

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé



Volume XXXIV Numéro 2

Protégez Votre Famille par la Vaccination

Avril 2012

10^e anniversaire de la Semaine de la vaccination aux Amériques et 1^e Semaine mondiale de la vaccination

Deux événements marquants se sont produits cette année dans le domaine de la santé publique: le dixième anniversaire de la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) et la toute première Semaine mondiale de la vaccination (SMV). Dans les Amériques, au cours des dix dernières années, la SVA est devenue la plus grande initiative de santé multinationale de la Région, grâce à l'engagement politique des gouvernements et au dévouement des agents de santé de la Région. Les objectifs de la SVA sont les suivants : 1) faire avancer l'équité et améliorer l'accès à l'immunisation pour les gens de tous âges par des activités d'intervention auprès des communautés mal desservies et marginalisées, 2) accroître la couverture vaccinale pour tous les antigènes afin de prévenir les flambées épidémiques, 3) sensibiliser les gens sur la façon dont l'immunisation sauve des vies, 4) maintenir le thème à l'ordre du jour du programme politique, 5) promouvoir la transition de la vaccination des enfants à celle de la famille.

Plus de 365 millions d'enfants, jeunes personnes, hommes, femmes en âge de procréer et adultes plus âgés ont été vaccinés à la suite d'activités réalisées dans le cadre de la SVA au cours des neuf dernières années. En 2012, sous le slogan « Pour vous, pour moi, pour tout le monde. Faites-vous vacciner », des pays et territoires ont planifié d'atteindre plus de 44 millions de personnes de tous les âges pour les vacciner contre un large éventail de maladies; 45 pays et territoires de la Région

Voir **SEMAINE DE LA VACCINATION** page 2



La directrice de l'OPS, le Dr Mirta Roses Periago, et la ministre haïtienne de la Santé publique et de la Population, Dr Florence Guillaume, assistent au lancement de la SVA à Port-au-Prince, en Haïti.

Dans Ce Numéro

- 1 10^e anniversaire de la Semaine de la vaccination aux Amériques et 1^e Semaine mondiale de la vaccination
- 1 Haïti lance la SVA avec des activités intensives de vaccination axées sur les enfants
- 2 Le Honduras lance la Semaine de la vaccination
- 3 Poliomyélite paralytique due au poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. Qu'est-elle au juste et que devriez-vous faire?
- 6 Guide des contre-indications et des précautions pour les vaccins couramment utilisés
- 8 La vaccination, un acte d'amour : 10 ans de Semaine de la vaccination aux Amériques

Haïti lance la SVA avec des activités intensives de vaccination axées sur les enfants

Le 21 avril 2012, dans le cadre de la dixième célébration annuelle de la Semaine de la vaccination aux Amériques, Haïti a mis en œuvre des activités intensives de vaccination pour protéger les enfants contre les maladies, y compris la polio, la rougeole et la rubéole. Un événement de lancement a été tenu à Port-au-Prince avec la participation des autorités sanitaires nationales, l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS), l'Alliance GAVI, le directeur du Conseil d'administration de GAVI, Dagfinn Høybråten, le représentant adjoint de l'UNICEF en Haïti, Stephano Savi, le directeur du Center for Global Health des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, Kevin De Cock, le directeur général de la Santé au ministère de la Santé publique et de la Population, Gabriel Thimoté, entre autres.

Les activités de santé intensives qui ont été lancées cherchent à renforcer le programme de vaccination systématique d'Haïti par la formation du personnel, le renforcement de la chaîne du froid des vaccins, une évacuation appropriée des déchets, des améliorations à la surveillance épidémiologique et le renforcement des capacités dans la gestion des programmes. Au cours du lancement ont eu lieu une parade de drapeaux par des écoliers haïtiens, une exposition photo de l'OPS/OMS pour célébrer dix années de la Semaine de la vaccination aux Amériques, et un spectacle de danse et de musique spécial. Le but d'Haïti est de vacciner près de 2,5 millions d'enfants âgés de neuf ans et moins contre la polio et 2,3 millions d'enfants âgés de neuf mois à neuf ans contre la rougeole et la rubéole.

Les agents de santé s'attendent également à administrer près de 1,2 millions de doses de vitamine A et deux millions de doses d'albendazole, un médicament antiparasitaire. Depuis sa création, il ya neuf ans, l'initiative régionale a apporté les bénéfices de la vaccination à près de 365 millions de gens dans l'ensemble de l'Hémisphère. ■

SEMAINE DE LA VACCINATION suite de la page 1

se sont engagés à célébrer cette importante initiative en 2012.

Un nombre croissant de pays utilisent la SVA pour intégrer d'autres interventions de prophylaxie aux campagnes de vaccination. En 2012, 17 pays et territoires ont signalé leur intention d'intégrer des activités telles que vermifugation, suppléments de vitamine A, surveillance de la croissance, dépistage du cancer, distribution de filtres à eau, dépistage d'indices de masse corporelle et démonstrations de soins podologiques

pour diabétiques dans le cadre de la célébration du 10^e anniversaire de la SVA.

Le lancement de la première Semaine mondiale de la vaccination et de la dixième Semaine de la vaccination aux Amériques a été réalisé dans le cadre du Sommet des Amériques de cette année à Cartagena, en Colombie, du 13 au 15 avril 2012. D'autres événements prestigieux ont été tenus à Port-au-Prince, en Haïti, du 21 au 27 avril dans une zone frontalière tri-nationale entre El Salvador, le Guatemala, le Honduras et le Nicaragua.

Simultanément, des douzaines d'événements de lancement de la SVA ont été réalisés dans l'ensemble de la Région, au niveaux local, national et international.

Le succès de la Semaine de la vaccination aux Amériques a servi de modèle pour d'autres Régions de l'Organisation mondiale de la Santé. La première Semaine mondiale de la vaccination sera célébrée avec la participation de plus de 180 pays sous le slogan: « Protégez votre monde. Faites-vous vacciner! » ■

Le Honduras lance la Semaine de la vaccination en présence de représentants de la Fondation Bill et Melinda Gates, de responsables gouvernementaux et de la sous-directrice de l'OPS

Le 25 avril, le Honduras a lancé sa Semaine de la vaccination avec le Secrétaire à la santé, le Dr Arturo Bendaña, accompagné du Dr Socorro Gross, sous-directrice de l'Organisation panaméricaine de la Santé, et Bill Gates (senior) au nom de la Fondation Bill et Melinda Gates. L'événement a eu lieu dans le cadre de la dixième Semaine de la vaccination aux Amériques et de la première Semaine mondiale de la vaccination, à Tegucigalpa, au Honduras.

La Semaine de la vaccination aux Amériques, la plus grande initiative de santé multinationale dans la Région, est devenue une initiative d'envergure mondiale cette année avec la célébration de la première Semaine mondiale de la vaccination, qui a rassemblé plus de 180 pays et régions du monde entier



La sous-directrice de l'OPS, le Dr Socorro Gross, place un autocollant de la SVA sur un enfant dans le cadre d'activités de vaccination au Honduras.

« Les vaccins sont une des interventions les plus réussies et les plus rentables que nous ayons en matière de santé. Ils préviennent près de 3 millions de décès chaque année. C'est beaucoup d'amour, » a affirmé M. Gates, qui a observé qu'il était personnellement touché par le thème de la Semaine de la vaccination aux Amériques de cette année, « La vaccination, un acte d'amour ». Il a mentionné qu'il aide son fils Bill et la femme de ce dernier, Melinda, à gérer la Fondation, laquelle est guidée dans ses activités par la conviction que « chaque vie a une valeur égale ».

« Une des meilleurs façons de s'y prendre – soit de donner à chacun une chance de mener une vie saine et productive – est d'améliorer la santé des enfants dans le monde entier. Cela a toujours été le focus de notre fondation. Lorsque nous avons démarré il y a environ une décennie, nous ne pouvions pas croire que tant d'enfants mouraient de maladies évitables, » a affirmé M. Gates senior. « Alors que nous avons appris plus à ce sujet, nous avons découvert que des

pays comme le Honduras faisaient déjà quelque chose en la matière, en mettant en place des programmes de vaccination efficaces, » a-t-il ajouté.

Le Secrétaire à la santé du Honduras a signalé que les activités de prévention sont accélérées durant la Semaine de la vaccination avec une vaccination accrue d'enfants, d'adolescents, de jeunes adultes et de femmes enceintes.

« Nous devons continuer de travailler, de faire des efforts et de faire avancer nos politiques encore plus afin de maintenir les avantages que nous avons obtenus à ce jour relativement à la vaccination, » a affirmé le Dr Bendaña. « Les vaccins peuvent faire toute la différence entre un sourire et des pleurs, parce que les vaccins sauvent des vies, » a-t-il souligné.

« Nous nous retrouvons aujourd'hui pour célébrer le dixième anniversaire de la Semaine de

la vaccination aux Amériques, une activité qui unit toutes les nations, les communautés frontalières, tous les gens, indépendamment de leur race, religion et des frontières qui les séparent, » a dit le Dr Gross. « Mais aussi, nous faisons aujourd'hui partie du rêve que cette semaine, des milliers d'agents de santé et de bénévoles vaccinent des millions d'enfants autour du monde, sauvant ainsi des vies et amenant la santé, » a ajouté la sous-directrice de l'OPS en référence à la Semaine mondiale de la vaccination.

Le Dr Gina Watson, représentante de l'OPS/OMS au Honduras, a également assisté à la cérémonie, qui a eu lieu sur la Place centrale Francisco Morazán dans la capitale hondurienne. L'événement, qui a officiellement lancé la campagne nationale de vaccination ainsi que la campagne de suivi contre la rougeole et la rubéole, mettait en valeur une présentation artistique et des vaccinations symboliques.

Entre-temps, le 24 avril, l'équipe de l'OPS et le personnel du ministère de la Santé chargé du Programme élargi de vaccination, ont accompagné M. Gates senior lors de sa visite pour en savoir plus sur les services de santé et le National Center for Biologicals et évaluer de première main le rapport coût-efficacité des efforts de vaccination dans le pays. Gates a également rencontré le président hondurien, Porfirio Lobo, et le Dr Bendaña.

Le 27 avril, le Dr Gross a participé à la Journée de vaccination transfrontalière qui a eu lieu à Metapán, au Salvador, avec la participation des autorités de la santé du Honduras, d'El Salvador, du Guatemala et du Nicaragua. Elle était accompagnée du Dr Gina Watson, représentante de l'OPS/OMS au Honduras, et du Dr Cuauhtémoc Ruiz et de Mme Alba María Roperio, conseillers de l'Organisation en matière de vaccination. ■

Poliomyélite paralytique due au poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. Qu'est-elle au juste et que devriez-vous faire?

En septembre 1985, au cours de la XXXI^e Réunion du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), les gouvernements des États Membres de l'OPS ont approuvé une résolution qui fixait le but de l'éradication du poliovirus sauvage des Amériques [1]. Trois ans plus tard, en 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a établi le but d'éradication de la polio dans le monde. Cette initiative est centrée sur l'administration du vaccin polio oral (VPO), connu également sous le nom de vaccin Sabin.

Les principales composantes de la stratégie d'interruption de la transmission du poliovirus sauvage ont été [1]:

1. l'obtention et le maintien d'une couverture vaccinale élevée chez les enfants de moins de 5 ans. À cette fin, les services de vaccination systématique doivent être accompagnés de campagnes massives de vaccination avec le VPO, par exemple, les journées nationales de vaccination lors desquelles une dose a été administrée à tous les enfants âgés de moins de 5 ans, quelle que soit leurs antécédents vaccinaux, et la tenue de campagnes de porte à porte dans des régions qui avaient une basse couverture ou qui avaient encore une transmission du poliovirus sauvage;
2. l'élaboration d'un système de surveillance

pour la détection précoce et les enquêtes sur les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) – des cas probables de poliomyélite;

3. la création d'un système de surveillance des poliovirus sauvages basé sur un réseau de laboratoires régionaux.

Ces stratégies ont réduit l'incidence générale du virus et la circulation limitée du poliovirus sauvage. Trois régions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), comprenant 134 pays, zones et territoires avec une population totale de plus de 3 millions de personnes ont été déclarées exemptes de polio par des commissions internationales: la Région des Amériques en 1994, la Région du Pacifique occidental en 2000 et la Région européenne en 2002. De même, le poliovirus sauvage de type 2 n'a pas été détecté depuis 1999 [2].

En 2011, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a enregistré 650 cas de poliomyélite causés par des poliovirus sauvages, 341 d'entre eux étaient dans des pays endémiques (Afghanistan, Inde, Nigeria et Pakistan) et 309 dans des pays non endémiques. En février 2012, l'Inde a officiellement été retirée de la liste des pays polio-endémiques, n'ayant pas signalé un seul cas depuis le 13 janvier 2011 [2,3].

L'utilisation du VPO est la raison derrière ce

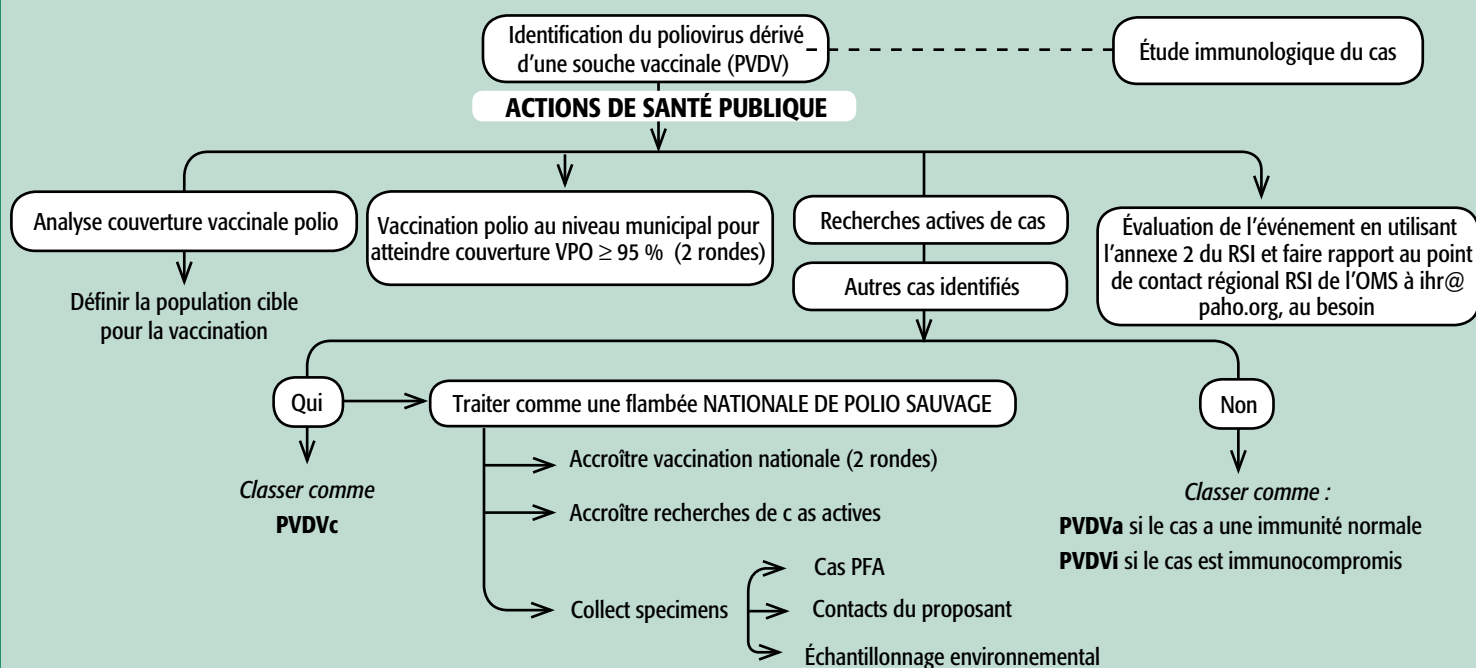
progrès. Cependant, même s'il s'agit d'un vaccin sûr, le VPO a été associé à de rares manifestations indésirables [4], notamment des cas de poliomyélite paralytique **associée** au vaccin (**PPAV**) et des cas de poliomyélite paralytique causée par des poliovirus **dérivés** d'une souche vaccinale (**PVDV**). Cet article met l'accent sur les mesures de santé publique en réponse aux cas de PVDV.

La poliomyélite paralytique causée par le **PVDV** est produite par des virus **dérivés** du vaccin Sabin oral qui ont perdu des mutations atténuantes clés par des recombinaisons ou des mutations de leur génome viral, qui se terminent avec leur similitude à la souche Sabin. Ces virus se comportent comme des virus sauvages et acquièrent à nouveau des caractéristiques typiques des poliovirus sauvages, notamment la neurovirulence (la capacité d'engendrer la paralysie) et la transmissibilité [5].

Les PVDV ont été initialement identifiés dans les Amériques lors d'une épidémie de poliomyélite paralytique en Haïti et en République dominicaine en 2000–2001, avec 21 cas causés par le PVDV de type 1 [6].

La portée de la divergence séquentielle de la région nucléotide VP1 de souches Sabin peut être utilisée comme une « horloge moléculaire

Que faire quand un PVDV est identifié?



* L'âge de vaccination sera défini en fonction de l'âge des cas. Le VPO doit être donné à tous les enfants, quel que soit leur statut vaccinal antérieur.

RSI=Règlement sanitaire international 2005

» pour estimer la réplication du poliovirus. On a pu observer des mutations génétiques se produire avec environ 1 % de divergence nucléotide à partir d'une souche vaccinale PVDV type 1 et 3, et 0,6% de divergence nucléotide de type 2, ce qui est indicatif d'une réplication extensive et d'une période de réplication bien plus prolongée que celle de la souche vaccinale, qui est de 4 à 6 semaines à la suite de la vaccination orale. C'est pour cela qu'un virus est considéré comme **un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale** lorsque la divergence dans le séquençage génomique de la région nucléotide VP1 avec la souche Sabin est

- supérieure à 1 % (PDDV) pour les poliovirus de type 1 et 3
- supérieure à 0,6 % pour les poliovirus de type 2, puisque ce type de virus a un plus grand potentiel de mutation [7]

Il y a trois types de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale [2,3] :

1. Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant (PVDVc)

Dans de très rares cas, si une population est en situation de grave sous-vaccination, il y a suffisamment d'enfants susceptibles pour que les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale qui sont excrétés commencent à circuler dans la communauté. Ces virus sont appelés des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale circulants (PVDVc).

Tout comme les poliovirus d'origine naturelle, la seule protection contre le PVDVc est une immunisation totale. Les PVDVc circulants au cours des cinq dernières années ont été arrêtés rapidement avec 2 à 3 rondes de campagnes de vaccination de haute qualité. La solution est la même pour toutes les flambées de polio: vacciner chaque enfant à plusieurs reprises avec le vaccin oral pour mettre un terme à la transmission de la polio, quelle que soit l'origine du virus.

2. Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à l'immunodéficience (PVDVi)

Une réplication prolongée de virus dérivés de souche vaccinale a été observée dans un petit nombre de personnes avec de rares troubles d'immunodéficience. Parce qu'elles ne sont pas en mesure de créer une réaction immunitaire, ces personnes ne sont pas capables de se débarrasser de l'infection virale intestinale de souche vaccinale, ce qui est normalement pris en compte de six à huit semaines. Ils excrètent donc des poliovirus dérivés d'une source vaccinale associés à l'immunodéficience (PVDVi) pendant des périodes prolongées. La survenance de PVDVi est très rare. Seuls 42 cas ont été documentés à l'échelle mondiale. De ces cas, la plupart ont vu l'excrétion s'arrêter dans les six mois ou les patients sont décédés. Trois personnes ont excrété le virus pendant plus de 5 ans.

3. Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale (PVDVa)

Les poliovirus ambigus dérivés d'une souche vaccinale (PVDVa) sont des vaccins dérivés d'une souche vaccinale qui ont été isolés chez des personnes sans aucune immunodéficience connue, ou alors à partir d'eaux usées dont la source est inconnue. On sait très peu de choses à leur sujet.

Depuis juillet 2009, il y a eu des flambées de PVDVc signalées en Afghanistan, au Tchad, au Congo, en Éthiopie, en Inde, au Niger et au Nigeria. Des cas de PVDVi ont été signalés en Algérie, en Chine, en Colombie, en Inde, en Somalie, en Irak, au Sri Lanka et en Turquie. Des cas de PVDVa ont été signalés en Estonie, en Finlande et en Israël.

Dans la Région des Amériques, il n'y a pas eu de cas de PVDVc depuis la flambée sur l'île d'Hispaniola (République dominicaine et Haïti) en 2000–2001. Il y a eu des cas de PVDVi en Argentine, en Colombie, au Pérou et aux États-Unis.

Déterminer le risque d'apparition d'un PVDV ou d'un poliovirus sauvage

Chaque pays devra effectuer une évaluation de risques approfondie, en analysant ce qui suit:

1. le risque d'importation d'un virus (lié à l'exposition aux voyageurs, aux migrants ou à des visiteurs en provenance de zones qui ont la polio)
2. le risque de la présence d'un PVDV dans le pays
3. le risque que si un poliovirus sauvage est importé ou un PVDV apparaît, le système de surveillance épidémiologique pourrait ne pas le détecter en temps opportun. le pays devra donc déterminer la conformité nationale et sous-nationale avec les indicateurs PFA de base, notamment un taux PFA de plus d'un cas par population de 100 000 âgée de moins de 15 ans et plus de 80 % des cas PFA avec des échantillons de selle adéquats; l'identification de zones silencieuses ou de zones qui n'ont rien eu à signaler au cours des cinq dernières années; l'analyse du nombre d'échantillons traités, de la collecte au laboratoire; vérifier que le laboratoire national de référence, s'il y en a un, a reçu son accréditation annuelle de l'OPS/OMS.
4. le risque qu'un poliovirus ou PVDV importé puisse se propager ou circuler au sein de la population, causant par là une épidémie. Ceci est lié:
 - aux taux de couverture vaccinale et aux niveaux d'hygiène. Les taux de couverture vaccinale devront être analysés par pays, province/département/état et municipalité/district pendant au moins chacune des cinq

dernières années. Le nombre de susceptibles devrait être calculé (par cohorte) et la disponibilité des vaccins antipoliomyélitiques et la capacité de les fournir en temps opportun (par des prêts ou des achats) devrait être connue.

- aux conditions sanitaires dans le pays (pourcentage de la population ayant accès à de l'eau potable propre et aux services d'hygiène)
5. Préparer un plan d'urgence qui tient compte des implications politiques, sociales et épidémiologiques de la gestion de l'information à l'apparition d'un cas de PVDV ou de polio importée.

Mesure à prendre si l'événement est un cas probable de PVDV.

Un cas de PVDV dans un pays devra être géré comme s'il était causé par un poliovirus sauvage.

1. Soins cliniques généraux : Des soins cliniques généraux devront être fournis; ceci inclut une évaluation par un neurologue et immunologiste pédiatrique, et tous les tests nécessaires pour poser un diagnostic, y compris une étude immunologique détaillée, au besoin, la collecte et l'analyse virologique d'échantillons de selles du patient toutes les quatre semaines pour surveiller l'excrétion virale, et des soins de santé compréhensifs basés sur les besoins du patient et ses besoins de réhabilitation.

2. Notification du système de surveillance de la santé publique : La notification devra être conforme aux normes de surveillance du pays. Chaque événement de santé publique doit également être évalué tel qu'indiqué à l'annexe 2 du Règlement sanitaire international (RSI 2005), et le point de contact OMS pour les Amériques (ihr@paho.org) devra être notifié au besoin. Le point de contact OMS devra être notifié de l'isolement des PVDV de sources humaines et non humaines (personnes sans paralysie ou échantillons environnementaux), puisque ces cas répondent à au moins deux des quatre critères de présentation de rapports du RSI: 1) L'impact de l'événement sur la santé publique est-il grave? 2) L'événement est-il inhabituel ou inattendu? En d'autres mots, il constitue une « urgence de santé publique de préoccupation internationale ».

3. Enquête sur les cas: Les enquêtes menées sur les cas devront suivre les protocoles de surveillance PFA du pays. La famille du patient, ses contacts et les prestataires de soins de santé devront être rencontrés et interviewés. Il faudra poser des questions sur les symptômes compatibles et prélever des échantillons de selle auprès de la famille et des contacts

Faits importants concernant le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV)

- La propagation d'un PVDVc montre que trop d'enfants ne sont toujours pas suffisamment vaccinés.
- Plus l'immunité de la population est basse, plus la survie de ces virus est longue. Plus leur survie est longue, plus ils se répliquent, changent et échangent du matériel génétique avec d'autres virus entériques alors qu'ils se propagent au sein d'une communauté.
- Une population entièrement vaccinée sera protégée contre toutes les souches de poliovirus, qu'elles soient sauvages ou dérivent d'une souche vaccinale.
- De 2000 à 2010, plus de 10 milliards de doses de VPO ont été administrées à plus de 2,5 milliards d'enfants avec pour résultat d'éviter plus de 3,5 millions de cas de poliomyélite. Au cours de cette période, 18 flambées épidémiques de PVDVc se sont produites dans 16 pays et ont entraîné 510 cas d'infection par le PVDV.

communautaires du patient. Il pourra également s'avérer utile de collecter des échantillons d'eaux usées ou de déchets dans le voisinage de la maison pour rechercher le cheminement du virus. Après une enquête épidémiologique, clinique et de laboratoire approfondie, le cas devra également être classé comme un PVDV immunodéficient (i), circulant (c) ou ambigu (a).

4. Recherche active de cas: Besoins de recherche active de cas dans les milieux communautaire et institutionnel.

- La recherche active de cas en milieu institutionnel inclut les dossiers du patient externe, les visites aux urgences et dans les hôpitaux de cas de PFA qui auraient pu consulter un établissement médical – des cas qui auraient ou n'auraient pas forcément été signalés au système de surveillance épidémiologique – sur la base de la définition de PFA figurant dans le protocole. Cette recherche devra couvrir l'année précédente au moins. Si des cas de PFA sont détectés, ils devront faire l'objet d'une enquête, et des échantillons de matière fécale devront être recueillis aux fins d'isolement et d'identification des virus, si les échantillons sont recueillis dans les délais appropriés. D'autres institutions qui devant être incluses dans la recherche sont les écoles, les garderies, etc.
- Une recherche active en milieu communautaire est effectuée par le biais d'entrevues dans la communauté, et des questions sont alors posées sur la présence de cas qui répondent à la définition de PFA du protocole de surveillance d'un pays.

5. Identification d'autres cas: Des cas probables devront être signalés quotidiennement au système de surveillance, tout comme devra l'être le rapport négatif (absence de cas). Les nouveaux cas devront faire l'objet d'une enquête, et il y aura lieu de veiller au traitement approprié des échantillons aux fins d'isolement et d'identification du virus (collecte opportune, envoi conforme aux normes de biosécurité, vérification de réception par le laboratoire).

6. Monitoring rapide de la couverture : Ces deux méthodologies sont recommandées pour le monitoring de la couverture :

- pour les zones les plus proches du cas, un recensement de tous les logements
- pour les zones les plus éloignées du cas, un échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS), la méthodologie de l'OPS pour un monitoring rapide de la couverture vaccinale, ou toute autre méthodologie utilisée dans le pays.

7. Vaccination VPO de tous les enfants de moins de 5 ans dans la municipalité ou toute entité équivalente, quel que soit le nombre de doses antérieures qu'ils ont reçues. L'âge du groupe cible peut être augmenté tout dépendant de l'âge de ceux qu'on a trouvés infectés. La couverture dans le groupe cible devra dépasser 95 % et devra être vérifiée immédiatement par une surveillance de la couverture. Si des cas sont détectés dans d'autres municipalités, la portée des campagnes de vaccination devra être étendue pour inclure les municipalités, départements, voire le pays entier.

Information, éducation et communication :

- **Mise en œuvre du plan d'urgence :** Identifier les porte-parole officiels, y compris ceux qui représentent la communauté scientifique, pour fournir des mises à jour périodiques et tenir la communauté au courant de la présence ou de l'absence de cas.
- **Informers la communauté affectée sur les activités nécessaires d'hygiène de l'environnement.** L'importance de ce qui suit devra être communiquée aux personnes concernées : lavage fréquent des mains avec du savon et de l'eau; évacuation appropriée des déchets humains pour ainsi empêcher les gens, en particulier les enfants et les personnes âgées, d'entrer en contact avec les déchets en question; nécessité du traitement de l'eau potable; amélioration de l'hygiène de l'environnement; préparation d'aliments sains.

8. Zones d'action prioritaires. Afin de déterminer la zone géographique où l'enquête sur le terrain va être menée, il y aurait lieu d'établir au moins trois zones autour du cas, et peut-être même une quatrième:

- Zone 1: quartier, district ou entité équiva-

lente où résident les personnes affectées

- Zone 2: municipalité dans laquelle résident les personnes affectées
 - Zone 3: l'expansion de la zone dépendra des connexions de transport et du commerce entre la municipalité où le cas a été détecté et les municipalités limitrophes.
 - Zone 4: tout dépendant des résultats de l'enquête sur les voyages entrepris par la personne affectée au cours des 30 derniers jours ou de la provenance des personnes qui lui ont rendu visite, la zone peut être étendue à des départements entiers ou au pays dans son ensemble.
- 9. Évaluation:** Si des cas continuent d'apparaître quatre semaines après la dernière ronde de vaccinations, la stratégie de contrôle devra être réévaluée et la situation devra alors être considérée comme une urgence nationale de santé publique.

Le Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a insisté sur l'importance d'une vaccination systématique avec le VPO pour prévenir la propagation du PVDV. Les pays qui n'atteignent pas une couverture vaccinale antipoliomyélitique d'au moins 95% dans chaque municipalité doivent organiser des campagnes annuelles d'immunisation pour les enfants de moins de 5 ans, quel que soit leur statut vaccinal. Il est également essentiel que les pays maintiennent des normes de certification pour la surveillance de la PFA qui soient conformes aux indicateurs de surveillance établis [8]. ■

RÉFÉRENCES

1. Pan American Health Organization. Poliomyelitis Eradication Field Guide, third edition. Scientific and Technical Publication No. 607. Washington, DC, USA. 2006. Disponible à: <http://publications.paho.org/product.php?productId=839&cat=0&page=1> http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=787&Itemid=1617&lang=en
2. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (GPEI) <http://www.polioeradication.org>
3. Organisation mondiale de la santé: Poliomyélite <http://www.who.int/topics/poliomyelitis/fr/index.html>
4. Organisation mondiale de la santé. Vaccination et vaccins antipoliomyélitiques au cours de la période précédant l'éradication: note d'information de l'OMS. W/ER. 2010, 23(85), 213–228. Disponible à: <http://www.who.int/wer/2010/wer8523.pdf>
5. Center for Diseases Control. Update on vaccine-derived polioviruses. MMWR 2006; Vol. 55 (40): 1093-97. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5540a3.htm>
6. Kew O, Morris-Glasgow V, Landaverde M, et al. Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived poliovirus. Science. 2002;12:296(5566):356-9.
7. Wringe A, Fine PEM, Sutter RW, Kew OM. Estimating the extent of vaccine-derived poliovirus infection. Plos One 2008. 3 e3433: 1-11.
8. Final report of the XIX Meeting of the Technical Advisory Group on Vaccine-preventable Diseases (TAG) of the Pan American Health Organization, Buenos Aires, Argentina, July 2011. Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1862&Itemid=2032&lang=en

Guide des contre-indications et des précautions¹ pour les vaccins couramment utilisés*

Vaccin	Contre-indications	Précautions ¹
BCG	- Nourrissons qu'on sait infectés par le VIH, avec ou sans signes ou symptômes signalés d'infection par VIH. - Nourrissons dont le statut d'infection par VIH est inconnu, mais qui ont des signes ou qui ont manifesté des symptômes suggestifs d'infection par VIH et qui sont nés de mères infectées par le VIH. - Si la sérologie VIH ne peut pas être exclue avec un test virologique précoce, le BCG peut alors être administré^a	Nourrisson pesant moins de 2000 grammes (4 lbs, 6,4 oz)
Hépatite B (HepB)	Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Nourrisson pesant moins de 2000 grammes (4 lbs, 6,4 oz)²
Vaccin polio oral (VPO)	Le VPO n'a pas été trouvé nocif lorsqu'il est administré à des enfants asymptomatiques séropositifs pour le VIH. Cependant, dans la mesure où il est disponible, le vaccin polio inactivé (VPI) est préféré, en particulier pour les personnes symptomatiques. Le VPI est préféré pour les personnes séropositives pour le VIH et leurs contacts familiaux en raison du risque théorique d'effet neurovirulent des OPV sur les personnes immunocompromises.	
Vaccin polio inactivé (VPI)	Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale	Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre
Rotavirus	Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Immunocompétence altérée autre que déficit immunitaire combiné sévère (DICS) qui est habituellement synonyme de contre-indication - Antécédents d'invagination intestinale - Maladie gastro-intestinale chronique préexistante - Spina bifida ou exstrophie vésicale
Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC, DTaC) Tétanos, diphtérie, coqueluche (Tcap)	- Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale - Encéphalopathie (p.ex. coma, niveau de conscience réduit, crises persistantes) non attribuable à une autre cause identifiable dans les 7 jours de l'administration de dose antérieure de DTC ou DTaC (pour DTC/DTaC); ou de dose antérieure de DTC, DtaC ou Tcap (pour Tcap)	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Syndrome de Guillain-Barré (SGB) dans les 6 semaines d'une dose antérieure de vaccin contenant du toxoïde tétanique - Histoire et réactions d'hypersensitivité de type Arthus après une dose antérieure de vaccin contenant du toxoïde tétanique; repousser la vaccination jusqu'à ce que 10 ans aient passé depuis le dernier vaccin contenant du toxoïde tétanique - Trouble neurologique progressif ou instable (y compris spasmes infantiles), crises épileptiques non contrôlées, ou encéphalite progressive jusqu'à ce qu'un régime de traitement ait été établi et la condition se soit stabilisée Pour DTC/DTaC: - Température de 40,5°C ou plus (105°F ou plus) dans les 48 heures de la vaccination avec une dose antérieure de DTC/DTaC - Effondrement ou état rappelant l'état de choc (c.-à-d. épisode hypotonique hyporéactif) dans les 48 heures suivant la réception d'une dose antérieure de DTC/DTaC - Crise épileptique dans les 3 jours suivant la réception d'une dose antérieure de DTC/DTaC - Pleurs persistantes et inconsolables pendant 3 heures ou plus dans les 48 heures suivant une dose antérieure de DTC/DTaC
Tétanos, diphtérie (DT, Td)	Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Histoire et réactions d'hypersensitivité de type Arthus après une dose antérieure de vaccin contenant du toxoïde tétanique ou diphtérique; repousser la vaccination jusqu'à ce que 10 ans aient passé depuis le dernier vaccin contenant du toxoïde tétanique
Antigrippal, trivalent injectable (VTI)	- Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure de tout vaccin antigrippal ou une composante vaccinale, y compris la protéine d'œuf. - Nourrissons de moins de 6 mois	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Histoire de SGB dans les 6 semaines de l'administration d'un vaccin antigrippal antérieur
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b (Hib)	- Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale - Âge inférieur à 6 semaines	Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR) ⁴	- Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale - Immunodéficience grave connue (p.ex. de tumeurs hématologiques et solides, recours à la chimiothérapie, immunodéficience congénitale ou thérapie immunosuppressive à long terme⁵ ou patients infectés par le VIH qui sont gravement immunocompromis)⁶ - Grossesse⁷	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Réception récente (moins de 11 mois) de produits sanguins contenant des anticorps (intervalle spécifique dépend du produit)⁸ - Histoire de thrombocytopénie ou de purpura thrombocytopénique - Besoin de test cutané à la tuberculine⁸

Fièvre jaune	- Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale (œufs, ovoproduits, protéines de poulet, gélatine ou caoutchouc latex sec). - Enfants de moins de 6 mois - Personnes gravement immunocompromises (trouble thymique, SIDA, immunodéficiences primaires, néoplasmes malins et greffe, thérapies immunosuppressives et immunomodulatrices)^b	- Enfants de 6 à 8 mois (peut être donné dans des situations de flambées) - Adultes âgés de ≥ 60 ans - Infection par VIH asymptomatique avec immunosuppression modérée - Grossesse - Allaitement maternel
Varicelle (Var) ^a	- Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale - Immunodéficiência grave connue (p.ex. de tumeurs hématologiques et solides, recours à la chimiothérapie, immunodéficiência congénitale ou thérapie immunosuppressive à long terme⁵ ou patients infectés par le VIH qui sont gravement immunocompromis)⁶ - Grossesse	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Réception récente (moins de 11 mois) de produits sanguins contenant des anticorps (intervalle spécifique dépend du produit)⁷ - Réception d'antiviraux spécifiques (soit acyclovir, famciclovir ou valacyclovir) 24 heures avant la vaccination, si possible; retarder la reprise de ces médicaments antiviraux pendant 14 jours après la vaccination.
Virus du papillome humain (VPH) ^{9,10}	Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale	- Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre - Grossesse¹¹
Pneumococcique conjugué (VPC)	Pour le VPC, réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) après une dose antérieure (de VPC) ou tout vaccin contenant du toxoïde diphtérique) ou à une composante vaccinale (de VPC ou tout vaccin contenant du toxoïde diphtérique)	Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre
Pneumococcique polysidique	Réaction allergique grave (p.ex. anaphylaxie) entraînée par une dose antérieure ou une composante vaccinale	Maladie aiguë modérée ou grave, avec ou sans fièvre

* Adapté de Immunization Action Coalition et "Table 6. Contraindications and Precautions to Commonly Used Vaccines" trouvé dans : CDC. "General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)." MMWR 2011; 60(No. RR-2), p. 40–41, et de Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, eds. Appendix A. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html).

Notes

- Les événements ou conditions énumérés en tant que précautions devront être examinés attentivement. Les avantages et les risques inhérents à l'administration d'un vaccin spécifique à une personne dans de telles circonstances devront être pris en considération. Si le risque résultant du vaccin l'emporte sur les avantages, le vaccin ne devra pas être administré. Si l'avantage de la vaccination l'emporte sur le risque, le vaccin devra être administré.
- Le vaccin contre l'hépatite B devra être reporté dans le cas d'enfants prématurés et d'enfants pesant moins de 2000 g si la mère est trouvée négative pour l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) au moment de la naissance de l'enfant. La vaccination peut commencer à l'âge chronologique d'un mois ou au moment du congé de l'hôpital. Pour les enfants nés de femmes qui sont positives pour l'AgHBs, l'immunoglobuline antihépatitique B et le vaccin contre l'hépatite B devront être administrés dans les 12 heures de la naissance, quel que soit le poids.
- Les vaccins VVAI, ROR et contre la varicelle peuvent être administrés le même jour. S'ils ne sont pas administrés le même jour, ces vaccins doivent être séparés d'au moins 28 jours.
- On considère comme substantiellement immunosuppressive une dose de stéroïde de deux semaines ou plus d'une réception quotidienne de 20 mg (ou 2 mg/kg de poids vif) de prednisone ou son équivalent.
- Des enfants infectés par le VIH peuvent recevoir le vaccin contre la varicelle et la rougeole si le taux des lymphocytes T CD4+ est $>15\%$. (Source: adapté de American Academy of Pediatrics. Passive Immunization. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009.)
- Le vaccin devra être repoussé d'un intervalle approprié si des produits d'immunoglobuline de remplacement sont administrés.
- Même si, dans la majorité des cas, on n'a pas observé d'événements aux conséquences négatives pour le fœtus, des vaccins vivants devront généralement être évités durant la grossesse pour empêcher que le vaccin ne soit temporairement associé (ou accusé d'avoir contribué) à un quelconque événement dans la vie du nouveau-né.
- La vaccination antirougeoleuse pourrait temporairement supprimer la réaction à la tuberculine. Un vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux peut être administré le même jour que le test cutané à la tuberculine. Si le test ne peut pas être réalisé jusqu'au jour de la vaccination ROR, le test devra être repoussé pendant au moins 4 semaines après la vaccination. Si le besoin d'un test cutané s'avère urgent, le faire tout en comprenant bien que la réaction pourra être réduite par le vaccin.
- Suivant l'administration du vaccin, les adolescents devront être observés pendant 15 minutes. Même s'il n'y a pas de preuve de risque élevé d'évanouissement (syncope) spécifiquement lié aux vaccins VPH, la surveillance post-homologation montre une survenance accrue de syncopes post-vaccinales chez les adolescents. Cette survenance accrue peut être liée aux caractéristiques psychosociales spécifiques des adolescents.
- Les vaccins VPH peuvent être administrés dans des cas d'immunosuppression; de test de Papanicolaou (PAP) antérieur équivoque et anormal; d'infection par VPH connue; d'histoire de verrues génitales, si aucune des véritables contre-indications ne se produit. Bien que limitées, les données disponibles ne suggèrent pas des manifestations indésirables graves à la suite de la vaccination d'enfants séropositifs pour le VIH avec des vaccins VPH quadrivalents.
- Les femmes ne devront pas être vaccinées en cours de grossesse. Cette précaution est basée seulement sur le manque relatif de données de sécurité sur les vaccins VPH chez les femmes enceintes. Cependant, il n'y a pas de preuves pour indiquer que les vaccins VPH sont dangereux pour la mère, ni pour l'enfant si une femme enceinte est vaccinée par inadvertance. Par conséquent, la grossesse ne devra jamais être interrompue si une femme a été vaccinée par inadvertance. La série de vaccination devra simplement être interrompue et terminée après l'accouchement. Le vaccin VPH quadrivalent peut être administré à des femmes qui allaitent parce que les données disponibles ne font ressortir aucune préoccupation de sécurité; les données de sécurité pour les femmes qui allaitent ne sont pas disponibles pour le vaccin bivalent.

^a BCG - Relevé épidémiologique hebdomadaire, n° 21, 25 mai 2007

^b Fièvre jaune - Relevé épidémiologique hebdomadaire, n° RR-7, 30 juillet 2010

Fausse contre-indications

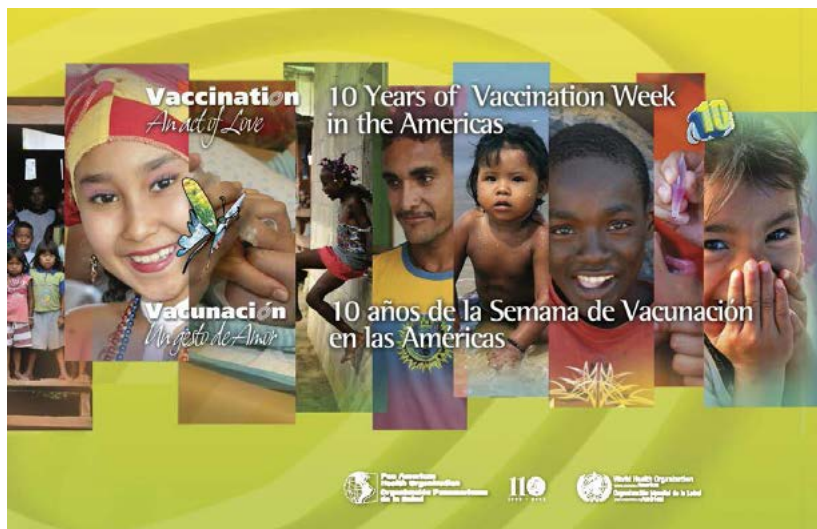
Le personnel médical interprète couramment avec erreur certaines conditions comme étant des contre-indications à la vaccination, alors qu'en fait elles ne le sont pas (des soi-disant fausses contre-indications). De nature générale pour tous les vaccins, ces conditions incluent: la diarrhée; des maladies mineures des voies respiratoires supérieures avec ou sans fièvre; des réactions légères à modérées à une dose vaccinale antérieure; un traitement antimicrobien en cours; ou alors se trouver dans la phase convalescente d'une maladie aiguë.

La vaccination, un acte d'amour : 10 ans de Semaine de la vaccination aux Amériques

Pour célébrer le 10e anniversaire de la Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA), l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) va publier un livre grand format sur cette initiative, qui sera présenté à l'occasion de la Conférence panaméricaine de la santé 2012.

Le livre est intitulé, *Vaccination, un acte d'amour : 10 ans de la Semaine de la vaccination aux Amériques*, et documente l'évolution de l'initiative au cours de la dernière décennie, son organisation et sa planification, et les résultats liés à la SVA. Le livre décrit également les initiatives sœurs de la Semaine de la vaccination qui ont été lancées dans d'autres Régions de l'OMS, qui ont amené à la promotion officielle d'une Semaine mondiale de la vaccination (SMV) durant l'Assemblée mondiale de la Santé 2012. Le livre inclut des photographies et des collages qui dépeignent les diverses célébrations de la SVA dans de nombreux pays des Amériques.

Le succès de la SVA n'aurait pas été possible sans l'engagement manifesté par les ministères de la Santé de la Région et le dévouement des agents de santé pour atteindre les laissés pour compte et apporter des vaccins salutaires aux personnes de tous les coins de l'Hémisphère occidental. ■



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

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

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce Bulletin ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Volume XXXIV, Numéro 2 • Avril 2012

Éditeur: Carolina Danovaro

Éditeurs-adjoints: Nabely Castillo et

Cuahtémoc Ruiz Matus



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**

Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé



Projet d'immunisation intégrale de la famille

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