

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVII Numéro 4

Protégez votre Famille par la Vaccination

Décembre 2015



Le Comité international d'experts s'est réuni au Brésil et a examiné les données probantes afin de vérifier l'interruption de la circulation endémique de la rougeole

Le 2 décembre, le Comité international d'experts (CIE) sur la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans les Amériques s'est réuni au bureau de pays de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Brasilia. Le principal objectif de cette réunion était d'analyser et de discuter des données probantes témoignant de l'interruption de la transmission de la rougeole endémique en Ceará, cinq mois après le dernier cas déclaré dans le pays (date de début de l'éruption: 6 juillet 2015).

Pendant la réunion, les autorités sanitaires de l'État brésilien de Ceará ont présenté la situation épidémiologique de la flambée de rougeole qui a duré 20 mois de 2013 à 2015. Elles ont aussi présenté des données probantes convaincantes indiquant que la flambée avait finalement été interrompue, satisfaisant ainsi aux critères de vérification de l'OPS (composantes de laboratoire, de surveillance et de vaccination). L'engagement des gouvernements fédéral, des États et des municipalités a été essentiel pour fournir toutes les ressources nécessaires et pour mettre en œuvre des mesures adéquates de lutte contre une flambée. Parmi d'autres éléments qui ont été essentiels à la réussite de Ceará, notons la collaboration avec l'OPS et le soutien de la part d'établissements d'enseignement et d'associations scientifiques.

Le CIE était satisfait des données probantes fournies et était d'accord avec les autorités sanitaires fédérales et des États que la flambée de rougeole avait été interrompue. Le CIE indique l'importance du Brésil à maintenir les efforts afin d'assurer qu'il n'y ait aucun nouveau cas de rougeole endémique pendant une période d'un an suivant le dernier cas endémique ou jusqu'en juillet 2016. Le CIE est convaincu que le Brésil réussira à atteindre cet objectif et que l'OPS sera en mesure de déclarer les Amériques une Région libre de rougeole lors de la prochaine réunion du Conseil directeur (septembre 2016).

En plus des membres du CIE, les participants à la réunion comptaient des autorités du ministère de la Santé du Brésil, des autorités sanitaires des États de Pernambuco et de Ceará, des membres du Comité national de vérification et des conseillers en vaccination de l'OPS.



Des agents nationaux responsables de la surveillance, de la vaccination et des laboratoires célèbrent la déclaration du Brésil comme pays exempt de rubéole lors de la réunion du CIE. Photo : OPS.



L'équipe technique de l'État brésilien de Ceará assistant à la réunion du CIE. Photo : OPS.

Voir **COMITÉ** page 2

Dans ce numéro

- 1 Le Comité international d'experts s'est réuni au Brésil et a examiné les données probantes afin de vérifier l'interruption de la circulation endémique de la rougeole
- 1 Le Plan d'action régional pour la vaccination est approuvé par les États Membres de l'OPS lors du 54^e Conseil directeur
- 3 Campagne de vaccination 2014-2015 contre la grippe en Équateur
- 5 Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la boîte à outils de l'OPS servant à contrôler la couverture des interventions intégrées en santé publique
- 7 Jeu-questionnaire : La vaccination et l'administration de vaccin
- 8 COLONNE - Ce que j'ai appris...par le Dr Marceline Dahl-Regis

Le Plan d'action régional pour la vaccination est approuvé par les États Membres de l'OPS lors du 54^e Conseil directeur

Lors de la 54^e réunion du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) qui a eu lieu en septembre 2015, les États Membres ont approuvé au moyen d'une résolution l'adoption du Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) qui est le cadre destiné à cerner et à relever les défis en matière de vaccination auxquels font actuellement face les pays des Amériques. La création du RIAP est le fruit d'un vaste processus de consultation mené auprès de ceux qui jouent un rôle dans les programmes de vaccination de la Région, notamment les gérants nationaux du Programme élargi de vaccination (PEV), les points focaux de l'OPS en matière de vaccination et d'autres partenaires clés.

Au nombre des défis auxquels la Région est confrontée, il faut compter la certification de l'élimination de la transmission endémique de la rougeole, l'ajout d'une dose de vaccin antipoliomyélique injectable et le passage de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), conformément au Plan Stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, la résolution de l'approvisionnement limité au plan mondial de certains produits biologiques, la définition de meilleures stratégies pour atteindre les populations vulnérables au niveau local et l'amélioration de la qualité des données vaccinales pour la prise de décisions et les interventions stratégiques.

Il est essentiel de disposer d'un cadre général de vaccination pour la Région afin de donner des lignes directrices déterminantes en vue de relever ces défis et d'atteindre l'excellence au plan technique. Ces huit dernières années (2007 à 2015), le rapport « La vaccination dans la Région : vision et stratégie » (RIVS) de l'OPS a servi à cette fin de feuille de route

Voir **RIAP** page 2

COMITÉ suite de la page 1

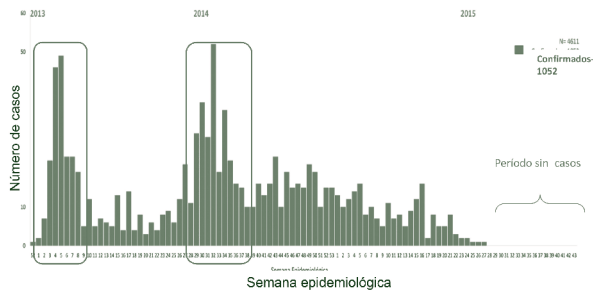
La réunion s'est conclue sur une note festive, lorsque le président du CIE a remis au Ministre de la Santé du Brésil un certificat attestant que le pays avait officiellement éliminé la rubéole, un accomplissement qui est le fruit des efforts des travailleurs sanitaires et des autorités.

Les leçons tirées de la flambée brésilienne

comprennent la nécessité de mettre en œuvre une intervention dynamique et rapide devant tout cas déclaré de rougeole, afin d'interrompre immédiatement la circulation du virus et d'éviter la transmission lente mais continue des cas de rougeole (transmission « goutte-à-goutte »). La flambée a également fait ressortir comment une

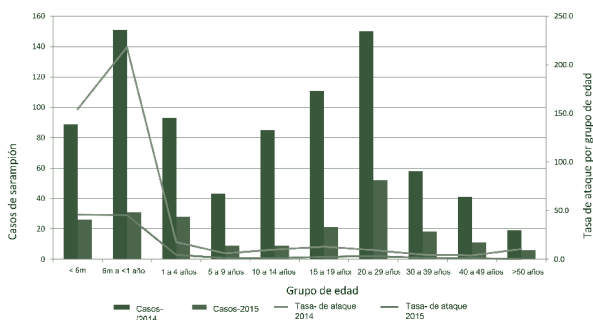
forte couverture administrative déclarée peut masquer des îlots d'individus sensibles, donnant une fausse impression de sécurité aux gérants du programme de vaccination. Pour terminer, l'établissement de partenariats stratégiques a été considéré comme étant essentiel pour affronter et résoudre cette crise sanitaire. ■

Curva epidémica de casos de sarampión en Ceará, 2013 a 2015*



Fuente: *SESA/COPROM/NUVEP/SINAN**. Actualizado: 09/10/2015

Tasa de ataque y proporción de casos de sarampión confirmados por grupo de edad, Ceará, 2014 y 2015 *



Fuente: **SESA/COPROM/NUVEP/SINAN**. Actualizado: 11/24/2015

Flambée de rougeole à Ceará

Un total de 1052 cas de rougeole a été confirmé dans l'État de Ceará au Brésil entre le 25 décembre 2013 et le 6 juillet 2015, dans 38 des 184 municipalités. Il a été considéré que la transmission de la rougeole endémique s'était de nouveau établie dans le pays puisque la flambée a persisté pendant plus d'un an.

Le génotype identifié était D8. Les adolescents et les adultes âgés de 15 à 39 ans représentaient le groupe le plus touché par cette flambée (39%), suivis par les enfants âgés de 6 à 11 mois (28%). Environ 62,1% des cas confirmés n'étaient pas vaccinés ; 44% des individus non vaccinés (n=288) étaient âgés de 15 à 39 ans. Parmi les individus vaccinés qui ont été touchés par l'épidémie (18%), 93% ont reçu une dose de vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux (ROR) et 7% ont reçu deux doses. Ces données suggèrent qu'une dose du vaccin ROR ne suffit pas pour interrompre la transmission de la rougeole.

Parmi les cas confirmés, 192 ont été hospitalisés ; 23% (n=45) ont été considérés sévères (en moyenne, sept jours d'hospitalisation) et 77% (n=147) ont été considérés modérés (en moyenne, quatre jours d'hospitalisation). Soixante-huit pourcent (n=131) des cas sont survenus chez des enfants âgés de moins de cinq ans. Le principal motif d'hospitalisation était la diarrhée (38%), et une pneumonie grave a été consignée dans 10% des cas. Tous les patients hospitalisés se sont rétablis sans séquelle. Aucun décès n'a été signalé.

Les stratégies de lutte contre la flambée mises en œuvre à Ceará comprenaient l'enquête de cas et la surveillance des contacts, l'intensification de la vaccination et des activités de « ratisage » porte à porte au sein de la population âgée de 5 à 29 ans dans les municipalités où le virus circule, une campagne de communication sociale énergique visant à sensibiliser la population à la maladie tout en encourageant la vaccination et le dépistage actif de cas soupçonnés de rougeole dans les services de santé prioritaires. La surveillance permanente des stratégies susmentionnées était essentielle pour assurer une mise en œuvre de haute qualité au niveau local. Le ministère de la Santé brésilien a fourni un appui inconditionnel aux autorités de Ceará tout au long de la mise en œuvre de ces stratégies. ■

RIAP suite de la page 1

pour les programmes nationaux de vaccination de l'ensemble de la Région.

Le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) a été adopté en mai 2012 par l'Assemblée mondiale de la Santé. Le GVAP a été présenté en octobre 2012 au Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination et il a été réitéré que la Région irait de l'avant en adaptant les objectifs et stratégies mondiaux définis dans le GVAP, de manière à répondre aux besoins des États Membres des Amériques. Le RIAP résulte de ce processus d'adaptation et il remplacera le cadre de la RIVS comme document stratégique en matière de vaccination dans la Région de 2016 à 2020.

Au moyen de ses quatre domaines stratégiques, le RIAP a pour objectif de fournir aux États Membres la justification, les principes directeurs, les objectifs généraux et stratégiques, ainsi que les cadres de surveillance et d'évaluation permettant aux programmes nationaux de vaccination de la Région de s'harmoniser de façon satisfaisante avec le GVAP et de mettre en œuvre des stratégies assurant que tous les citoyens des Amériques bénéficient de la vaccination d'ici à 2020 et au-delà.

La vision du RIAP est la suivante « La population de la Région des Amériques est protégée contre les maladies évitables par la vaccination et les États Membres encouragent l'accès universel

et équitable aux services de vaccination avec des vaccins sûrs et abordables tout au long du parcours de vie. » Cette approche permettra également d'intégrer la vaccination à d'autres services de soins primaires, tels que le contrôle des naissances, la santé sexuelle et génésique des adolescents, la santé des personnes âgées et la prévention des maladies chroniques (cancer du foie et cancer du col de l'utérus). Les principes directeurs du RIAP sont l'équité, la responsabilité partagée, la solidarité, l'universalité, la durabilité et la qualité. Le plan propose quatre lignes d'action stratégiques accompagnées d'objectifs généraux et stratégiques, qui devront être adaptés par les États Membres, en tenant

RIAP suite de la page 2

compte de leurs contextes, besoins et priorités individuels. Les lignes d'action stratégiques sont :

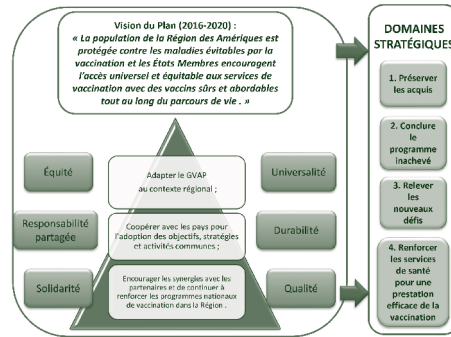
- préserver les acquis,
- conclure le programme inachevé pour prévenir et contrôler les maladies évitables par la vaccination,
- relever les nouveaux défis de l'incorporation et de l'évaluation de l'impact des vaccins,
- renforcer les services de santé pour la prestation efficace de la vaccination.

Le suivi et l'évaluation du RIAP seront effectués conformément au cadre de gestion fondé sur les résultats de l'OPS, ainsi qu'à ses processus de gestion du rendement. De plus, le Plan contribuera à atteindre les buts et les objectifs du GVAP. Dans une première étape, on demandera à chaque pays d'évaluer les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs du Plan, avec son Comité national de vaccination. Le GCT de l'OPS évaluera ensuite les progrès réalisés au

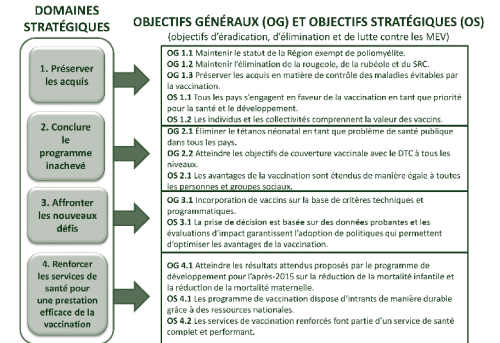
niveau régional et les rapports de situation seront rédigés annuellement à l'intention de la haute direction de l'OPS, ainsi qu'à la fin de chaque biennium, à l'intention des Organes directeurs de l'OPS. Une évaluation finale du plan sera effectuée dans le but de dégager les forces et

les faiblesses de sa mise en œuvre. L'information nécessaire sera obtenue auprès des sources suivantes : a) les rapports des ministères de la Santé des pays, b) le formulaire conjoint de notification (JRF) de l'OPS-OMS/UNICEF pour la vaccination et c) la compilation de la recherche et d'autres sources accessibles. ■

Principes directeurs du RIAP



Organisation du RIAP



Campagne de vaccination 2014-2015 contre la grippe en Équateur

Antécédents

L'infection respiratoire aiguë est la principale cause de morbidité parmi les maladies à déclaration obligatoire en Équateur. La grippe est un problème de santé majeur, en raison de la morbidité et de la mortalité qu'elle peut occasionner, ainsi que des coûts économiques et sociaux qui en découlent.

En 2014, une surveillance intensifiée des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) en Équateur a identifié une charge en hospitalisations plus élevée liée à des virus respiratoires chez les enfants de moins de 4 ans, les adultes de plus de 60 ans, les personnes ayant certains types de comorbidité et les femmes enceintes.

En 2015, le système de surveillance de la grippe de l'Équateur a déclaré des cas d'infections respiratoires imputables à des virus de la grippe A/H1N1pdm09, de la grippe A/H3N2 et de la grippe B, de même que des décès liés à des infections imputables à la grippe A/H1N1pdm09 dans des groupes à risque, mais dans une moindre mesure que ce qui avait été déclaré par le même système en 2013-2014.

En 2006, le ministère de la Santé publique de l'Équateur a intégré le vaccin contre la grippe saisonnière au calendrier national de vaccination dans le but de réduire les charges de morbidité

et de mortalité liées à des infections par des virus de la grippe. L'Équateur mène également tous les ans une campagne nationale de vaccination avant le début de la saison grippale prévue. Cette stratégie est complétée par l'offre du vaccin lors de la tenue des services sanitaires de routine pendant la saison grippale jusqu'à épuisement ou péremption des stocks. L'Équateur emploie la formulation de l'hémisphère nord, qui est généralement disponible en octobre-novembre.

D'après les recommandations du Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), les groupes suivants à risque élevé de complications liées à la grippe ont progressivement été inclus comme groupes cibles pour la vaccination : femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, agents de santé, adultes de plus de 65 ans et personnes atteintes de maladies chroniques. Depuis la saison 2014-2015, le ministère de la Santé inclut également la population d'adultes âgés de 50 à 64 ans en raison de la charge de la maladie qui a touché ce groupe pendant la saison 2013-2014.

Élaboration de la campagne de vaccination 2014-2015 contre la grippe

En 2014-2015, le ministère de la Santé a défini sa population cible pour la vaccination contre la grippe. Elle comprend 5 382 917 personnes appartenant à des groupes à risque prioritaires, tel que précisé au **Tableau 1** :

Tableau 1. Population à vacciner selon le groupe d'âge et le groupe à risque

Groupes d'âge et groupes à risque		Population cible
6-11 mois	1ère dose	168 103
	2ème dose	
1 ans		336 294
2 ans		337 132
3 ans		338 027
4 ans		338 524
50-59 ans		1 315 491
60-64 ans		479 490
65-74 ans		652 424
75 ans+		424 909
Femmes enceintes		420 258
Personnes atteintes de maladies chroniques		507 919
Agents de santé		64 346
Total		5 382 917

INFLUENZA suite de la page 3

La conformité à l'objectif global de la campagne pour la période 2014-2015 était de 95 % (**Tableau 2**), ce qui représente l'un des pourcentages atteints les plus élevés ces dernières années. Parmi les 5 382 917 doses de vaccin prévues, 5 129 545 doses ont été administrées entre novembre 2014 et avril 2015. Le **Tableau 2** résume la couverture vaccinale atteinte par groupe d'âge et par groupe à risque.

Tableau 2. Résumé de la couverture vaccinale atteinte par groupe d'âge et par groupe à risque.

Groupes d'âge et groupes à risque		La couverture de l'objectif prévu en pourcentage
6-11 mois	1ère dose	83
	2ème dose	53
1 an		76
2 ans		76
3 ans		87
4 ans		>100
50-59 ans		82
60-64 ans		91
65-74 ans		75
75 ans+		76
Femmes enceintes		69
Personnes atteintes de maladies chroniques		>100
Agents de santé		>100

Les résultats de la campagne témoignent de l'effort considérable déployé par les équipes sanitaires pour atteindre une couverture élevée. Dans le groupe des enfants âgés de six à 11 mois, la couverture pour la première dose a atteint 83 % ; la couverture atteinte pour la deuxième dose

du vaccin a toutefois été plus faible (53 %). Il est à noter que dans les groupes des agents de santé et des personnes atteintes de maladies chroniques, la couverture a dépassé les 100 %, ce qui semble indiquer une erreur possible dans le calcul de la couverture. Il est possible que des personnes qui n'appartiennent pas à ces groupes cibles aient été incluses dans les numérateurs. Néanmoins, il est peut être aussi difficile d'obtenir les informations nécessaires pour définir un dénominateur fiable afin d'estimer la couverture vaccinale des personnes atteintes de maladies chroniques, des agents de santé et des femmes enceintes.

L'administration de la première dose de vaccin antigrippal aux enfants à l'âge de six mois coïncide avec celle de la dernière dose du calendrier de base des vaccins pentavalent, antipoliomyélitique oral et antipneumococcique. Par conséquent, la couverture pour la première dose de vaccin antigrippal profite de ce calendrier. La deuxième dose, administrée à l'âge de sept mois, ne coïncide pas avec le calendrier national d'un autre vaccin ni avec une autre consultation pédiatrique. Ainsi, de nombreuses occasions de vacciner sont manquées pour la deuxième dose de vaccin antigrippal.

Comme d'autres pays tropicaux de l'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), l'Équateur est en train d'examiner les données de la surveillance épidémiologique et virologique de la grippe pour identifier les épidémies saisonnières et, en conséquence, le moment le plus propice à la vaccination. L'OMS recommande aux pays d'utiliser la toute dernière formulation disponible du vaccin, avant le début de la période présentant le plus grand nombre de cas de grippe.

Conclusions

L'Équateur a mené une campagne vaccinale

couronnée de succès pendant la saison 2014-2015, en obtenant une couverture élevée dans les groupes cibles. Certains défis opérationnels ont toutefois été identifiés, principalement pour définir les populations à risque élevé et mesurer leur couverture.

Il est important d'insister sur l'importance d'améliorer la qualité des données utilisées pour estimer la couverture dans les groupes cibles, notamment en ayant des dénominateurs plus exacts. Dans le cadre des efforts visant à optimiser les avantages de la vaccination, les équipes sanitaires doivent aussi identifier des stratégies pour intervenir activement auprès des groupes cibles, particulièrement ceux des femmes enceintes, des personnes atteintes de maladies chroniques et des enfants de moins de neuf ans qui nécessitent une deuxième dose après avoir été vaccinés pour la première fois.

La caractérisation de la saisonnalité du virus grippal que l'Équateur est présentement en train d'effectuer sera très utile au programme de vaccination afin d'assurer une vaccination efficace administrée en temps opportun.

La surveillance sentinelle des IRAS procure de précieux renseignements éclairant la prise de décisions relatives aux programmes de vaccination. En plus de la description des épidémies de grippe saisonnière et de leur gravité, les données de surveillance de haute qualité permettent également de contrôler annuellement l'efficacité du vaccin et contribuent à moyen ou à long terme, à évaluer l'impact des programmes de vaccination contre la grippe.

La communication sociale est aussi un facteur clé permettant de rejoindre efficacement les groupes cibles. La sensibilisation de populations des groupes cibles à l'importance de la vaccination pourrait améliorer la demande de vaccination dans les services sanitaires. ■

Vaccination contre la grippe saisonnière : efforts actuels déployés dans les pays de l'ALC

À l'aide du réseau REVELAC-i et d'autres moyens, l'OPS travaille avec les pays de l'ALC pour :

- obtenir de meilleurs dénominateurs servant aux estimations de la couverture dans les groupes cibles.
- homogénéiser les définitions des groupes à risque de grippe.
- améliorer la qualité des données vaccinales et la qualité des systèmes d'information, y compris l'élaboration de registres électroniques de vaccination.
- estimer l'efficacité annuelle du vaccin antigrippal saisonnier, en utilisant les plateformes de surveillance de la grippe et avec l'aide du Programme élargi de vaccination (PEV) dans des pays sélectionnés, et évaluer l'impact du vaccin.
- caractériser la saisonnalité des virus grippaux dans les pays tropicaux de l'ALC, afin d'assurer que les activités de vaccination soient menées au meilleur moment.
- élaborer des plans de communication sociale pour atteindre plus efficacement les groupes à risque.
- documenter les bonnes pratiques et expériences de vaccination chez les femmes enceintes.

Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la boîte à outils de l'OPS servant à contrôler la couverture des interventions intégrées en santé publique

Le contrôle et l'évaluation de la couverture sont essentiels pour assurer un accès efficace aux services de santé parce qu'ils fournissent l'information nécessaire pour identifier les populations qui ne sont pas desservies, caractériser les lacunes en matière d'accès aux services de santé et mettre en œuvre des actions pour atteindre les populations qui ne sont pas desservies. L'assurance de la qualité et de la rapidité des données sur la couverture est une priorité des systèmes et des services de santé, en raison de la pertinence de cette information et de son utilité pour la prise de décisions. Par conséquent, les systèmes de contrôle et d'information doivent incorporer différentes méthodes permettant de faire une analyse plus complète de la situation et des tendances de la couverture.

Toutes les méthodes employées dans l'analyse de la couverture comportent à la fois des limites et des avantages, ainsi, chaque méthode a des indications spécifiques qui sont complémentaires (**Tableau 1**). Par exemple, le contrôle de la couverture vaccinale repose principalement sur des données administratives ; par conséquent, l'analyse systématique et régulière permet d'identifier, d'expliquer et de résoudre les problèmes de données, entraînant des améliorations de la qualité des données. En revanche, les dénominateurs et les numérateurs peuvent comporter des limites, à divers degrés ; il s'avère alors nécessaire de mener des études sur le terrain pour aider à vérifier les données et guider les efforts de vaccination. À cet effet, des outils non-probabilistes tel que le contrôle rapide de la couverture (rapid coverage monitoring ou RCM) peuvent être utilisés, ainsi que des études fondées sur des enquêtes appliquant des techniques d'échantillonnage statistique et permettant l'analyse de données plus complexes, et l'estimation de la couverture.

La Région des Amériques a accumulé une grande expérience et a tiré nombre de leçons en matière de mise en œuvre de méthodes servant à contrôler la couverture vaccinale. Par conséquent, l'Unité de vaccination intégrale de la famille et l'Unité des maladies négligées,

tropicales et à transmission vectorielle de l'OPS ont élaboré une boîte à outils qui incorpore un algorithme pour intégrer tous les outils disponibles¹. Étape par étape, la boîte à outils élabore des concepts et des procédures servant à l'analyse des données administratives, au RCM sur le terrain, à l'évaluation de la qualité des données, ainsi qu'aux enquêtes et à l'analyse des données issues de bases de données et de registres nominaux.

Les modules de la boîte à outils ont pour but de soutenir les équipes de santé à toutes les étapes de gestion dans l'analyse et le contrôle de la couverture vaccinale et de déparasitage, entre autres interventions en santé publique. Les outils inclus dans les modules fournissent des réponses aux questions suivantes :

- L'estimation de la couverture repose-t-elle sur des données administratives de haute qualité et homogènes ?
- La population cible a-t-elle fait l'objet de l'intervention ?
- Les données sont-elles fiables (de bonne qualité) ?
- Des études probabilistes doivent-elles être effectuées pour estimer la couverture ?

En 2015, trois formations ont été données sur l'application des concepts et la mise en œuvre des outils de contrôle de la couverture dans les pays suivants : le Mexique (120 participants), le Honduras (70 participants) et El Salvador (30 participants). De plus, un atelier régional s'est tenu à Roatán, au Honduras, où des participants de la Colombie (2), du Paraguay (2), du Mexique (2), du Nicaragua (1) et de la République dominicaine (2) se sont joints au pays hôte. L'un des avantages que présente la boîte à outils est sa conception modulaire, qui a été facilement adaptée en fonction des différents objectifs des formations. Les ateliers tenus au Mexique et au Honduras avaient pour objet de renforcer l'analyse des données sur la vaccination, tandis que l'atelier tenu au El Salvador et l'atelier régional traitaient de méthodes applicables à la fois aux activités

de vaccination et aux efforts de déparasitage. Les participants à l'atelier émanaient de tous les niveaux des programmes sanitaires nationaux.

Parmi les faits saillants des ateliers, notons le travail sur le terrain et les exercices pratiques. Les participants ont indiqué que les éléments participatifs et pratiques des ateliers ont facilité l'apprentissage parce qu'ils leur ont permis d'appliquer leurs connaissances et d'interpréter les résultats. On a également souligné l'importance d'intégrer diverses disciplines au processus d'apprentissage, puisque les ateliers comptaient sur la participation d'individus issus des domaines de l'épidémiologie, de la vaccination, des réseaux des services de santé et de la statistique. Toutes ces disciplines jouent des rôles et assument des fonctions afférents à l'amélioration de la qualité des données, à l'analyse de la couverture et à la prise de décisions, pour prévenir des maladies en augmentant le niveau d'immunité de la population, de mettre en œuvre la surveillance épidémiologique et des efforts de lutte contre les maladies.

Les participants à l'atelier s'accordent à dire qu'il est nécessaire d'introduire la formation aux niveaux locaux, puisqu'il s'agit des lieux où les interventions sont mises en œuvre. Il est par conséquent nécessaire que les équipes locales possèdent les connaissances et les compétences requises pour analyser leur propre couverture et pour prendre les mesures qui conviennent en vue d'améliorer l'accès aux interventions de leur population.

Pour terminer, il est important de remarquer que cette démarche de formation a facilité l'identification de points de contact pour définir des accords et des engagements servant à mettre à profit les forces des programmes de vaccination et des maladies infectieuses négligées. Les ateliers ont créé un espace très propice permettant aux participants de partager leurs expériences et de progresser vers une meilleure intégration des interventions en santé publique. ■

¹ Validation de la boîte à outils de surveillance intégrée au Nicaragua. Bulletin d'immunisation. Février 2014; Vol. XXXVI; No. 1; (p. 1-2). Disponible sur : www.paho.org/immunization/newsletter.

PROGRÉS suite de la page 5

Tableau 1. Caractéristiques, avantages et limites des méthodes utilisées pour le contrôle de la couverture vaccinale

Méthode	Caractéristiques	Avantages	Limites
Couverture reposant sur des registres administratifs	<ul style="list-style-type: none"> Utilise le compte rendu sur le nombre de personnes vaccinées comme numérateur et les données démographiques officielles comme dénominateur. Peut indiquer ou non le nom des personnes. 	<ul style="list-style-type: none"> Fournit de l'information périodique pour contrôler les progrès de la couverture. Fournit de façon systématique de l'information sur la couverture pour chaque type de vaccin, selon le moment, le lieu et la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> Selon la qualité des données, tant des numérateurs que des dénominateurs, peut surestimer ou sous-estimer la couverture. Les numérateurs peuvent être affectés par une inscription inadéquate du lieu de résidence ou en incluant la population migrante qui n'avait pas fait partie à l'origine de la population cible totale du programme. La couverture est surestimée lorsque des personnes revaccinées sont enregistrées et que le registre n'indique pas le nom des personnes. Les données démographiques officielles peuvent comporter des erreurs ou des biais.
Contrôle rapide de la couverture porte à porte	<ul style="list-style-type: none"> Évalue rapidement la proportion des personnes vaccinées dans une petite zone choisie par souci de commodité. Est utilisé comme outil de supervision. 	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit d'un outil simple et économique qui fournit de l'information immédiatement. Il est mis en œuvre par l'équipe sanitaire locale, supervisée par d'autres niveaux, favorisant l'évaluation du rendement du programme et l'amélioration du service. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données obtenues ne sont pas représentatives de la zone évaluée, ne peuvent pas être cumulées et aucune inférence statistique ne peut être faite sur la couverture. Les résultats peuvent donner à tort l'impression que la population entière de la zone desservie est bien vaccinée, si les zones qui ont été visitées présentent une probabilité plus élevée que sa population soit convenablement vaccinée ou si plusieurs logements sans information ont été exclus ou n'ont pas participé au contrôle rapide de la couverture.
Échantillonnage par assurance de la qualité des lots	<ul style="list-style-type: none"> Sélection aléatoire de lots relativement homogènes à l'interne. Établit une valeur minimale de couverture et une valeur maximale de couverture comme critères d'acceptation. 	<ul style="list-style-type: none"> Les instruments de collecte des données sont relativement simples. Note l'hétérogénéité de la couverture entre les lots. Il n'est pas nécessaire d'avoir de l'information sur tous les lots pour prendre des décisions. Des décisions particulières sont prises pour chaque lot dès que les résultats sont connus. 	<ul style="list-style-type: none"> La méthode n'estime pas la couverture pour chaque lot elle n'indique que si le lot est conforme ou non aux critères d'acceptation. En établissant une valeur seuil délimitant l'acceptation ou le refus d'un lot, le risque existe d'interpréter que les lots dont la valeur est supérieure à cette limite ne nécessitent pas d'interventions. Il convient donc aussi d'analyser les conditions des lots qui ne satisfont pas aux critères de sélection. Il est nécessaire d'avoir de gros effectifs pour les marges d'acceptation élevées (par exemple, 95 % de couverture) ayant des limites d'acceptabilité étroites. Les effectifs comportent les mêmes limites en termes de coût et de logistique que les enquêtes en grappes.
Enquêtes en grappes de la couverture vaccinale	<ul style="list-style-type: none"> La conception de l'échantillon est probabiliste, et comporte une sélection aléatoire de la population ; elle permet de faire des inférences statistiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Procure une mesure directe de la couverture universelle de la population. Facilite la collecte de l'information sur un plus grand nombre de variables, en utilisant des formulaires plus approfondis que ceux employés par les méthodes rapides. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite une planification et une organisation détaillées, des professionnels spécialisés, des ressources et de la logistique. Représente un investissement important en temps et en ressources pour l'entrée, le traitement, la tabulation et l'analyse des données. Contrairement à l'échantillonnage par assurance de la qualité des lots, aucune conclusion ne peut être tirée à propos de chacune des grappes comprises dans l'échantillon. Les estimations de la couverture sont interprétées lors du regroupement des données provenant de toutes les unités d'échantillonnage. Les résultats peuvent être biaisés.

Jeu-questionnaire : La vaccination et l'administration de vaccin



Vrai Faux

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Une maladie bénigne est une raison de refuser la vaccination. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Une mère qui allaite ne doit pas recevoir les vaccins couramment recommandés. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Il faut vérifier systématiquement la température d'un enfant avant de lui administrer des vaccins. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Il faut faire systématiquement un test de grossesse chez les adolescentes avant de leur administrer le vaccin ROR. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Lorsqu'il y a un enfant en immunosuppression au domicile, il faut administrer le vaccin ROR aux frères et sœurs selon le calendrier prévu. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Lorsque la première dose de vaccin contre l'hépatite B a été administrée il y a plus d'un an, et qu'aucune dose subséquente n'a été administrée, vous devez répéter la première dose. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Tous les agents de santé qui entrent en contact avec des patients et qui n'ont aucune contre-indication doivent recevoir tous les ans le vaccin antigrippal. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Il ne faut jamais remettre en place le bouchon des aiguilles ou les couper avant de les jeter. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Si les vaccins contre l'hépatite A et B sont tous deux indiqués, il est acceptable de mélanger les deux vaccins dans la même seringue. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Il faut utiliser une nouvelle aiguille et une nouvelle seringue pour chaque vaccination. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Le vastus lateralis (muscle vaste latéral de la cuisse) est le muscle de choix pour faire une injection intramusculaire à un bébé de moins de 12 mois. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Lorsque plus de deux vaccins à administrer par voie intramusculaire sont donnés à un nourrisson lors d'une consultation, il faut les administrer dans le muscle fessier (fesse). |

Réponses au jeu-questionnaire

1-F 2-F 3-F 4-F 5-T 6-F 7-T 8-T 9-F 10-T 11-T 12-F

Le présent jeu-questionnaire a été adapté de l'*Immunization Action Coalition* (www.iac.org) et la traduction en espagnol et en français est fournie par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Si vous avez mal répondu à l'une de ces questions, vous trouverez l'explication des réponses dans le livre intitulé *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases* (aussi appelé « *The Pink Book* ») des CDC, que vous pouvez télécharger à partir du site Web des CDC à l'adresse : www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html.

À compter de 2015, le *Bulletin d'immunisation* sera publié quatre fois par an en anglais, espagnol et français par l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

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

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 XXXVII, Numéro 4 • Décembre 2015

Éditeur : Hannah Kurtis

Éditeurs-adjoints : Cuauhtémoc Ruiz Matus et

Octavia Silva

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2015

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**



BUREAU RÉGIONAL DES

**Organisation
mondiale de la Santé**
Amériques

COLONNE - Ce que j'ai appris

Par le Dr Merceline Dahl-Regis, présidente du Comité international d'experts (CIE) sur la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques.

Les succès de l'élimination et du contrôle des maladies évitables par la vaccination sont attribuables dans une très grande mesure au travail soutenu et à l'engagement des agents de santé aux niveaux mondial, régional, national et local. Au nombre des preuves de la réussite, il faut compter non seulement la réduction de la mortalité infantile mais aussi l'amélioration de la qualité de vie pour de nombreux autres membres de la famille, les bienfaits pour les soignants de diverses institutions et la fourniture d'aide aux gouvernements visant à un meilleur usage des sommes investies dans la santé.

Au fil des ans, les pays ont constaté par eux-mêmes le fardeau que représentent l'insuffisance respiratoire aiguë et la perte de vies imputables à la diphtérie, les agressions du système nerveux central dues à la coqueluche, les spasmes musculaires intenses du tétanos néonatal, les problèmes continus liés à l'encéphalopathie morbilleuse et les invalidités causées par le syndrome de rubéole congénitale (SRC). Le monde peut aujourd'hui célébrer le fait d'avoir sauvé et amélioré davantage de vies au cours des quinze premières années du millénaire.

La Région des Amériques a compris que la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est le meilleur investissement en matière de santé publique de tous les temps. De plus, il y a tout lieu d'être optimiste, puisque de nombreuses régions du monde mettent en œuvre des stratégies visant à interrompre la transmission de la rougeole et à éliminer le SRC

dans leurs pays respectifs. J'estime que tous les pays des Amériques déclareront l'élimination de la transmission de la rougeole, de la rubéole et du SRC grâce au panaméricanisme observé dans la réalisation de cet objectif. Cet accomplissement sera atteint grâce à la solidarité, à la volonté politique, au leadership passionné et engagé, ainsi qu'aux contributions majeures de grands scientifiques. Cependant, et avant tout, il convient de reconnaître le mérite des membres du personnel dévoué de la santé publique qui ont risqué leur vie pour desservir les groupes vulnérables difficiles à atteindre dans des milieux très hostiles.

Le leadership et le financement mondiaux provenant de nombreux pays donateurs et d'organismes d'aide méritent également une reconnaissance particulière : ils ont sauvé des vies, soutenu l'infrastructure de la vaccination et encouragé l'appropriation des programmes par les pays. Ces piliers assurent un bel avenir, même à l'enfant à naître.

En collaborant avec le CIE, le Secrétariat de l'OPS et les dirigeants des pays des Amériques ont connu ces six dernières années une expérience fructueuse. Les contributions des membres des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis et de l'Agence de la santé publique du Canada à cette initiative ont fortement influencé le travail du CIE.

Je suis reconnaissante de cette occasion qui m'a été donnée d'observer et de travailler avec les chefs de file de l'OPS, de l'OMS, du Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE), de Gavi et de nombreux forums, dont de nombreuses Assemblées mondiales de la Santé. Le Dr Ciro de Quadros était cher à tous ceux qui l'ont connu dans le monde de la vaccination. Les Drs Tore Godal et Bo Stenson ont été



Dr Merceline Dahl-Regis, 2010.

Photo : OPS.

de grands mentors et les Drs Philippe Duclos et Jon Andrus ne sont que quelques-uns des chefs de file dans le domaine de la vaccination de qui j'ai beaucoup appris. Je désire remercier tout particulièrement ceux qui ont été à l'écoute de cette personne des Bahamas, ces petites îles de l'océan Atlantique, qui a mis au défi la communauté internationale en ce qui concerne l'élimination mondiale de la rougeole.

Ce que j'ai appris...» est une nouvelle colonne à la première personne qui sera publiée dans le Bulletin d'immunisation. L'objectif de cette colonne est d'offrir un espace aux professionnels de la vaccination à travers les Amériques pour partager leurs expériences uniques et les enseignements tirés. Les personnes qui souhaitent écrire une colonne sont invitées à contacter Hannah Kurtis à kurtisha@paho.org. ■