCINS NON RECOMMANDÉS AU COURS DE LA GROSSESSE</b>				
Vaccin	Avant la grossesse	Au cours de la grossesse	Après l'accouchement	Année de la recommandation du GCT/OPS
<b>Rubéole</b>				2013
<b>Rougeole</b>	Oui, moment idéal	Non	Oui, si la mère n'a pas été vaccinée avant la grossesse	2013
<b>Oreillons</b>				2013
<b>VPH</b>	Oui, moment idéal	Non		2013
<b>VACCINS RECOMMANDÉS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ</b>				
Vaccins du nouveau-né			Dose néonatale	Année de la recommandation du GCT/OPS
<b>BCG</b>			Aussitôt que possible après la naissance	2004 <sup>i</sup>
<b>Hépatite B</b>			Dans les 24 heures suivant la naissance	2011 <sup>jk</sup>

**MST** : maladie sexuellement transmissible; **CDI** : consommateur de drogues injectables; **AgHBs** : antigène de surface de l'hépatite B



## Les Caraïbes se préparent à introduire le vaccin contre le virus du papillome humain dans le calendrier systématique

Des représentants d'Antigua-et-Barbuda, du Belize, de Curaçao, du Guyana, des îles Turques et Caïques, des îles Vierges britanniques, de la Jamaïque, de Montserrat, de Sainte-Lucie, de Saint-Kitts-et-Nevis et de Saint-Vincent-et-les-Grenadines, ainsi que des experts de l'OPS/OMS en vaccination et en communication, se sont rencontrés à Miami (Floride, États-Unis) les 22 et 23 mai 2017 pour soutenir les Caraïbes dans l'élaboration d'un plan visant à introduire le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) dans leur calendrier systématique. Lors de cette réunion, un fort accent a été mis sur la préparation de messages clés concernant le vaccin et l'anticipation des besoins en communication et d'une riposte en cas de crise.

Au cours de l'introduction du vaccin contre le VPH, un grand nombre de pays de la Région ont dû répondre à des noyaux d'anxiété concernant temporairement la vaccination chez les adolescents, en particulier par des messages mettant un accent renouvelé sur les données factuelles qui sous-tendent la sécurité et l'efficacité de ce vaccin. C'est pourquoi l'OPS a organisé une réunion visant à aider les pays caribéens dans l'élaboration de plans d'introduction du vaccin contre le VPH et à délivrer une formation sur des stratégies efficaces de communication.

Le premier jour de la réunion comportait des présentations sur la maladie associée au VPH et les moyens de prévention, les recommandations de l'OPS/OMS sur l'utilisation des vaccins contre le VPH et les enseignements tirés de l'introduction de ce vaccin au Belize, ainsi qu'un tour d'horizon des principales données à prendre en compte lors de l'élaboration d'un plan d'introduction. Les participants ont travaillé en groupes pour élaborer



Des participants à la réunion sur l'introduction du vaccin contre le VPH, Miami (Floride), mai 2017.  
Crédit : OPS/OMS



Des participants à la réunion sur l'introduction du vaccin contre le VPH, Miami (Floride), mai 2017.  
Crédit : OPS/OMS



Des participants à la réunion sur l'introduction du vaccin contre le VPH, Miami (Floride), mai 2017.  
Crédit : OPS/OMS

des plans d'introduction et/ou examiner des plans d'introduction du vaccin contre le VPH déjà existants.

La seconde journée ciblait l'offre de formation concernant la mise en place d'un plan de communication efficace ayant pour objet la vaccination contre le VPH dans le cadre d'un programme systématique et comprenant l'élaboration de messages clés. Le Canada et le Guyana ont fait part des enseignements tirés quant à une communication efficace en la matière. Au sein de leurs groupes de travail respectifs, les participants ont élaboré des plans stratégiques de communication pour appuyer l'introduction du vaccin et son utilisation à grande échelle.

L'évaluation de la réunion a mis en évidence que les participants étaient satisfaits des résultats obtenus, certains précisant même qu'il s'agissait de la meilleure réunion à laquelle ils aient participé. ■

## Lancement du GCTNV en Haïti

Le 8 mars 2017, des membres nouvellement nommés du Groupe consultatif technique national sur la vaccination (GCTNV) en Haïti, le directeur général du ministère de la Santé, le directeur du Programme élargi de vaccination, des membres du ministère, des organisations de la société civile comme les CDC, UNICEF et l'OPS/OMS ont lancé le GCTNV d'Haïti à Port-au-Prince.

Au nom du ministère de la Santé, le directeur général du ministère a lancé le GCTNV. Il a remercié un par un les membres nouvellement nommés. Les domaines d'expertise représentés dans le GCTNV sont les suivants : pédiatrie, épidémiologie, recherche et vaccinologie, gynécologie, sociologie, anthropologie, bactériologie et virologie, santé publique, communication et mobilisation sociale, économie de la santé et logistique de la vaccination. En mars 2017, le GCTNV comptait 13 membres.

La cérémonie de lancement s'est poursuivie par un exposé du mandat du GCTNV, qui comporte sa mission, son rôle et ses responsabilités, ainsi que des informations sur l'organisation de son secrétariat. Le mandat inclut également la fréquence des réunions (deux sessions ordinaires annuelles et la possibilité pour le président ou le ministère de la Santé de convoquer une session extraordinaire) et leurs modalités de fonctionnement.



Cérémonie inaugurale du GCTNV en Haïti. Crédit : Jennifer Sanwogou, OPS/OMS

Parmi les clauses du mandat figure l'exigence que chaque membre du GCTNV déclare l'absence de conflit d'intérêts avant de participer à une session, quelle qu'elle soit. La cérémonie officielle s'est poursuivie par une présentation du Dr. Jean André, du bureau haïtien de l'OPS, qui a informé les participants du contexte mondial (GVAP) et des contextes régionaux (RIAP) des GCTNV, fait observer l'importance

des GCTNV et expliqué le soutien qui peut être offert, en particulier par leur centre de ressources.

Le président du GCTNV a conclu la cérémonie en demandant que la première réunion soit rapidement organisée car en Haïti la santé publique en général, et la vaccination en particulier, nécessitent instamment que toutes les bonnes volontés se mettent au travail. ■



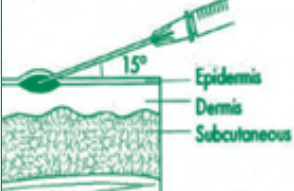

## Qu'est-ce qu'une dose fractionnée de VPI ?

Une dose fractionnée du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPIf) est égale à 1/5 de la dose standard. Les études montrent que deux doses VPIf administrées par injection intradermique entraînent une réponse immunitaire égale ou supérieure à celle conférée par une dose entière unique de vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI).



En mars 2017, le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination a recommandé que tous les pays utilisant plus de 100 000 doses de VPI chaque année passent à VPIf.<sup>3</sup>

1. Quand administrer le VPIf ?					
	2 mois	4 mois	6 mois	2 doses de rappel (selon le calendrier du pays)	

Le VPI en doses fractionnées (VPIf) doit être administré lors des première et deuxième consultations vaccinales (habituellement aux âges de 2 et 4 mois) en même temps que les autres vaccins recommandés (pentavalent, antipneumococcique, antirotavirus).

2. Comment administrer le VPIf ?				
	Flacons de VPI	Dose de 0,1 ml	Voie intradermique	Bras
	Un seul flacon de 5 doses fournit <b>25 doses fractionnées</b> . N'oubliez pas que, selon la politique de vial multi-dose entamés, les flacons ouverts de VPI peuvent être utilisés pendant un maximum de <b>28 jours</b> . <sup>4</sup>	Une <b>dose fractionnée</b> est égale à 1/5 d'une dose standard, c'est-à-dire à <b>0,1 ml</b> . Le VPIf est administré à l'aide d'une seringue de <b>0,1 ml</b> .	Le VPIf est administré sous la forme d'une <b>injection intradermique (ID)</b> , avec un angle de 10 à 15° et en utilisant la même technique que pour l'injection du BCG.	Administrez le VPIf dans le bras (opposé au bras dans lequel le BCG a été administré).

N'oubliez pas de noter que le VPI a été administré en **dose fractionnée (VPIf)**

3. Administrez-le avec d'autres vaccins			
	Économisez du temps et des efforts	Améliorez la couverture	Améliorez l'état de santé des enfants
	Aidez les enfants de votre communauté en leur administrant les vaccins appropriés au bon moment. Cela vous fera gagner du temps, améliorera l'efficacité de la consultation de santé et augmentera la couverture. Mais surtout cela protégera les enfants de maladies graves, et quelquefois mortelles.		

### Messages clés à délivrer aux soignants

<p><b>1. Le VPIf est très sûr.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les vaccins comme le VPI protègent les bébés au moment où ils en ont le plus besoin.</li> <li>Recevoir 3 injections ou plus lors d'une même consultation est sûr pour l'enfant.</li> <li>Le VPI est nécessaire pour protéger chaque enfant : son administration aux âges de <b>2 et 4 mois</b>.</li> </ul>	<p><b>2. Le VPIf est très efficace.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deux doses fractionnées de VPI (administrées en intradermique) entraînent une immunogénicité égale ou supérieure à celle conférée par une dose standard unique (administrée en intramusculaire).</li> <li>Pour garantir une parfaite protection, il est très important de ramener l'enfant pour l'administration de la deuxième dose de VPI!</li> </ul>	<p><b>3. Vous pouvez atténuer la douleur.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Prenez votre bébé sur les genoux.</b> Pour que le bébé reste tranquille, il faut que ses pieds soient entre vos cuisses. Tenez fermement ses bras. Vous pouvez l'allaiter pendant l'administration du vaccin.</li> <li><b>Faites toutes les injections recommandées à temps.</b> Il est mieux pour l'enfant d'éprouver un inconfort au cours d'une seule consultation qu'au cours de deux consultations distinctes.</li> <li><b>Faites attention autour des sites d'injection.</b> Les sites d'injection peuvent présenter une rougeur et être sensibles.</li> </ul>	<p><b>4. Les vaccins sont importants pour le bébé.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La polio peut entraîner une paralysie chez les enfants – mais les vaccins peuvent les protéger de cette maladie.</li> <li>Outre la polio, les vaccins peuvent protéger les enfants d'autres maladies très graves, quelquefois mortelles.</li> <li>Les vaccinations offrent aux enfants un futur en meilleure santé.</li> </ul>
--	--	--	--

<sup>3</sup> « Comment faire face à la pénurie mondiale de VPI ». Bulletin d'immunisation, mars 2017; vol. XXXIX, no 1 (pp.1-4). Disponible sur [www.paho.org/immunization/bulletin](http://www.paho.org/immunization/bulletin)

<sup>4</sup> La Déclaration de politique générale de l'OMS : révision de la politique relative aux flacons multidoses – Manipulation des flacons de vaccin multidoses entamés (2014) est disponible sur <http://bit.ly/multidose>

À compter de 2015, le *Bulletin d'immunisation* sera publié quatre fois par an en anglais, espagnol et français par l'Unité 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](http://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 XXXIX Numéro 2 • Juin 2017

**Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtémoc Ruiz Matus.**

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2017  
Tous droits réservés.

## 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>



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



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

## Ce que j'ai appris...

**Par le Dr Teodoro Carrada Bravo, ancien épidémiologiste de terrain et éducateur pour la santé de l'Institut mexicain de la sécurité sociale**

Lors de mon retour de Londres (Angleterre) au Mexique, en 1974, j'ai été engagé comme épidémiologiste de terrain et éducateur pour la santé par l'Institut mexicain de la sécurité sociale. J'ai fait face à de fréquentes flambées de rougeole, poliomyélite paralytique, coqueluche, rage humaine, fièvre typhoïde, choléra, leishmaniose cutanée, tétanos néonatal, dengue hémorragique et syphilis, principalement dans les quartiers marginalisés et les communautés rurales du pays.

Le 30 juillet 1985, je me suis rendu à Ticul (Yucatán), une ville de langue maya où trois cas pédiatriques présumés de diphtérie pharyngée avaient été notifiés dans une famille dont les membres n'avaient jamais été vaccinés. J'ai examiné les patients et leur entourage le plus proche et réalisé des prélèvements de gorge. L'après-midi, j'ai préparé du tellurite agar sanguin pour ensemencer les prélèvements et, avant la tombée de la nuit, j'ai pratiqué une autopsie sur une fillette de huit ans décédée d'une pharyngo-amygdalite membraneuse avec obstruction des voies aériennes et myocardite. Au cours de l'étude autopsique, j'ai constaté l'existence de pseudomembranes adhérentes avec un écoulement purulent abondant dans la trachée et les bronches souches. J'ai photographié les organes et réalisé des prélèvements supplémentaires pour des examens bactériologiques et histopathologiques. Le jour suivant, les cultures se sont révélées positives. L'examen des colonies

au microscope a mis en évidence des amas de bacilles comportant des granules métachromatiques (coloration d'Albert). Le laboratoire de l'Institut H. Nocuchi (Mérida) a confirmé la toxicité de la souche isolée en réalisant un test intradermique de neutralisation chez un cochon d'Inde.

Une coordination harmonieuse avec le secteur sanitaire ayant été établie, une étude concernant la vaccination a été conduite chez les enfants de moins de 9 ans, qui a mis en évidence que seuls 49 % des répondants avaient reçu les trois doses de DTC du calendrier vaccinal. En outre, 70 échantillons de sérum ont été prélevés, dont 34,2 % présentaient des taux d'antitoxine diphtérique < 0,01 UI/ml, voire nuls. J'ai notifié l'ampleur et la gravité de la flambée aux médecins locaux puis, le soir, j'ai rédigé à l'hôtel des notes non alarmantes destinées à la presse. Les deux semaines suivantes, 14 712 doses de DTC ont été administrées aux habitants de Ticul et des villages avoisinants. Les nouveaux cas présumés ont reçu un traitement antibiotique et 20 000 UI ou plus d'antitoxine diphtérique. Ces mesures ont maîtrisé la flambée. Il n'a pas été notifié de cas de diphtérie au Yucatán depuis 1978. De retour à



Dr Teodoro Carrada Bravo

Mexico, j'ai soumis un rapport épidémiologique et rédigé une communication universitaire acceptée pour publication dans le Boletín del Hospital Infantil de México [1986; 43 (11): 688-692].

Le rôle d'un épidémiologiste de terrain est de travailler efficacement et rapidement, à l'aide de ressources locales presque toujours limitées. Le plus important est de gagner la confiance et le soutien de la population touchée. Le combat a été difficile et rude, mais c'est ainsi que le Mexique est devenu exempt de diphtérie mortelle et autres maladies existant depuis longtemps.

À mon âge avancé, je suis heureux et ai plaisir à partager avec vous cette expérience réussie grâce au soutien de mes collègues du Yucatán et à la formation professionnelle reçue dans les classes et les laboratoires de l'Université de Londres, ma chère alma mater, à laquelle je dois une reconnaissance infinie. ■

Les objectifs de la rubrique « Ce que j'ai appris » sont d'offrir un espace aux professionnels de la vaccination de tous les coins des Amériques pour partager leur expérience personnelle et les leçons qu'ils en ont tirées. Les personnes qui aimeraient publier leur témoignage dans cette rubrique sont invitées à contacter Octavia Silva à [silvao@paho.org](mailto:silvao@paho.org).