

# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XL Numéro 1

Protégez votre Famille par la Vaccination

Mars 2018



## Mise en œuvre des doses fractionnées du vaccin antipoliomyélique inactivé

### Contexte

Dans le cadre du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale adopté par l'ensemble des États Membres à l'Assemblée mondiale de la Santé, tous les pays devaient introduire au moins une dose du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) avant le retrait mondialement synchronisé du composant de type deux du vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Les Amériques se sont engagées à atteindre cet objectif et, de février 2015 à avril 2016, 32 pays et territoires de la Région qui n'utilisaient pas encore le VPI ont introduit une dose du vaccin dans leur programme de vaccination systématique.

Avant l'approbation du Plan, l'OMS avait reçu des ententes signées de deux fabricants de vaccins, garantissant une production suffisante de VPI pour fournir à toutes les nouvelles cohortes de naissance une dose complète à un prix abordable. Malheureusement, entre 2015 et 2016, les deux fournisseurs ont accusé des retards de production imprévus et ont dû réduire leur offre. Ainsi, 21 pays à faible risque d'autres régions n'ont pas pu introduire le VPI avant la date prévue et 29 autres pays ont connu une rupture de stock du vaccin après l'introduction. Les fournisseurs ont continué d'avoir des retards de production et il est probable que ce problème perdure jusqu'en 2020.

### Recommandation relative au fVPI

Compte tenu à la fois de la situation d'approvisionnement limité et du fait que les données scientifiques ont montré que les deux doses fractionnées de VPI (fVPI) administrées par voie intradermique présentent une séroconversion plus élevée pour tous les sérotypes qu'une dose unique complète du VPI administrée par voie intramusculaire, le groupe SAGE (Groupe consultatif stratégique d'experts de l'OMS sur la vaccination) a recommandé en 2016 que les pays envisagent d'utiliser le fVPI. Pour une vidéo d'instruction sur l'administration du fVPI, veuillez aller à <https://youtu.be/IsK4HcQ3ve8>.

Le fVPI correspond à 1/5 de la dose complète de VPI et la dose doit être administrée par voie intradermique.<sup>1</sup>

Le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination s'est réuni en mai 2016 et en mars 2017 pour examiner la situation mondiale et régionale de l'approvisionnement en VPI et les données scientifiques sur l'immunogénicité du fVPI, et a recommandé que tous les pays qui utilisent plus de 100 000 doses de VPI chaque année passent aux doses fractionnées en suivant le calendrier de vaccination contre la polio suivante :

Calendrier systématique	Calendrier de rappel				
Dose	1 <sup>e</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>
Âge d'administration	2 mois	4 mois	6 mois	18 mois	4 à 5 ans
Type de vaccin	fVPI	fVPI	bVPO	bVPO	bVPO

bVPO: vaccin antipoliomyélique oral bivalent

### Formation sur le fVPI

Depuis mars 2018, neuf pays de la Région ont commencé à former des agents de santé sur la mise en

Voir **fVPI** page 2

<sup>1</sup> Consulter l'outil de travail « Qu'est-ce qu'une dose fractionnée de VPI ? » pour obtenir de plus amples renseignements sur le fVPI. Bulletin d'immunisation. 2017. Vol. XXXIX. Numéro 2. Page 7. Accessible sur [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=270&gid=42762&lang=fr](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=42762&lang=fr).

## DANS CE NUMÉRO

- Mise en œuvre des doses fractionnées du vaccin antipoliomyélique inactivé
- Renforcement de la gestion du programme de vaccination et de la qualité des données avec les registres électroniques de vaccination dans les Caraïbes
- Le Pan American Journal of Public Health publie un numéro sur la vaccination dans les Amériques
- Surveillance sentinelle des pneumonies et méningites bactériennes dans l'hôpital des urgences pédiatriques du Pérou
- Atelier sur les ripostes rapides aux flambées de fièvre jaune au Pérou
- L'OPS publie Outils de suivi de la couverture obtenue par des interventions intégrées de santé publique
- Tableau 1. Prix des vaccins achetés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2018
- Tableau 2. Prix des seringues achetées par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2018-2019
- Ce que j'ai appris... par Gladys Ghisays

## Renforcement de la gestion du programme de vaccination et de la qualité des données avec les registres électroniques de vaccination dans les Caraïbes

Les registres électroniques de vaccination (REV) sont des outils qui facilitent la documentation et la surveillance des calendriers vaccinaux individuels, ainsi que la conservation des antécédents vaccinaux individuels. Par conséquent, les REV contribuent à améliorer le rendement du Programme élargi de vaccination (PEV) en termes de couverture, d'efficacité et de qualité des données.

Il apparaît que les REV peuvent être des outils rentables pour accroître la couverture, optimiser le moment de la vaccination et fournir des données fiables pour la prise de décisions. De plus, le REV facilite la surveillance du processus de vaccination pour maximiser les activités connexes. L'élaboration et la mise en œuvre des REV répondent aux progrès réalisés dans les programmes de vaccination et en matière de technologie et de connectivité concernant l'information et les communications, ainsi qu'aux exigences en matière d'information relatives au PEV.

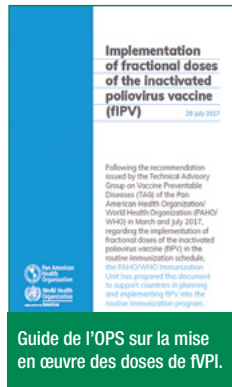
L'OPS définit les registres de vaccination individualisés comme ceux qui identifient les données de vaccination de chaque personne et qui permettent d'accéder aux antécédents vaccinaux de chacun, facilitant ainsi les recherches actives, en plus de permettre la planification mensuelle pour savoir qui a besoin d'être vacciné et le contrôle des patients qui ne sont pas à jour dans leur vaccination ou l'ont abandonnée. Les REV sont des registres informatisés de vaccination individualisés qui font partie du système d'information sur la vaccination. Selon leur connectivité, les REV peuvent être définis comme étant en ligne, autonomes (hors ligne) ou une combinaison des deux.

Les pays de la Région des Amériques ont réalisé des grands progrès dans le renforcement de leurs systèmes d'information sur la vaccination, y compris les îles des Caraïbes qui ont connu des défis en matière d'exhaustivité, de rapidité et d'exactitude de leurs données de vaccination, malgré la petite taille des populations. Il existe des problèmes de dénominateurs inexacts en raison des naissances hors pays et d'informations en double, dans les secteurs de la santé tant

fVPI suite de la page 1

œuvre du fVPI : Colombie, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay et République dominicaine. Beaucoup de ces pays profitent également de ces formations pour renforcer le programme de vaccination global dans des domaines tels que l'innocuité de l'injection, la politique des flacons de vaccin multidoses entamés,<sup>2</sup> la surveillance de la paralysie flasque aiguë et l'intervention en cas de flambée de polio.

Bien que la date d'introduction pour passer aux doses fractionnées ne soit pas confirmée pour le moment, ces pays ont pris d'importantes mesures pour s'assurer que le personnel dispose des connaissances dont il a besoin pour passer aux doses fractionnées, le moment venu.



Guide de l'OPS sur la mise en œuvre des doses de fVPI.



Aimant illustrant la politique relative aux flacons multidoses entamés de l'OMS.



Brochure de l'OPS sur la Journée mondiale de lutte contre la polio de 2017.

### Matériel de formation sur le fVPI

Suite aux recommandations du groupe SAGE et du GCT de passer au fVPI, l'OPS a élaboré divers matériel destinés à soutenir les pays à planifier et à mettre en œuvre ce calendrier. Le premier document élaboré a été un **guide d'introduction** expliquant le calendrier et la technique d'administration de la vaccination par voie intradermique, y compris les spécifications relatives à la vaccination de populations particulières, les contre-indications, des conseils sur la gestion des stocks et quoi faire en cas de rupture de stock du vaccin. Ce document est entièrement adaptable et permet aux pays de l'utiliser pour élaborer leurs propres lignes directrices nationales sur le fVPI.

Une **vidéo didactique** à utiliser dans les formations a aussi été élaborée pour aider à expliquer la technique aux agents de santé. Une **brochure** discutant de l'éradication de la polio et du fVPI a aussi été élaborée et a servi à diffuser des informations sur la Journée mondiale de lutte contre la polio en octobre 2017.

De plus, un **aimant** à mettre sur les réfrigérateurs des centres de vaccination a été conçu : les pays peuvent l'adapter, ajouter leurs propres logos et l'imprimer eux-mêmes. Cet aimant rappelle aux agents de santé les procédures de la politique relative aux flacons multidoses entamés de l'OMS à suivre pour les vaccins préqualifiés par l'OMS. Tout ce matériel est disponible sur [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio) (en anglais et en espagnol).

### Matériel et formation sur le fVPI dans la Région

En plus du matériel qui a été produit par le siège de l'OPS, de nombreux pays de la Région ont pris l'initiative d'élaborer leur propre matériel de formation et de former des agents de santé sur la mise en œuvre du fVPI. Voici quelques exemples de matériel de pays, aussi disponibles sur [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio).

#### Colombie

À la fin 2017, la Colombie a conçu des stratégies en prévision de ruptures de stock de VPI, définissant des lignes directrices opérationnelles pour mettre en œuvre l'utilisation du fVPI. Cette mise en œuvre a eu lieu sur l'ensemble du territoire national, intégrant des vaccinateurs, des coordinateurs du Programme élargi de vaccination (PEV) et de la surveillance, des médecins, des pédiatres, des organisations universitaires et scientifiques, et autres partenaires du programme. Parmi les enseignements tirés de cette expérience, on distingue :

- l'importance de faire participer des organisations universitaires et scientifiques dans le processus de formation, comme par exemple, la Société colombienne de pédiatrie,
- la coordination intersectorielle avec l'agence nationale de réglementation, les instituts nationaux de santé, le Groupe consultatif technique national sur la vaccination (GCTNV ou NITAG d'après le sigle anglais) et la commission nationale de certification,
- l'adaptation de la chaîne du froid dans la gestion courante du PEV,
- l'optimisation des formations pour y inclure d'autres composantes pertinentes du PEV.

Grâce à la planification détaillée et au cadre renforcé du PEV, 300 réunions



Première page de la brochure de la Colombie sur la polio et le fVPI.

de service et douze réunions avec des pédiatres se sont déroulées avec succès avec, au total, 9100 personnes formées. Cela a démontré que la Colombie est prête à introduire le fVPI en temps voulu si la situation de l'approvisionnement se détériore.

La Colombie a aussi élaboré une **brochure** sur la polio et le fVPI appelée « La fin de la polio est entre tes mains ! ». La brochure complète (en espagnol) se trouve sur [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio).

#### Équateur

Compte tenu du rôle fondamental qu'assument les agents de santé dans le processus d'administration du fVPI, des experts en vaccination de la Stratégie nationale de vaccination ont formé les personnes responsables des programmes de vaccination de neuf provinces de l'Équateur sur l'administration du fVPI, entre septembre et décembre 2017. Elles ont en retour reproduit les ateliers dans les provinces, les cantons et les unités fonctionnelles relevant de leur responsabilité.

Une **vidéo** comportant les points de base pour former le personnel a été élaborée par le ministère de la Santé publique de l'Équateur et distribuée aux différents niveaux de gestion pour soutenir le processus de formation, ainsi que le manuel de formation correspondant. La vidéo peut être consultée en ligne (en espagnol) sur [https://youtu.be/S8ISJ\\_D1Qzs](https://youtu.be/S8ISJ_D1Qzs).



Image de la vidéo de formation de l'Équateur sur l'administration du fVPI.

Une fois la formation achevée, l'administration du fVPI a débuté le 1er janvier 2018 dans tous les établissements du pays, dans le cadre du programme de vaccination systématique du ministère de la Santé publique, selon les recommandations de l'OPS/OMS. L'introduction des doses de fVPI dans le calendrier vaccinal a été un franc succès, et n'a rencontré jusqu'à présent aucun problème connu de fonctionnement ni technique.

#### Honduras

Lors de la conférence consultative nationale sur la vaccination qui a eu lieu en juin 2017, une recommandation a été faite au Secrétariat de la Santé du Honduras (SESAL) de commencer les préparatifs pour l'introduction de deux doses de fVPI, sur la base des recommandations faites lors de la réunion ad hoc du GCT de mars 2017, au cours de laquelle les pénuries de VPI et une analyse de la situation de l'approvisionnement en vaccins dans le

<sup>2</sup> 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 en anglais et en français sur [http://www.who.int/immunization/documents/general/WHO\\_IVB\\_14.07/en/](http://www.who.int/immunization/documents/general/WHO_IVB_14.07/en/)



fVPI suite de la page 2



Atelier national consacré à la formation des animateurs régionaux à Tegucigalpa (Honduras), du 19 au 20 septembre 2017. Source : Dr. Ileana Moya.



Atelier national consacré à la formation des animateurs régionaux à Tegucigalpa (Honduras), du 19 au 20 septembre 2017. Source : Dr. Ileana Moya.

pays ont été abordées. À cet égard, le SESAL a pris la décision technique et politique d'introduire le fVPI en janvier 2018.

Le SESAL a élaboré un plan d'introduction accompagné d'un budget permettant de mobiliser des ressources. Entre juillet et décembre 2017, lors de la mise en œuvre du plan, des activités ont été menées en lien avec toutes les composantes du programme de vaccination, afin d'assurer une préparation réussie, notamment l'élaboration de lignes directrices techniques et fonctionnelles, la création et la mise en œuvre d'un plan de formation à l'intention des agents de santé du sous-secteur public à tous les niveaux du réseau de service, la socialisation des principaux acteurs comme les écoles et associations de professionnels de la santé, la conception de la stratégie, la production de matériel de communication et les révisions et ajustements apportés au système d'information. Le SESAL a solidement préparé le personnel de la santé à l'utilisation du fVPI et a décidé d'en reporter l'introduction.

**Paraguay**

Le PEV du Paraguay a terminé avec succès une série de formations sur le fVPI en décembre 2017. Les formations, 19 au niveau national et 250 au niveau infranational, ont traité du maintien des objectifs atteints, des défis rencontrés pendant la période de post-élimination de la rougeole et de la rubéole et de la stratégie mondiale d'élimination de la polio.

Reposant sur la prémisse selon laquelle « aucun pays n'est exempt de l'entrée de maladies importées venant d'autres latitudes, mais nous pouvons en prévenir la propagation sur notre territoire », les axes stratégiques étaient les suivants : une couverture vaccinale élevée et homogène, des indicateurs de

surveillance élevés des maladies évitables et une équipe de riposte rapide persuasive, efficace et efficiente, permettant une intervention rapide visant à l'interruption de toute chaîne de transmission.

La capacité installée au niveau fonctionnel pour administrer des doses de vaccin par voie intradermique a été évaluée sur le terrain et une formation sur l'administration du fVPI ou d'un autre vaccin a été élaborée, selon les besoins.

Le processus a été financé par des fonds du Paraguay, un signe d'autonomisation et de durabilité. De la même manière, des registres de vaccination primaire et des carnets de vaccination pour garçons et filles ont été adaptés, préparés et intégrés. ■



Formation sur le fVPI au Paraguay. Source : ministère de la Santé du Paraguay.



Formation sur le fVPI au Paraguay. Source : ministère de la Santé du Paraguay.



Formation sur le fVPI au Paraguay. Source : ministère de la Santé du Paraguay.



Formation sur le fVPI au Paraguay. Source : ministère de la Santé du Paraguay.



Formation sur le fVPI au Paraguay. Source : ministère de la Santé du Paraguay.

**Colombie :** Diego Alejandro García Londoño, responsable du PEV, Juanita Corral Castillo, consultante nationale sur le PEV et Viviana Andrea Calderón Ramírez, consultante nationale sur la vaccination pour l'OPS/OMS. **Équateur :** Stratégie nationale de vaccination, ministère de la Santé, Équateur. **Honduras :** Ida Berenice Molina, responsable du PEV, et Odalys García, consultante nationale pour l'OPS/OMS. **Paraguay :** Sonia Arza F., Mirian Medina, Leticia Nuñez Suárez, Zully Suárez, PEV Paraguay et Fabiana Michel, point focal d'immunisation de l'OPS/OMS.

**Le Pan American Journal of Public Health publie un numéro sur la vaccination dans les Amériques**

En décembre 2017, le Pan American Journal of Public Health a publié un numéro spécial sur les 40 ans du Programme élargi de vaccination dans les Amériques. Ce supplément explore le passé, le présent et l'avenir de la vaccination dans la Région des Amériques dans différents articles, exposant en détail les parcours qui ont mené à l'élimination de maladies à prévention vaccinale telles que la polio, la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale. Il examine également l'évolution d'autres développements dans la Région, comme la Semaine de la vaccination dans les Amériques et l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes de vaccination régionale. Le supplément explore également de l'avenir de la vaccination dans la Région et des difficultés à surmonter.

Les articles du supplément sont disponibles en anglais, espagnol et portugais sur <http://bit.ly/PAHOjournalIM>. ■



## REV DANS LES CARAÏBES suite de la page 1

public que privé. Certains pays des Caraïbes investissent toutefois dans la mise en œuvre du REV avec pour objectifs d'améliorer la surveillance du rendement du PEV au moyen de l'exhaustivité du calendrier vaccinal individuel et de renforcer la qualité des données vaccinales.

En 2015, la Grenade a soumis une proposition d'établissement de REV national pour régler ses problèmes de qualité des données vaccinales aux Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis grâce au soutien technique de l'OPS ; le pays a réussi à obtenir une subvention pour mettre en œuvre le REV.

Pendant la période de mise en œuvre de ce projet, l'équipe nationale du PEV et l'OPS ont établi différentes étapes et processus, dont la planification de la mise en œuvre des activités, et le financement pour soutenir le système, l'adaptation d'une version libre (ouverte) d'un REV commandé par l'OMS, conçue par des développeurs de logiciels de l'Albanie, qui ont soutenu le processus de personnalisation en fonction du contexte et des besoins du pays, l'établissement d'un échéancier pour répondre aux besoins en matière d'infrastructure du système (matériel informatique, besoins électriques, mobilier, etc.), la tenue d'ateliers de formation servant à former et à sensibiliser les agents de santé sur l'utilisation du système, notamment sur l'inscription des nourrissons à la naissance et l'analyse des données, la saisie des données sur les antécédents vaccinaux des enfants vaccinés, ainsi que la mise en œuvre de stratégies de communication pour accentuer la sensibilisation du public envers le REV pour les prestataires de soins de santé publics et privés.

S'inspirant de la réussite de la mise en œuvre et des enseignements tirés de l'adaptation du REV à la Grenade, nommément le GIS (Grenada Immunization Information System), une proposition a été présentée aux CDC en 2017 en vue d'obtenir une subvention devant servir à



Participants à l'atelier sur le REV tenu à St. Kitts-et-Nevis. Source : OPS/OMS.



Participants à l'atelier sur le REV tenu à St. Kitts-et-Nevis. Source : OPS/OMS.

étendre le REV à trois autres pays des Caraïbes (St. Kitts-et-Nevis, les îles Turques et Caïques et Montserrat) en employant les mêmes processus et avec le soutien technique du gestionnaire du système d'information du ministère de la Santé de la Grenade. De mai à septembre 2017, des visites de site ont été faites dans ces pays/territoires pour faciliter le processus de dialogue et l'adaptation du REV en fonction de leurs besoins.

Des difficultés d'intervention découlant de l'impact des graves ouragans ont retardé la mise en œuvre et ont obligé à modifier les plans de formation finale dans les pays. Par conséquent, en novembre 2017, l'OPS a organisé un atelier de formation pour mettre en œuvre le REV à St. Kitts-et-Nevis à l'intention des agents de santé de tous les établissements de santé du pays, ainsi que des gestionnaires du PEV et des experts en technologie de l'information de St. Kitts-et-Nevis, de Montserrat et des îles Turques et Caïques.

Lors de l'atelier, l'OPS a présenté les progrès réalisés par les pays de la Région des Amériques dans l'utilisation de ces systèmes, ainsi que les problèmes rencontrés et les enseignements tirés concernant le processus entier de REV. Le consultant en REV de la Grenade s'est chargé d'enseigner les principales fonctions du système, en divisant l'atelier en trois grands domaines : le registre nominal et vaccinal, les événements supposément attribuables à la vaccination ou l'immunisation (ESAVI) et la gestion des stocks.

Les participants ont eu l'occasion de poser des questions, de faire des suggestions et des recommandations et de prendre des engagements pour améliorer et garantir le processus de mise en œuvre de chacun des pays/territoires. Ce processus s'est avéré très utile pour éclairer des plans d'expansion ultérieure à d'autres îles des Caraïbes désireuses d'améliorer la qualité de leurs données vaccinales au moyen de la mise en œuvre du REV.

Les pays ont été dynamisés par les avantages d'être dotés d'un REV, particulièrement par une couverture vaccinale améliorée, l'identification des patients ayant abandonné la vaccination et la capacité de planifier plus efficacement les séances de vaccination. L'intégration du système avec le secteur privé et la saisie des données en temps réel aux lieux de soins permettra de réduire nombre d'erreurs de transcription.

L'application du REV mis en œuvre à la Grenade étendue à St. Kitts-et-Nevis, aux îles Turques et Caïques et à Montserrat, améliorera la qualité des données des pays individuels et des Caraïbes, et fournira des expériences à partager avec d'autres pays et plus particulièrement, d'autres nations insulaires. La mise en œuvre du REV aidera aussi à intégrer les informations sur l'ensemble des îles, ce qui contribuera à résoudre certains défis concernant les données suite à la migration des populations. ■

## Surveillance sentinelle des pneumonies et méningites bactériennes dans l'hôpital des urgences pédiatriques du Pérou

### Introduction

L'hôpital des urgences pédiatriques, établissement national de référence situé à Lima et relevant du ministère de la Santé du Pérou, compte 52 lits d'hôpital et une moyenne de 2000 sorties par an. En 2009, l'hôpital a rejoint la surveillance sentinelle des pneumonies et méningites bactériennes chez les enfants de moins de cinq ans en tant que participant au réseau régional coordonné par l'OPS. En 2014, il a rejoint le réseau mondial de l'OMS.

Dès le début de la surveillance, l'objectif a été l'institutionnalisation de celle-ci, qui a été atteinte grâce aux aspects clés suivants :

- engagement institutionnel des autorités,
- participation concertée des composantes cliniques, biologiques et épidémiologiques,
- participation des chefs de département et de service au comité de surveillance senti-

nelle,

- engagement du personnel médical pédiatrique dans le recensement des cas,
- formation initiale et continue du personnel en rotation,
- surveillance et suivi permanent des patients,
- prélèvement et traitement des échantillons en temps opportun,
- retour d'information systématique des résultats de la surveillance.

Afin de se conformer à tous les indicateurs de performance proposés par l'OMS, l'hôpital a surmonté les défis et a notamment pu obtenir les données des personnes vaccinées, identifier tous les cas suspects, définir avec plus de précision les cas probables de pneumonie bactérienne, garantir l'approvisionnement et accroître les occasions de prélèvement et de traitement

des échantillons. Ces accomplissements ont permis d'obtenir des données de qualité sur ces maladies qui ont un sérieux impact sur la morbidité et la mortalité des enfants. Ces données peuvent aussi servir au reste du pays, à la Région des Amériques et à d'autres régions du monde.

Ce rapport présente une analyse descriptive des cas de pneumonie qui ont été dépistés par la surveillance sentinelle en 2016.

### Méthodologie

Des urgences aux services de soins intensifs, tous les professionnels sont prêts à prendre en charge tous les cas suspects de pneumonie contractée au sein de la communauté. Une radiographie pulmonaire est effectuée sur tous les cas suspects de pneumonie, ce qui permet l'identification des cas probables et le prélèvement d'un échantillon de sang pour l'identification bactérienne.



## SURVEILLANCE suite de la page 4

Pour l'identification du profil radiologique compatible avec la pneumonie bactérienne, la radiographie thoracique est lue par un radiologue. Pour documenter l'information vaccinale, l'hôpital utilise diverses modalités, de la demande de la carte de vaccination aux parents lors des consultations et de l'admission à la demande de l'envoi de photos de la carte de vaccination à l'aide de l'application WhatsApp. Aux fins de la surveillance, les définitions de cas suivantes, établies pour la Région des Amériques, sont utilisées :

• **Cas suspect de pneumonie**

Tout patient de moins de cinq ans hospitalisé avec un diagnostic clinique de pneumonie contractée au sein de la communauté. Tout patient présentant une indication médicale d'hospitalisation est considéré comme hospitalisé.

• **Cas probable de pneumonie bactérienne**

Tout cas suspect pour lequel la radiographie pulmonaire présente un profil radiologique compatible avec une pneumonie bactérienne.

• **Cas confirmé de pneumonie bactérienne**

Tout cas probable de pneumonie bactérienne pour lequel les bactéries *H. influenzae*, *S. pneumoniae* ou d'autres bactéries ont été identifiées dans le sang ou le liquide pleural.

• **Cas écarté de pneumonie bactérienne**

Tout cas suspect pour lequel la radiographie thoracique ne montre pas un profil radiologique compatible avec une pneumonie bactérienne.

### Résultats

En 2016, 319 enfants de moins de cinq ans ont été admis avec une suspicion de pneumonie, 108 (33,9 %) d'entre eux étaient considérés comme des cas probables de pneumonie bactérienne et sept (2,2 %) comme des cas confirmés. Les enfants de sexe masculin (59,9 %) et les moins de deux ans (81,2 %) étaient les plus touchés : plus de la moitié des patients (57,4 %) avait moins d'un an lors de l'admission et 23,8 % avaient entre 12 et 23 mois.

Aucune variation saisonnière n'a été identifiée lors du recensement des cas suspects. Une légère augmentation a été observée au cours des mois d'avril, mai, septembre et novembre où plus de 40 % des cas ont été détectés. La durée de la maladie varie d'un à quatre jours dans 44,2 % des cas. La moyenne était de 5,8 jours et la médiane de 5 jours. Le pourcentage de cas ayant reçu des antibiotiques avant leur admission à l'hôpital s'élevait à 40,1 %. Trois patients sont décédés.

L'hôpital reçoit des cas de diverses régions du pays, mais plus fréquemment des districts de San Juan de Lurigancho (19,8 %), El Agustino (11,29 %), La Victoria (8,8 %) et Santa Anita (6,9 %). La plupart des patients recensés provenaient de districts aux ressources moyennes à faibles.

Parmi les cas probables, 85,7 % (6) des isolats correspondaient au pneumocoque et 14,3 % (1) correspondait à la bactérie *Haemophilus influenzae* de type b (Hib). Le patient atteint de pneumonie à Hib n'avait pas reçu la série complète du vaccin pentavalent correspondant à son âge. Cinq (83,3 %) des pneumocoques isolés étaient de sérotype 19A et un était de sérotype 15A. Cinq des patients atteints de pneumonie due à ces pneumocoques ont présenté leur carte de vaccination : deux (40 %) avaient reçu les vaccins du calendrier et trois (60 %) non.

### Cas confirmés de pneumonie bactérienne admis à l'hôpital des urgences pédiatriques de Lima en 2016

Âge (mois)	Micro-organisme	Sérotype	Date et état vaccinal		Calendrier vaccinal complet ?
			Pneumocoque	Pentavalent (Hib)	
9	<i>S. pneumoniae</i>	19A	2e dose date non disponible	3e dose date non disponible	Oui, oral
21	<i>S. pneumoniae</i>	19A	2e dose 02/04/2015	2e dose 04/02/15	Non
23	<i>S. pneumoniae</i>	19A	1re dose 20/12/2014	1re dose 20/12/2014	Non
33	<i>S. pneumoniae</i>	15A	3e dose 25/02/2014	3e dose 03/09/2014	Oui
38	<i>S. pneumoniae</i>	19A	3e dose 25/02/2014	3e dose 24/03/2014	Oui
41	<i>S. pneumoniae</i>	19A	1re dose 06/02/2013	3e dose 28/05/2015	Non
20	<i>H. influenzae</i>	8	1re dose 29/05/2016	1re dose 29/05/2016	Non

Les deux patients ayant reçu la série complète du vaccin sont tombés malades par des souches de pneumocoque (15A et 19A) non présentes dans le vaccin 10-valent reçu.

### Cas de pneumonie bactérienne selon la radiologie et la vaccination documentées à l'hôpital des urgences pédiatriques de Lima en 2016

Vaccination pour l'âge	Pneumonie bactérienne probable	Pneumonie non bactérienne	Total
Complète	33	84	117
Incomplète	21	22	43
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>106</b>	<b>160</b>

La carte de vaccination était disponible pour 192 (60,2 %) des cas recensés et ne l'était pas pour 127 (39,8 %) d'entre eux. Parmi les patients qui disposaient de la carte de vaccination, la vaccination selon le calendrier était incorrecte pour 27 (14,0 %), 119 (62,0 %) avaient reçu la série complète pour leur âge et 46 (24,0 %) n'avait pas reçu la série complète.

L'*odds ratio* (OR) pour ceux ayant reçu une vaccination complète pour l'âge et avec une pneumonie bactérienne avec preuve radiologique était de 0,41.

### Conclusions

- Le taux d'isolat était très faible, ce qui limite l'analyse des cas confirmés. Parmi les isolats, *Streptococcus pneumoniae* était le plus fréquent, avec une prépondérance du sérotype 19A.
- Seuls 40 % des patients avec un isolat de *Streptococcus pneumoniae* présentaient des antécédents de vaccination complète pour leur âge, vérifiés grâce à la carte de vaccination.

- Les 2/3 des personnes recensées disposaient d'une carte de vaccination. Parmi elles, seulement 61,98 % avaient reçu les vaccins du calendrier correspondant à leur âge.

- Pour les patients attestant de leur vaccination par la carte, il a été constaté que le vaccin a un effet protecteur contre la pneumonie bactérienne confirmée et probable, en comparant les cas probables de pneumonie bactérienne avec ceux d'autres pneumonies, selon le profil radiologique.

### Recommandations

- optimiser les stratégies de recherche à travers la carte de vaccination des patients recensés, avec la participation du bureau de soins infirmiers et services sociaux.
- mener des actions aux niveaux local et national pour améliorer la proportion d'enfants avec une vaccination complète pour leur âge. ■

## Atelier sur les ripostes rapides aux flambées de fièvre jaune au Pérou

La gestion sanitaire régionale d'Uyacali au Pérou (DIRESA-Uyacali), le ministère de la Santé du Pérou et l'OPS ont préparé et organisé avec succès un atelier sur la riposte rapide aux flambées de fièvre jaune, qui traitait des mesures de vaccination et visait à former des équipes techniques dans les réseaux sanitaires de la DIRESA-Uyacali et renforcer l'intervention rapide face aux flambées de fièvre jaune. L'atelier a été évalué et validé par la DIRESA-Uyacali.



Atelier sur la riposte à la fièvre jaune au Pérou. Source : Monica Pun, OPS/OMS.

Cet atelier a eu lieu les 21 et 22 février à Pucallpa, avec la participation de conférenciers nationaux et étrangers comme Samia Samad, consultante en immunisation internationale pour l'OPS/OMS au Pérou, Monica Pun, consultante nationale en intervention sanitaire d'urgence pour l'OPS/OMS au Pérou, Greta Arias de l'équipe technique de vaccination de l'OPS/OMS, Maria Ticona du Service de vaccination du ministère de la Santé, Gladys Turpo du Centre national pour l'épidémiologie, la prévention et le contrôle des maladies (CDC-Pérou), Cayo Leveau, directeur de l'épidémiologie de la DIRESA-Uyacali et Roberto Aron, coordinateur régional de la vaccination pour la DIRESA-Uyacali.

Le personnel de santé issu des domaines de l'épidémiologie, de la vaccination et des

laboratoires techniques des réseaux sanitaires des régions de Coronel Portillo, Federico Basadre, Atalaya et Aguata, ainsi que des représentants de la cybersanté (eHealth) et de la DIRESA-Uyacali, ont participé activement à l'élaboration des meilleures stratégies visant à renforcer la vaccination contre la fièvre jaune, puisque c'est l'activité cruciale pour lutter contre cette maladie hautement mortelle.

Henry Lobato, directeur régional de la DIRESA-Uyacali, a commencé l'atelier en remerciant l'OPS/OMS et le ministère de la Santé du Pérou de leur soutien et en soulignant que cet événement visait



Atelier sur la riposte à la fièvre jaune au Pérou. Source : Monica Pun, OPS/OMS.



Atelier sur la riposte à la fièvre jaune au Pérou. Source : Monica Pun, OPS/OMS.



Atelier sur la riposte à la fièvre jaune au Pérou. Source : Monica Pun, OPS/OMS.



Atelier sur la riposte à la fièvre jaune au Pérou. Source : Monica Pun, OPS/OMS.

à renforcer la capacité du personnel confronté à une flambée de fièvre jaune en parlant des zones à risque d'Uyacali, puisqu'une épidémie de fièvre jaune sévit actuellement au Brésil et que la mobilité de la population péruvienne pourrait accroître le risque.

À la fin de l'atelier, chaque équipe technique avait préparé une analyse situationnelle de ses réseaux, qui serviront de référence pour structurer le plan de vaccination et tous ses composants (épidémiologie, laboratoire, promotion de la santé, communications, statistiques et chaîne du froid). ■

## L'OPS publie Outils de suivi de la couverture obtenue par des interventions intégrées de santé publique

Dans le but d'améliorer le bien-être de la population et de combler les lacunes lors de la prestation des services de santé, il faut garantir l'accès à diverses interventions sanitaires, notamment à des stratégies éprouvées telles que la vaccination et la vermifugation. L'atteinte des objectifs de couverture des programmes de vaccination signifie qu'il faut parvenir à identifier et atteindre les populations cibles, grâce à la promotion de l'accès universel aux soins de santé, en adoptant des approches intégrées et en faisant un usage plus efficace des ressources. Les services de santé doivent adopter les activités indispensables que sont la surveillance et les analyses systématiques de la couverture.

L'Unité d'immunisation intégrale de la famille et le Programme régional sur les maladies infectieuses négligées, tous deux de l'OPS, ont souligné la nécessité de systématiser et d'intégrer les méthodes pour surveiller la couverture des interventions sanitaires dans les populations d'âges préscolaire et scolaire et offrent des stratégies et des possibilités de collaboration.

La publication *Outils de suivi de la couverture obtenue par des interventions intégrées de santé publique* est le fruit de l'examen et de l'intégration de concepts et de méthodologies qui s'inspirent des expériences et des enseignements tirés dans les pays, en vue de faciliter les interventions conjointes et les activités de surveillance relevant de divers programmes et plateformes sanitaires.

Il est prévu d'incorporer les concepts, les méthodes et les outils de chacun des modules aux processus en cours pour améliorer la qualité des registres de couverture, renforcer les capacités en matière d'analyse des données appropriées et employer en temps opportun les informations qui en résultent pour la prise de décisions et la mise en œuvre d'interventions qui procurent un accès efficace aux soins de santé. ■

La version française de cette publication sera prête en 2018. On peut accéder aux modules sur <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34510>.

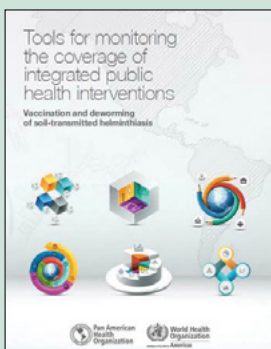


Tableau 1. Prix des vaccins achetés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2018 (prix en dollars US)

VACCIN		DOSES PAR FLACON	COÛT MOYEN PAR DOSE
BCG		10	\$0,2073
Choléra		1	\$1,8500
DTC		10	\$0,1685
DT	pédiatrique	10	\$0,1670
DTa triple acellulaire	pédiatrique	1	\$15,0000
DDTCa-VPI	tétravalent acellulaire	1	\$11,5000
DTCa-VPI-Hib	pentavalent acellulaire (seringue préremplie)	1	\$14,2000
DTCa-VPI-hép B-Hib	hexavalent acellulaire	1	\$20,6000
DTC	Hib lyophilisé	1	\$2,6500
DTC hépatite B Hib (pentavalent)	liquide	1	\$1,0830
Fièvre jaune		10	\$1,4300
		5	\$1,2800
Fièvre typhoïde polysaccharidique		20	\$9,0000
Grippe saisonnière quadrivalent hémisphère sud 2018	adulte	10	\$6,0000
	pédiatrique	20	\$2,5700
Grippe saisonnière trivalent hémisphère sud 2018	adulte - origine coréenne	1	\$4,2400
	adulte - origine française	1	\$3,5000
	adulte - origine coréenne	10	\$2,1500
	adulte - origine française	10	\$2,6500
	pédiatrique - origine coréenne	20	\$1,0750
	pédiatrique - origine française	20	\$1,3250
Hépatite A	pédiatrique	1	\$8,1150
	adulte	1	\$13,2000
Hépatite B (recombinant)	adulte	10	\$0,1815
	adulte	1	\$0,3264
	pédiatrique	1	\$0,2165
Hépatite	lyophilisé	1	\$2,0500
Méningococcique ACYW135		1	\$20,3000
Pneumococcique conjugué pédiatrique	10-valent (PCV-10)	1	\$12,8500
	10-valent (PCV-10)	1	\$14,5000

VACCIN		DOSES PAR FLACON	COÛT MOYEN PAR DOSE
Pneumococcique non conjugué	23-valent adulte	1	\$7,9800
Polio inactivé (VPI)		1	\$5,3000
		5	\$2,0000
Polio oral bivalent (VPOb)		10	\$0,1700
		20	\$0,1292
Rougeole-rubéole		1	\$2,2500
		10	\$0,6160
Rougeole/oreillons (souche Jeryl-Lynn)/rubéole		1	\$5,5900
Rougeole/oreillons (souche Zagreb)/rubéole		1	\$2,7500
		5	\$1,4300
Rage, à usage humain (cellules Vero)		1	\$12,8000
Rotavirus, liquide	Rotavirus, liquide	1	\$6,5000
Td	adulte	10	\$0,0935
Tdap triple acellulaire	adolescent/adulte	1	\$11,4653
Varicelle		1	\$14,4590
Virus du papillome humain (VPH)	bivalent	1	\$8,5000
	quadrivalent	1	\$9,5800

### Modification I des prix des vaccins de 2018

Les États Membres seront facturés selon ces prix, à défaut d'une disposition contraire stipulée dans les accords conclus avec le pays. Les factures de l'OPS comprendront le coût du vaccin, des frais de service de 4,25 % (ne s'appliquant qu'au coût du produit biologique) et les frais réels d'emballage, de port et d'assurance.

On recommande aux représentants de l'OPS/OMS d'émettre des factures proforma basées sur les prix FCA moyens « franco transporteur » (indiqués dans la liste de prix). Pour estimer le coût d'emballage, d'assurance et de port, il faut calculer 15 % de la valeur des produits biologiques à des fins budgétaires. Cela est attribuable, en partie, à l'origine du produit. Le coût réel de ces services peut varier et figurera dans la facture de l'OPS, qui est émise environ 30 jours après la livraison de la commande. Le délai de livraison est d'environ 60 jours suivant la réception de la demande par le Service de gestion des achats et des approvisionnements (PRO) de l'OPS.

Nous vous prions de continuer de travailler étroitement avec le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins en actualisant les besoins trimestriels en vaccins des États Membres. L'exactitude et la disponibilité de ces informations sont essentielles au travail qu'accomplit l'OPS avec les fournisseurs afin d'assurer la fabrication et la disponibilité des produits en temps utile.

Tableau 2. Prix des seringues achetées par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2018-2019 (prix en dollars US)

SERINGUES JETABLES		
TAILLE	NOMBRE PAR CAISSE	PRIX UNITAIRE*
1cc 22G x 1 1/2"	2400	\$0,0232
	2000	\$0,0311
	1400	\$0,0290
1cc 23G x 1"	3200	\$0,0315
	2000	\$0,0318
	1400	\$0,0219
3cc 23G x 1***	1800	\$0,0330
	1800	\$0,0311
	2400	\$0,0232
5cc 22G x 1 1/2"	1800	\$0,0330
	1200	\$0,0235

SERINGUES AUTODESTRUCTIBLES		
TAILLE	NOMBRE PAR CAISSE	PRIX UNITAIRE*
0.5cc 22G x 1 1/2***	3000	\$0,0480
	3000	\$0,0656
0.5cc 23G x 1***	3000	\$0,0299
	3000	\$0,0338
	3000	\$0,0282
0.5cc 25G x 5/8***	4000	\$0,0300
	3000	\$0,0380
	3000	\$0,0390
0.5cc 26G x 3/8"	3000	\$0,0282
	3000	\$0,0380
	3000	\$0,0390
0.1cc 27G x 3/8***	2000	\$0,0395

\* Prix FCA (franco transporteur) pour chaque seringue.

\*\* En cas de quantité et de taille de seringues identiques mais avec des prix différents, cela est généralement dû à des fournisseurs différents.

### Modification I des prix des seringues de 2018

Les États Membres seront facturés selon ces prix. Les factures de l'OPS comprendront le coût des seringues, des frais de service de 4,25 % (ne s'appliquant qu'au coût des seringues) et les frais réels d'emballage, de port et d'assurance.

On recommande aux représentants de l'OPS/OMS d'émettre des factures proforma basées sur les prix FCA « franco transporteur ». Pour estimer le coût d'emballage, d'assurance et de port, il faut calculer 25 % de la valeur des seringues dans le cas des expéditions maritimes et 110 % dans le cas des expéditions aériennes. Cela est attribuable, en partie, à l'origine du produit, au poids et au mode d'expédition, soit par transport aérien ou maritime. Le coût réel de ces services peut varier et figurera dans la facture de l'OPS, qui est émise environ 30 jours après la livraison de la commande. Le délai de livraison est d'environ 30 jours par transport aérien et de 100 jours par transport maritime suivant la réception de la demande par le Service de gestion des achats et des approvisionnements (PRO) de l'OPS.

Nous vous prions de continuer de travailler étroitement avec le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins en actualisant les besoins trimestriels en seringues des États Membres. L'exactitude et la disponibilité de ces informations sont essentielles au travail qu'accomplit l'OPS avec les fournisseurs afin d'assurer la fabrication et la disponibilité des seringues en temps utile. ■



Le *Bulletin d'immunisation* est 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 et au-delà.

Il est 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 XL Numéro 1 • Mars 2018

**Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus**

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2018  
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**

Bulletin d'immunisation

Volume XL Numéro 1

Mars 2018

Organisation panaméricaine de la Santé 8

## Ce que j'ai appris...

**Ce que j'ai appris... par Gladys Ghisays, ancienne infirmière de surveillance épidémiologique au ministère de la Santé de Córdoba (Colombie) et ancien point focal pour la vaccination de l'OPS.**

L'un de mes premiers emplois a été chef infirmière du service pédiatrique de l'hôpital de Montería. À ce poste, j'ai pu voir des enfants admis pour malnutrition aiguë, dans un état cachectique et sans cheveux ou, s'ils en avaient, ils étaient très fins. Après trois ou quatre mois de traitement intensif, ils sortaient de l'hôpital, nourris et avec des cheveux. Cependant, le mois suivant, ils revenaient dans le même état qu'auparavant.



Gladys Ghisays.

Cela m'a beaucoup interpellé en ce qui concerne mon rôle dans le domaine de la médecine. Je pensais qu'à l'extérieur de l'hôpital, je pourrais être plus efficace pour empêcher ce cercle vicieux. Quand j'ai découvert que le ministère de la Santé recrutait des infirmières professionnelles en santé publique, j'ai immédiatement postulé. J'ai passé une entrevue et décroché un poste en santé mentale. Cette expérience m'a emmenée

à un autre poste en surveillance épidémiologique avec un défi incroyable : coordonner les programmes de surveillance épidémiologique et de vaccination pour le ministère de la Santé dans le département de Córdoba. J'allais participer à l'élimination du tétanos néonatal et de la rougeole et à l'éradication de la poliomyélite ! Suite à mon travail et aux francs succès accomplis, le Secrétaire du département de la santé de l'époque, Roger Alean Madrid, m'a récompensée par l'attribution d'une bourse pour une spécialisation en épidémiologie à la faculté de santé publique de l'université d'Antioquia.

Je me souviens d'un moment très particulier concernant la surveillance des maladies évitables par la vaccination. J'avais créé une petite initiative de notification des cas et décès

due à la rougeole et au tétanos néonatal avec les dirigeants communautaires des municipalités de Córdoba, dont les taux de couverture étaient faibles. Chaque mois, nous tenions une réunion au niveau départemental au cours de laquelle chacun rapportait l'état de la couverture dans sa communauté et le nombre de décès dus au tétanos néonatal ou à la rougeole pendant ce mois : avec du chagrin si un décès était enregistré et une grande fierté si aucun décès ne survenait dans la communauté. Une fois, la dirigeante la plus âgée, de la communauté la plus éloignée et où des décès étaient toujours rapportés, est arrivée toute heureuse. Quand ce fut finalement son tour de parler, elle déclara fièrement : « Ce mois-ci, personne n'est décédée ! » Nous nous sommes tous mis à rire. Depuis ce jour, le verbe « dicéder » a été utilisé dans toutes les réunions.

Après presque huit ans de travail en tant qu'épidémiologiste pour le ministère de la Santé de Córdoba et plusieurs enquêtes épidémiologiques menées, ainsi que la coordination de programmes de vaccination, contre le VIH, la leishmaniose cutanée et viscérale, le paludisme, la fièvre jaune et la dengue, je me suis fait remarquer par le ministère de la Santé grâce à un rapport de recherche sur le dernier cas de poliomyélite. Le ministère et l'OPS m'ont appelée pour soutenir, en plus de mes fonctions, des épidémiologistes d'autres régions dans la surveillance et la vaccination contre les maladies évitables par la vaccination car ils n'obtenaient pas les résultats escomptés. J'ai collaboré une semaine entière avec les collègues de chaque département, main dans la main. Personne n'en savait plus que l'autre : nous avons créé des équipes où nous nous entraînions tous.

Comme ma charge de travail augmentait au niveau national, je passais moins de temps à Córdoba. Après trois ans, j'ai dû prendre l'une des décisions les plus difficiles de ma vie : abandonner mon travail dans le département, et par là la stabilité de mon emploi et ne pas voir mes enfants pendant des semaines entières, et signer des contrats de travail annuels avec l'OPS de manière à me consacrer entièrement au travail qui m'occupait tant et que j'adorais. Un an plus tard, j'ai décroché un poste d'épidémiologiste en maladies évitables par la vaccination à l'OPS.

Je suis passée de la vaccination à la gestion d'un bureau de terrain de l'OPS sur la côte Atlantique pour le Programme d'urgences et de catastrophes. Cela m'a forcée à m'éloigner pendant une courte

période de ce que j'ai toujours aimé, à savoir la vaccination, pour me consacrer aux personnes de mon département déplacées par la violence.

J'ai été tellement reconnaissante pour cette expérience merveilleuse et nous avons travaillé si dur que le représentant de l'OPS / OMS en Colombie a été décoré par le gouverneur du département « pour le travail accompli par l'OPS en faveur des personnes déplacées par la violence dans cette région du pays ». Ce même jour, un peu comme dans un film, j'ai été appelée par le Dr Ciro de Quadros de l'Unité de vaccination régionale de l'OPS pour retourner en tant que consultante internationale au Paraguay. À partir de 2002, j'ai travaillé comme consultante en vaccination temporaire au Paraguay et puis j'ai officiellement obtenu le poste, après un concours très serré, en 2007.

J'ai eu pour objectif de ne pas décevoir tous ceux qui m'ont accordé leur confiance et je me suis consacrée totalement à mon engagement envers l'OPS. J'ai également dû me battre pour le défendre. Je suis donc passée par le Paraguay, le Venezuela et l'Équateur et aujourd'hui, après 27 ans, je prends ma retraite, heureuse et accomplie en tant que personne, en tant que femme et en tant que professionnelle et je ne trouve pas d'autre mot pour exprimer ma gratitude à l'OPS : merci ! Merci d'exister, merci de la confiance accordée aux personnes, merci de faire le bien et d'encourager d'autres à le faire. Merci pour tous les magnifiques collègues que j'ai croisés dans tous les pays et au bureau régional et un remerciement très spécial à mes familles paraguayennes, vénézuéliennes et équatoriennes. Je les porterai toujours dans mon cœur. ■

**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).**