

# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXV Numéro 3

Protégez votre Famille par la Vaccination

Juin 2013



## Semaine de la vaccination aux Amériques, 2013

Au cours de la dernière semaine d'avril, les pays et les territoires des Amériques ont célébré la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA), une initiative visant à accroître l'équité en matière de vaccination et l'accès à celle-ci. La SVA a débuté en 2003 et a suscité un mouvement mondial qui a mené à la création de la Semaine mondiale de la vaccination (SMV), célébrée pour la deuxième fois en 2013. Le thème de l'initiative de cette année était « La vaccination : une responsabilité partagée ». Ce thème soulignait l'importance du rôle joué par chaque personne dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination (MEV). Les gouvernements, les programmes nationaux de vaccination, les agents de santé, les collectivités et les familles ont tous contribué à la santé de leur population en assurant que leurs enfants sont vaccinés. La participation des pays à la SVA est flexible et dépend des priorités nationales en matière de santé. Au cours de la dernière décennie, plus de 465 millions de personnes ont été vaccinées dans le cadre de cette entreprise ; celle-ci est devenue une illustration exceptionnelle de ce qui peut se produire lorsque des pays travaillent de concert, au-delà des frontières et dans des langues différentes, pour améliorer la santé de leur population. Quarante-quatre pays et territoires ont participé à la SVA 2013, réalisant un grand nombre d'activités diverses afin de vacciner plus de 53,8 millions de personnes contre MEV. Notons que plusieurs pays ont inclus des campagnes de vaccination ou de sensibilisation relatives au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Dix-huit pays et territoires ont également signalé l'intégration à d'autres interventions préventives telles que la vaccination : de déparasitage, la supplémentation en vitamine A, suivie de la croissance, et des examens de santé. La plupart des pays de la Région ont mené des activités nationales ou binationales de lancement de la SVA. En plus des activités de lancement régionales qui ont eu lieu dans la zone adjacente située entre le Belize et le Guatemala le 24 avril et à Port-au-Prince (Haïti) le 27 avril, on a tenu des activités de lancement locales, nationales et internationales partout dans la Région. L'Argentine, le Brésil, la Colombie, El Salvador, Honduras,



Le Dr. Carissa F. Etienne, Directrice de l'OPS, avec les ministres de la Santé du Belize (à gauche) et du Guatemala (à droite).

Nicaragua, Panama, le Pérou, l'Uruguay et les nombreux autres pays et territoires en Amérique latine et dans les Caraïbes ont tenu des activités nationales pour célébrer cette initiative. En outre, des lancements internationaux ont eu lieu notamment en zone frontalière entre la Colombie, le Brésil et le Pérou, Honduras et Guatemala, Costa Rica et Panama, Panama et Colombie et Guyane et Suriname. Pour plus d'information visitez le site Web de l'initiative ([www.paho.org/vwa](http://www.paho.org/vwa)). ■

## La réduction de la douleur lors de les injections des vaccins et le risque de réactions locales et des abcès

La réduction de la douleur lors de la vaccination est de plus en plus importante au fur et à mesure que plus de vaccins sont disponibles et deux ou plusieurs vaccins peuvent avoir besoin d'être appliqués simultanément. Alors que certains pays ont injectés jusqu'à quatre vaccins injectables simultanément pendant des années (par exemple, les États-Unis avec le DCaT, le Hib, le vaccin pneumocoque conjugué et la polio injecté (VPI), recommandé aux mêmes âges et souvent administrés comme des vaccins séparés), la plupart des pays d'Amérique Latine commencent seulement maintenant à donner des injections multiples simultanément. Souvent, le vaccin pentavalent (DTC-Hep B -Hib) est donné dans une cuisse et le pneumocoque conjugué dans l'autre, et quand le VPI est plus largement utilisé, deux injections devront être administrées dans la même cuisse. Bien qu'il n'existe pas de contre-indications pour administrer les vaccins simultanément, ou dans la même branche, si les injections sont séparées par environ 2,5 cm (1 pouce), les mères et les travailleurs de la santé sont de plus en plus préoccupés par la douleur infligée à l'enfant, et le risque de réactions locales.

Étonnamment, il y a peu d'études concernant les interventions pour réduire la douleur lors de la vaccination. Dans ce bref article, on présente les interventions pour lesquelles les données disponibles indiquent qu'ils réduisent la douleur lors de la vaccination, et des recommandations pour réduire le risque de réactions locales et des abcès après la vaccination.

Voir **RÉDUCTION DE LA DOULEUR** page 6

### Dans ce numéro:

- 1 Semaine de la vaccination aux Amériques, 2013
- 1 La réduction de la douleur lors de les injections des vaccins et le risque de réactions locales et des abcès
- 2 L'Agence canadienne de développement international et l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS : un partenariat visant à renforcer le Programme élargi de vaccination systématique en Amérique latine et dans les Caraïbes
- 5 Haïti cherche à renforcer son programme national de vaccination
- 7 Comment placer un enfant qui va recevoir une injection
- 7 Après la vaccination...
- 8 Le Paraguay et l'Uruguay introduisent le vaccin contre le papillomavirus

## L'Agence canadienne de développement international et l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS : un partenariat visant à renforcer le Programme élargi de vaccination systématique en Amérique latine et dans les Caraïbes

La collaboration qui existe entre l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et l'Unité d'immunisation intégrale de la famille (IM) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) est en place depuis deux décennies. L'objectif global de la plus récente phase de ce partenariat (2010–début 2013) était de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination (MEV) parmi les populations vulnérables vivant dans tous les secteurs de l'Amérique latine et des Caraïbes, grâce au renforcement du Programme élargi de vaccination (PEV) systématique. Tout au long du projet, on s'est efforcé de réduire les inégalités en matière de santé en élargissant l'accès aux services de vaccination et en renforçant la qualité et la sécurité de ceux-ci.

### Historique du projet

Au début de 2010, l'OPS a présenté à l'ACDI un avant-projet portant sur 13 pays prioritaires<sup>1</sup> ; chacun d'entre eux avait été choisi en raison de son taux élevé de mortalité infantile ou de la proportion de municipalités dont le taux de couverture vaccinale était inférieur à 95 % (ou les deux). Avant la fin de 2010, l'occasion s'est présentée de recevoir un soutien additionnel de la part de l'ACDI, et on a élargi le projet pour inclure toute l'Amérique latine et les Caraïbes (33 pays<sup>2</sup>). Le budget total pour ce projet était de 10 385

582 \$ US, y compris les coûts indirects de 13 % qui revenaient à l'OPS.

### Composantes du projet

Les composantes techniques de ce projet, multidimensionnelles et interdépendantes, étaient les suivantes :

- 1) atteindre les municipalités prioritaires à faible taux de couverture vaccinale ;
- 2) mettre en œuvre des activités pour la Semaine de la vaccination aux Amériques ;
- 3) renforcer les systèmes d'information, y compris la transition vers des registres nominatifs dans des pays choisis ;
- 4) assurer la qualité des vaccins et des seringues, notamment en améliorant la capacité des autorités réglementaires nationales (ARN) et des laboratoires à exercer un contrôle des seringues ;
- 5) appuyer le Système de surveillance des agents bactériens responsables de la pneumonie et de la méningite (réseau SIREVA II) dans la mise en œuvre de procédures de contrôle de la qualité et d'assurance qualité ;
- 6) renforcer la capacité des pays à notifier et à étudier les événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI).

Pour suivre les progrès accomplis quant à chacune de ces composantes, on a créé

et suivi des indicateurs et des éléments de sortie finaux, immédiats et intermédiaires. Les résultats ont été communiqués à l'ACDI à la fin de la période couverte par le projet.

### Résultats

#### 1) atteindre les municipalités prioritaires où la couverture est faible

Cette composante technique était au cœur de la collaboration OPS-ACDI. On a appuyé des activités au niveau régional comme au niveau national pour aider à améliorer la couverture dans les municipalités ciblées et à maintenir les progrès tout au long de la période de réalisation du projet, dans l'ensemble de la Région. Ce sont les pays eux-mêmes qui ont choisi les municipalités à cibler, ce qui a permis de diriger les ressources vers les secteurs où les besoins étaient les plus grands. Les activités précises appuyées par l'ACDI englobaient toutes les composantes du programme de vaccination, mais on a mis particulièrement l'accent sur la planification et la coordination, la supervision, ainsi que l'élaboration d'outils régionaux standardisés.

Le tableau ci-dessous présente une sélection des principales activités et des principaux résultats, au niveau régional et national, visant à réduire le pourcentage de municipalités à faible taux de couverture :

### Activités et résultats principaux, niveau régional

Révision périodique des plans de travail biennaux des pays et liaisons avec le Plan stratégique de l'OPS pour que les pays s'approprient le projet.

Définition de stratégies opérationnelles appropriées, telles que la mise en œuvre d'évaluations de la qualité des données au cours des évaluations internationales menées par le PEV. Il s'agit de remédier à des problèmes concernant les numérateurs et les dénominateurs, et de compiler des informations qualitatives sur les raisons pour lesquelles certaines personnes ne sont pas vaccinées.

Élaboration d'un guide standard pour la préparation de plans d'action nationaux relatifs au PEV qui soient techniquement solides et qui visent à améliorer la prestation des services de vaccination.

Coopération technique accordée aux pays grâce à des réunions infranationales, à des séances virtuelles et à un dialogue continu.

Appui accordé aux pays pour qu'ils adoptent les indicateurs compris dans le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP).

Formations visant à renforcer la capacité du personnel national, y compris la gestion des vaccins et des fournitures ainsi que l'analyse des données.

Usage d'enquêtes afin de déterminer plus exactement la couverture vaccinale.

Création de matériel de communication sociale et de plaidoyer tenant compte des réalités culturelles.

<sup>1</sup> Bolivie, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Paraguay, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago et Venezuela.

<sup>2</sup> Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Équateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela.

ACDI suite de la page 2

## Activités et résultats principaux, pays

Sélection de municipalités prioritaires selon des indicateurs précis de critères de risque (par ex. couverture vaccinale, besoins fondamentaux non satisfaits, proximité du réseau de prestation de services, concentration d'enfants, secteurs épidémiologiquement silencieux, secteurs à haute concentration de touristes, etc.). L'usage d'indicateurs précis variait d'un pays à l'autre.

Organisation de réunions de coordination pour préparer les plans d'action relatifs au PEV ; dans certains pays, ces réunions ont inclus des partenaires onusiens et des organisations non gouvernementales (ONG). Plus de 500 personnes de partout en Amérique latine et dans les Caraïbes se sont impliquées dans le processus participatif de planification.

Inclusion d'activités de santé infantile intégrées dans les plans d'action relatifs au PEV (par ex. vermifugation et supplémentation en vitamine A au Salvador, au Honduras, au Nicaragua et au Paraguay).

Création de groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG) dans 4 pays (Costa Rica, El Salvador, Guatemala et Suriname).

Travail de concert avec des parties concernées dans 6 pays (El Salvador, Guatemala, Panama, Paraguay, Pérou et République dominicaine) pour la mise en place de lois sur la vaccination ou de règlements nationaux (ou les deux).

Formation des agents de santé quant à toutes les composantes du PEV (au total, 9148 techniciens, infirmières, médecins, pédiatres et autres professionnels de la santé) de 1130 municipalités partout dans la Région.

Embauche d'agents de santé et soutien logistique visant à faciliter la mise en œuvre des interventions proposées, y compris une microplanification servant à définir les secteurs desservis.

### Supervision

- On a effectué 2233 visites de supervision par année dans tous les pays ; on a atteint, grâce à ces visites, 70 % des municipalités ciblées.
- On a réalisé annuellement 3880 séances de suivi rapide, pour évaluer les progrès relatifs à la couverture vaccinale et identifier les populations non vaccinées. Pendant toute la durée du projet, 73 306 maisons au total ont été visitées.

Activités de mobilisation sociale avec des leaders communautaires, des populations indigènes et d'autres groupes prioritaires dans 67 % des pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

### Évaluation

- On a tenu 40 réunions par an dans toute la Région pour évaluer les progrès des plans d'action nationaux relatifs au PEV à tous les niveaux du système de santé (national, infranational et local). Dans certains cas, ces réunions ont inclus des partenaires onusiens et des ONG.
- Mise en œuvre d'évaluations opérationnelles visant à cerner les raisons pour lesquelles certaines personnes n'étaient pas vaccinées en République dominicaine, au Honduras, au Paraguay et au Venezuela. Le Guatemala a aussi mené une enquête portant sur la satisfaction des usagers.

Dans l'ensemble, en se servant du vaccin DTC3 comme indicateur traceur, on a déterminé qu'à la fin du projet, la couverture régionale moyenne avait augmenté, passant de 90 % (2009) à 94 % (2011). De plus, en 2011, aucun pays de la Région ne signalait une couverture vaccinale du DTC3 de moins de 70 % (par opposition à 2 pays en 2009), et seulement deux pays signalaient des taux de couverture entre 70 et 79 %.

## 2) mise en œuvre de la Semaine de la vaccination aux Amériques

Sur plus d'une décennie de présence dans la Région, la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) a évolué, passant d'une simple proposition infrarégionale visant à protéger la Région contre la réapparition de la rougeole, à une occasion annuelle capitale de promouvoir l'équité en matière de vaccination et l'accès à celle-ci. Les activités de la SVA stimulent les programmes nationaux de vaccination en attirant l'attention des médias régionaux sur le rôle essentiel de la vaccination dans la prévention des maladies.

La nature flexible de cette initiative permet aux pays d'adapter leurs activités aux priorités actuelles de santé publique, lesquelles ont inclus l'introduction de nouveaux vaccins, des campagnes de vaccination ciblées spécifiques à certains antigènes, ainsi que des activités d'éducation et de formation. Toutefois, la SVA a toujours été dans son essence une initiative visant à « atteindre les personnes non atteintes » et à améliorer la couverture réalisée par le PEV de routine au niveau local, ce qui cadre manifestement avec la collaboration OPS-ACDI.

La planification des activités de la SVA a été institutionnalisée partout dans la Région ; toutefois, le degré de précision quant à la définition des populations cibles varie en raison de la diversité des campagnes. Au cours du projet de l'ACDI, les activités nationales relatives à la SVA ont compris des campagnes de masse contre la polio, la rougeole et la rubéole, des activités de vaccination ciblant les femmes en âge de procréer et les groupes professionnels à risque pour une vaccination contre le tétanos et la diphtérie, une vaccination

contre l'hépatite B, la grippe saisonnière et la fièvre jaune, ainsi que des efforts visant à compléter les calendriers de vaccination infantile en mettant particulièrement l'accent sur les populations à risque élevé, isolées, frontalières et autochtones. De nombreux pays (11 en 2012, 12 en 2011 et 13 en 2010)<sup>3</sup> ont aussi intégré d'autres interventions préventives comme éléments de leur contribution à la SVA.<sup>4</sup>

Le succès de la SVA dans les Amériques a aidé à lancer des initiatives dans d'autres régions de l'OMS, ce qui a mené à la création de la Semaine mondiale de la vaccination, célébrée pour la première fois en 2012 et entérinée par la suite par l'Assemblée mondiale de la Santé.

## 3) renforcement des systèmes d'information

Actuellement, la plus grande partie du suivi relatif à la couverture vaccinale en Amérique latine se base sur des données administratives agrégées. Cette approche présente toutefois plusieurs lacunes, ce qui limite son usage quant au suivi du statut vaccinal des individus. Le passage à des registres nominatifs de

<sup>3</sup> 2010 : Bahamas, Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Sainte-Lucie, Saint-Martin, Saint-Vincent, Suriname ; 2011 : Belize, Grenade, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Sainte-Lucie, Saint-Martin, Saint-Vincent ; 2012 : Belize, Brésil, Haïti, Honduras, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Saint-Kitts, Saint-Martin, Saint-Vincent.

<sup>4</sup> L'article suivant a documenté les efforts d'intégration réalisés entre 2004 et 2009 : [http://jid.oxfordjournals.org/content/205/suppl\\_1/S120.long](http://jid.oxfordjournals.org/content/205/suppl_1/S120.long).

ACDI suite de la page 3

vaccination peut améliorer l'efficacité du déroulement des opérations ainsi que la qualité et l'usage des données, et aider les agents de santé à identifier et à cibler les personnes sous-vaccinées. Cependant, le processus de transition exige beaucoup de temps et de ressources, ce qui le rend très lent.

L'OPS/OMS travaille de concert avec les pays latino-américains pour définir des pratiques optimales en matière d'élaboration, de mise en œuvre et d'utilisation des registres nominatifs de vaccination, et pour guider les pays qui commencent à élaborer de tels registres quant à leurs fonctions de base. Un appui provenant de la collaboration OPS-ACDI a aidé à catalyser ce processus dans des pays choisis : activités de collaboration technique, formations, aide concernant l'achat du matériel et des logiciels requis, et partage d'expériences vécues. À la fin du projet, tous les pays choisis avaient entamé la transition vers des registres nominatifs à divers degrés (premiers stades de l'élaboration ou de la planification, mise à l'essai ou premiers stades de la mise en œuvre, ou mise en œuvre au niveau national). Des efforts continus seront nécessaires pour achever ces transitions, afin que les leçons apprises puissent être partagées avec d'autres pays et d'autres régions qui entreprennent ce changement.

#### 4) assurer la qualité des vaccins et des seringues

On a donné aux programmes nationaux de vaccination la responsabilité de fournir à leurs citoyens des vaccins, des seringues et d'autres produits de qualité, sûrs, efficaces et abordables. La complexité et la sophistication croissantes des produits et des technologies biologiques, la croissance rapide des PEV à mesure que l'on introduit de nouveaux vaccins, ainsi que la mise en œuvre d'une surveillance post-commercialisation présentent des défis additionnels pour les autorités de réglementation nationales (ARN). Afin de souligner et de renforcer ce domaine d'activité, et grâce au partenariat avec l'ACDI, l'OPS a travaillé de concert avec les pays pour améliorer les procédures et les efforts de contrôle de la qualité réalisés par les ARN. Dans le cadre de cette composante technique du projet, on a tenu plusieurs formations avec des représentants des ARN partout dans la Région ; actuellement, sept ARN dans les Amériques sont considérées comme compétentes et efficaces quant à la façon dont elles s'acquittent des six

fonctions de réglementation recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). De plus, quatre pays se conforment à l'outil d'évaluation de l'OMS quant à la réglementation des vaccins. On a aussi abordé la question de la capacité à effectuer un contrôle de la qualité des seringues.

#### 5) appui à SIREVA II

Depuis 2004, le réseau SIREVA II a été renforcé grâce à la collaboration ACDI-OPS et a produit des informations de qualité servant à caractériser avec exactitude les isolats invasifs de *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *N. meningitides* en Amérique latine et dans les Caraïbes. Durant la phase actuelle du projet, on a renforcé la qualité et l'exactitude des données générées par le réseau, ce qui a procuré aux pays des informations destinées à la prise de décisions concernant l'introduction de nouveaux vaccins. Parmi les principales activités qui ont été mises en œuvre, on peut citer l'achat en temps opportun de fournitures essentielles, la mise à jour des technologies et des procédures opérationnelles normalisées, la production d'informations servant à caractériser avec exactitude les isolats invasifs de *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *N. meningitides*, ainsi que la participation continue de tous les laboratoires aux procédures externes d'évaluation de la qualité et de contrôle de la qualité.

#### 6) renforcer la capacité des pays à notifier et à étudier les ESAVI

La dernière composante technique du projet de l'ACDI portait sur des activités visant à aider les pays à renforcer leur étude, leur signalement et leur classification des ESAVI. Parmi les activités incluses, notons : une formation donnée aux pays en matière d'innocuité de la vaccination (ARN, contrôle de la qualité en laboratoire, pratiques d'injection sûres, aspects techniques et cliniques des ESAVI, introduction aux concepts de causalité et aux considérations de risques et d'avantages, système de suivi des ESAVI, création d'alliances avec les médias, etc.), l'élaboration de modules perfectionnés d'évaluation de la causalité destinés à aider les pays à développer leur capacité concernant la classification définitive des ESAVI, l'analyse des données relatives à l'innocuité des vaccins et la mise en œuvre de mesures correctrices, la finalisation et la mise à l'essai d'une plateforme en ligne (E-SAVI) destinée à renforcer le signalement et l'étude des ESAVI et le lancement d'un processus

de création d'un Comité panaméricain sur l'innocuité des vaccins.

*Portée du soutien de l'ACDI, parties concernées participantes et durabilité à long terme*

Le soutien provenant du partenariat avec l'ACDI a été d'une portée considérable : tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, à l'exception du Mexique, ont reçu un appui (technique comme financier) grâce à cette collaboration. Le degré d'exécution des ressources a été élevé aussi bien au niveau régional (98 %) qu'au niveau national (99 %). Cette collaboration a rassemblé un grand nombre de parties concernées diverses, dont le personnel de l'OPS rattaché à plusieurs domaines techniques dans les bureaux régionaux et nationaux, les ministères de la Santé partout en Amérique latine et dans les Caraïbes, des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG), des agents de santé à tous les niveaux, des autorités réglementaires, des organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que d'autres partenaires, y compris l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), PATH, l'Agence espagnole de coopération internationale (AECID), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le département de la Santé et des Services sociaux (HHS) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, de même que l'OMS, qui a aidé à cofinancer certaines activités dans les domaines de travail ciblés.

On a abordé de diverses façons la question de la durabilité à long terme des nombreux efforts réalisés dans le cadre de cette collaboration. On peut citer notamment des plaidoyers de nature politique visant à inclure aux programmes politiques les efforts entrepris, la formation et l'autonomisation des agents de santé au niveau local et le renforcement de partenariats additionnels en vue d'assurer un cofinancement et un soutien permanent. L'Unité d'immunisation intégrale de la famille continue de collaborer avec l'ACDI dans le cadre d'une entente globale plus vaste de l'OPS appelée *Santé améliorée et protection accrue contre les maladies transmissibles pour les femmes, les enfants et les populations exclues en Amérique latine et dans les Caraïbes* ; l'Unité est très reconnaissante de cette relation à long terme, qui a joué un rôle crucial pour ce qui est de renforcer le PEV et d'améliorer la santé des habitants des Amériques. ■

## Haïti cherche à renforcer son programme national de vaccination

Haïti a pris récemment plusieurs mesures visant à renforcer son programme national de vaccination. Celles-ci comprennent notamment un atelier sur le VSSM, une visite en République dominicaine afin de partager les enseignements tirés quant à l'introduction du vaccin antirotavirus et les premiers ateliers sur la surveillance de la méningite et du rotavirus.

L'atelier portant sur le VSSM a eu lieu du 6 au 10 mai, avec la participation de membres du personnel de l'entrepôt central et de cinq entrepôts départementaux, ainsi que de représentants de la Coopération brésilienne tripartite, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et de l'UNICEF. Le but de l'atelier était de former le personnel quant à l'utilisation et à la mise en œuvre du VSSM, un logiciel de gestion des vaccins et des fournitures élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>5</sup>. L'atelier formait particulièrement les techniciens de la chaîne du froid et le personnel responsable de gérer les entrepôts frigorifiques quant à la façon d'installer et d'utiliser le VSSM. Le logiciel est un outil de gestion des opérations relatives à la réception, à l'entreposage et à la distribution des vaccins, des seringues et des autres fournitures de vaccination. Les rapports et les renseignements fournis par le VSSM influencent aussi les opérations des chaînes d'approvisionnement et les opérations logistiques. Le VSSM fournit des rapports spécifiques destinés aux gestionnaires et au personnel concernant les vaccins et les fournitures de vaccination. Ces informations amélioreront l'acheminement des produits et préviendront les ruptures de stock ; de plus, grâce à celles-ci, les vaccins dont la durée de conservation est courte seront utilisés en premier ou seront rappelés si leur date de péremption est dépassée. Comme pour tout logiciel de gestion des stocks de fourniture de vaccination, le but ultime est de faire en sorte que tous les fournisseurs de services aient les doses de vaccin requises pour assurer la prestation des services de vaccination tous les jours si besoin est. En outre, étant donné qu'Haïti s'apprête à introduire des vaccins antirotavirus et antipneumococques qui occuperont un plus grand volume d'entreposage par dose comparativement aux vaccins traditionnels du Programme élargi de vaccination (PEV), le VSSM aidera les gestionnaires et les techniciens de la chaîne du froid à réaliser les opérations logistiques selon la capacité d'entreposage disponible au point de service. Cet atelier portant sur le VSSM a été tenu par une conseillère régionale de l'OPS et des consultants de l'OPS.

Après l'atelier sur le VSSM, une équipe haïtienne du PEV s'est jointe à l'équipe du PEV de la ville voisine de Saint-Domingue, afin d'apprendre

des expériences vécues par la République dominicaine quant à l'introduction du vaccin antirotavirus dans le programme national de vaccination en 2012<sup>6</sup>. L'équipe haïtienne comprenait le directeur adjoint du PEV, le responsable de la logistique et de la chaîne du froid au niveau national, le responsable des communications au niveau national et un consultant de l'OPS ; la délégation de la République dominicaine comprenait l'équipe technique nationale du PEV et l'OPS. La visite, qui a eu lieu du 20 au 24 mai, a porté sur le partage de tous les aspects de la planification et de l'organisation relatifs à la gestion pour chaque composante du PEV, jusqu'au niveau opérationnel. L'équipe dominicaine a fait part des activités majeures qui avaient eu lieu ainsi que des défis importants, des réussites et des contraintes qui avaient caractérisé les différentes étapes du processus de l'introduction du vaccin antirotavirus.

Cet échange entre les deux pays a compris des réunions, des discussions, des études de documents, des visites à des établissements de santé et des postes de vaccination, et des analyses de risques logistiques. Parmi les points qui ont été soulignés à plusieurs reprises, on peut noter les suivants : l'importance de posséder un équipement de chaîne du froid suffisant avant d'introduire le vaccin, puisque le conditionnement du vaccin antirotavirus peut être volumineux ; l'emploi de méthodologies de formation des adultes qui prennent en considération différents moyens d'apprentissage ; l'importance de vacciner les enfants tôt dans des postes de vaccination situés près de chez eux ; et les mécanismes permettant d'effectuer un suivi adéquat de la conformité au calendrier recommandé de vaccination antirotavirus. En ce qui a trait aux points de gestion, on a socialisé les mécanismes de suivi grâce à des indicateurs de cohérence, y compris : suivi de la réception de toutes les vaccinations au moment du contact avec le service, taux d'abandon destinés à évaluer la conformité au service lorsque la qualité des soins de santé est bonne — en plus du taux de couverture réalisée à l'aide de la deuxième dose —, mise en œuvre d'outils de suivi et d'outils de gestion de la logistique. L'expérience qu'a représentée cette mise en commun d'informations a ouvert la possibilité d'autres réunions entre les deux pays voisins, lesquelles permettraient d'analyser d'autres questions en vue de renforcer diverses composantes du PEV.

Finalement, les premiers ateliers sur la surveillance de la méningite et du rotavirus à se tenir en Haïti ont eu lieu à Port-au-Prince du 17 au 20 juin. Membres du personnel des laboratoires, cliniciens, pédiatres, infirmières



Partage d'expériences entre la République Dominicaine et l'Haïti sur l'introduction du vaccin antirotavirus, Mai 2013.

et épidémiologistes ont participé sur place à ces ateliers, dont le but était de former le personnel de l'hôpital La Paix quant à la surveillance de la méningite et du rotavirus. Haïti introduira le vaccin antirotavirus et le vaccin antipneumococcique dans son programme national de vaccination en septembre 2013 et durant le premier semestre de 2014, respectivement, ce qui a motivé la tenue de ces ateliers. Ceux-ci ont inclus un total de 30 participants et ont été réalisés en collaboration avec le ministère de la Santé du pays, le PEV, la Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de Recherche (DELRL), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'OPS. Parmi les principaux participants haïtiens, on comptait le directeur de la DELRL, le laboratoire principal chargé de la surveillance des nouveaux vaccins, la personne responsable des services à la DELRL et le chef de la pédiatrie à l'hôpital La Paix.

Les ateliers étaient divisés en trois parties : formation relative aux laboratoires, formation clinique et formation aux outils de surveillance. La formation relative aux laboratoires portait sur la cytologie, la coloration de Gram et la culture du liquide céphalorachidien (LCR) concernant la méningite, ainsi que la collecte, l'entreposage et le transport des échantillons et la détection du rotavirus. La formation clinique comprenait des définitions de cas, un aperçu général des nouveaux vaccins disponibles dans la Région des Amériques, de même qu'un examen des rôles et des responsabilités du personnel des hôpitaux sentinelles. La dernière journée de la formation a été consacrée à VINUVA<sup>7</sup>, l'outil de surveillance des nouveaux vaccins. Les participants ont pu s'inscrire et se familiariser avec cet outil. Les ateliers ont représenté, pour toutes les parties concernées, une bonne occasion de communiquer les uns avec les autres et de connaître l'importance qu'aura cette surveillance pour ce qui est de mesurer l'effet des nouveaux vaccins sur la diarrhée à rotavirus et sur la morbidité et la mortalité liées au pneumocoque en Haïti. ■

<sup>5</sup> « Nouveau système d'information sur la vaccination au Paraguay ». *Bulletin d'immunisation*. Décembre 2012 ; vol. XXXIV, no 6 (p. 6).

<sup>6</sup> « The Dominican Republic Introduces Rotavirus Vaccine Into National Immunization Schedule ». *Global Immunization Newsletter*. Juillet 2012 (p. 6).

<sup>7</sup> « VINUVA – Nouvel outil pour le rapport mensuel des données de surveillance sentinelle du rotavirus, la pneumonie et la méningite ». *Bulletin d'immunisation*. Décembre 2011 ; vol. XXXIII, no 6 (p. 7).

RÉDUCTION DE LA DOULEUR suite de la page 1

## Interventions sélectionnées pour réduire la douleur de l'injection lors de la vaccination

- Tenir les nourrissons et s'assurer que les enfants sont assis (au lieu d'être allongés sur le dos) (voir page 7)
- Injecter d'abord le vaccin le moins douloureux (quand deux ou plusieurs vaccins sont injectés dans la même visite)
  - En général, le vaccin pentavalent semble être moins douloureux que le vaccin pneumocoque conjugué
- Assurer une bonne technique intramusculaire (IM) pour administrer des vaccins IM (pneumocoque, pentavalent, VPI, etc.)
  - Utilisez un angle de 90°
  - Injectez rapidement sans aspiration
- Caresser la peau ou appliquer une pression à proximité du site d'injection avant et pendant l'injection
  - Ne pas masser après l'injection
- Allaiter le nourrisson pendant et après l'injection
  - Les fluides au goût sucré pourraient également être utiles
- Utiliser des techniques de distraction

Les données ne suggèrent pas l'utilisation des antipyrétiques avant ou au moment de la vaccination, mais des antipyrétiques peuvent être utilisés pour contrôler la douleur et la fièvre après la vaccination.

## Réduire le risque de réactions locales et des abcès après la vaccination

- Donner des injections stériles
  - Se laver les mains
  - Préparer les vaccins en utilisant une technique aseptique dans un espace physique propre désignée dans un centre clinique ou de santé
  - Utilisez une nouvelle seringue et une aiguille pour chaque vaccin individuel
  - Inspecter l'emballage de la seringue pour s'assurer qu'il est intact
    - ◆ Jeter la seringue ou l'aiguille si l'emballage a été perforé, déchiré ou endommagé
  - Ne pas toucher n'importe quelle partie de l'aiguille
  - Nettoyer la peau (si nécessaire)
    - ◆ Si la peau n'est pas visuellement sale, de l'eau potable est suffisante
    - ◆ Si la peau n'a pas l'air propre, de l'eau savonneuse peut être utilisée



« Faisant mal au cœur à une mère ». Photo de Lorenzo Pezzoli, a reçu première place au conteste de photo EAN de 2012 ([ssl.voozoo.net/vooean/code/scripts/aindex.php](http://ssl.voozoo.net/vooean/code/scripts/aindex.php)).

Des gants et des masques ne sont pas nécessaires pour donner des injections.

- Donner le vaccin correct
  - S'assurez que le vaccin est correct pour l'enfant qui le reçoit
  - Vérifiez la date d'expiration de la fiole
- S'assurer que la reconstitution est correcte
  - Utilisez le bon diluant pour chaque vaccin lyophilisé
    - ◆ S'assurer que le vaccin et le diluant sont produits par le même fabricant
    - ◆ Vérifiez la date d'expiration du diluant
    - ◆ Utilisez tout le flacon de diluant
  - S'assurer que le vaccin et le diluant sont à la même température (2° C à 8° C)
  - Utiliser des seringues et des aiguilles stériles à reconstituer chaque flacon de vaccin
  - Agiter bien
  - Jeter le vaccin reconstitué ou la fin de la séance de vaccination ou après 6 heures, selon la première éventualité
- Maintenir les vaccins à la bonne température (et éviter la congélation du vaccin)<sup>1</sup>
  - Pour vérifier si il y a ou congélation faites le test d'agitation
- Utilisez la technique d'injection correcte
  - BCG doit être intradermique
  - Les vaccins intramusculaires (IM), doivent être correctement administrés dans un muscle (la plupart des vaccins sont donnés IM, à l'exception de la voie intradermique pour la BCG et sous-cutanée pour les vaccins contre la rougeole, la fièvre jaune et la varicelle)
    - S'assurer le site anatomique correct
  - Les cuisses sont recommandées pour les nourrissons et les deltoïdes pour des enfants et les adultes<sup>2</sup>
  - Si deux vaccins doivent être administrés dans la même branche, assurer une séparation d'au moins 2,5 cm (1 po) pour éviter des réactions qui se chevauchent<sup>3</sup>
  - Placez les enfants en toute sécurité pour éviter les mouvements imprévus au moment de l'injection (voir page 7)
  - Donner les informations correctes à la mère / au soignant
    - Donnez des messages clés aux parents sur les vaccins administrés, les réactions attendues et ce qu'il faut faire après la vaccination (voir page 7).



- Ne jamais laisser l'aiguille dans le haut d'un flacon de vaccin
- Ne pas remplir les seringues avant utilisation
- Toujours disposer les seringues utilisées dans un coffre-fort

<sup>1</sup> « Comment procéder à une épreuve d'agitation ». *Bulletin d'immunisation*. Avril 2010; Vol. XXXII. N° 2 (p.7).

<sup>2</sup> « Comment administrer les injections intramusculaires (IM) ». *Bulletin d'immunisation*. Avril 2003; Vol. XXV. N° 2 (p.7).

<sup>3</sup> « Questions et réponses sur la vaccination ». *Bulletin d'immunisation*. Août 2010; Vol. XXXII. N° 4 (p. 7) et [www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/D/vacc\\_admin.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/D/vacc_admin.pdf)

## Références

1. General Immunization Practices (chapter 8). In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, editors. *Vaccines*. 6<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: W. B. Saunders Co (2012).
2. World Health Organization. *Immunization in Practice. A practical resource guide for healthcare workers*. World Health Organization, Geneva (2004).
3. Petousis-Harris H, Poole T, Stewart J, Turner N, Goodyear-Smith F, Coster G, Lennon D. An investigation of three injections techniques in reducing local injection pain with a human papillomavirus vaccine: a randomized trial. *Vaccine*. 2013; 31(8):1157-62.
4. Taddio A, Ilersich AL, Ipp M, Kikuta A, Shah V; HELPPinkKIDS Team. Physical interventions and injection techniques for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Clin Ther*. 2009;31 Suppl 2:S48-76.
5. Petousis-Harris H. Vaccine injection technique and reactogenicity--evidence for practice. *Vaccine*. 2008;26(50):6299-304.

## Comment placer un enfant qui va recevoir une injection



- La mère ou l'adulte responsable s'assoit et place l'enfant sur ses genoux.
- L'un des bras de l'adulte doit être derrière le dos de l'enfant.
- L'un des bras de l'enfant entoure le côté de l'adulte (l'épaule de l'enfant est sous le bras ou l'aisselle de l'adulte) ; l'adulte peut tenir l'autre bras de l'enfant.
- L'adulte peut coincer les jambes de l'enfant entre les siennes pour les maintenir en place, ou tenir les jambes de l'enfant avec son bras.
- Les vaccinateurs ne doivent pas tenir l'enfant ; ils ont besoin de leurs deux mains pour administrer l'injection.
- Le vaccinateur devra toujours avertir la mère ou l'adulte responsable lorsqu'il s'apprête à donner l'injection.

## Après la vaccination...

Information dont la mère ou le parent-substitut de l'enfant doit disposer concernant les soins post-vaccination

Si la mère ou le parent-substitut croit que l'enfant fait de la fièvre

Si l'enfant ressent une douleur à la suite de la vaccination

En cas de rougeur ou d'enflure à la jambe ou au bras

Si la mère ou le parent-substitut s'inquiète de l'état de l'enfant

### IL EST RECOMMANDÉ DE...

Prendre la température de l'enfant à l'aide d'un thermomètre.  
Si la température de l'enfant est de 37,5 °C (99,5 °F) ou plus :

1. N'arrêtez pas l'allaitement.
2. Donnez-lui beaucoup de liquides.
3. Mettez-lui des vêtements légers.
4. Suivez attentivement les instructions données à l'hôpital ou à la clinique concernant l'usage des médicaments. N'utilisez pas d'aspirine ni de médicaments non recommandés.

Si la fièvre persiste, consultez un professionnel de santé.

1. Suivre attentivement les instructions données à l'hôpital ou à la clinique concernant l'usage des médicaments. N'utilisez pas d'aspirine ni de médicaments non recommandés.

Si la douleur persiste plus de 24 heures, consultez un professionnel de santé.

1. Placer une serviette humide propre sur la zone affectée pour atténuer la douleur.
2. Suivre attentivement les instructions données à l'hôpital ou à la clinique concernant l'usage des médicaments. N'utilisez pas d'aspirine ni de médicaments non recommandés.

Si la rougeur ou la douleur augmente après 24 heures, consultez un professionnel de santé.

Ou

1. Si l'enfant est pâle ou faible
2. Si l'enfant pleure depuis plus de 3 heures sans pouvoir s'arrêter
3. Si l'enfant présente des tremblements ou des convulsions
4. Si l'enfant est visiblement moins actif ou moins alerte

Consultez un professionnel de santé immédiatement !

Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par le Projet d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

Il est désormais possible de se procurer une compilation électronique du Bulletin, intitulée « *Thirty years of Immunization Newsletter: the History of the EPI in the Americas* », à l'adresse [www.paho.org/inb](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 XXXV, Numéro 3 • Juin 2013

**Éditeur : Carolina Danovaro**  
**Associate Editors: Octavia Silva et Cuauhtémoc Ruiz Matus**

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2013  
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>

## Le Paraguay et l'Uruguay introduisent le vaccin contre le papillomavirus

En mars et en avril 2013, le Paraguay et l'Uruguay sont devenus respectivement le neuvième et le dixième pays de la Région des Amériques à introduire à l'échelle nationale un vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Le taux de mortalité due au cancer du col de l'utérus — standardisé selon l'âge — estimé pour 2008 était de 16,6 et 6,8 décès pour 100 000 femmes au Paraguay et en Uruguay, respectivement (le taux estimé pour l'Amérique latine et les Caraïbes était de 10,8). Au Paraguay, la vaccination contre le VPH vise les jeunes filles âgées de 10 et 11 ans (c'est-à-dire les cohortes nées en 2002 et 2003) et la vaccination se fait principalement à l'école. La signification particulière de l'introduction de ce vaccin est que le Paraguay est le premier pays des Amériques dont le revenu se situe dans la moyenne inférieure à réaliser une vaccination contre le VPH à l'échelle nationale. Cette introduction du vaccin fait partie d'un plan national global pour col de l'utérus la prévention et la lutte contre le cancer. Le plan de mise en œuvre comprend des efforts spécifiques visant à atteindre la

population autochtone, les jeunes filles handicapées et les groupes vulnérables, grâce à des bénévoles fournis par des facultés de santé. En Uruguay, cliniques et cabinets de médecins offrent le vaccin contre le VPH aux jeunes filles de 12 ans. La vaccination contre le VPH n'est pas obligatoire, et les personnes qui désirent recevoir le vaccin doivent signer un formulaire de consentement éclairé, ce qui n'est pas exigé pour les autres vaccins compris dans le calendrier national de vaccination. Les messages diffusés auprès du public soulignent l'importance de recevoir la série complète de trois doses. L'introduction du vaccin en Uruguay fait partie d'un plan national global relatif à la prévention du cancer du col de l'utérus et à la lutte contre cette maladie. L'introduction du vaccin contre le VPH fait



Les représentants du Ministère de la Santé, du Programme élargi de vaccination, du Ministère de l'Éducation, et du Secrétariat national pour les enfants et les adolescents avec les trois premières jeunes filles à avoir reçu le vaccin contre le VPH. Paraguay, 2013.

partie du Programme pour la prévention, diagnostic et traitement du cancer du col. Ce plan inclut de nouveau l'accès au dépistage réalisé à l'aide du test Pap pour les femmes adultes. On se sert aussi de la vaccination contre le VPH pour proposer une éducation sexuelle aux adolescentes. ■