

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVII Numéro 2

Protégez votre Famille par la Vaccination

Juin 2015



Le Comité international d'experts déclare l'élimination de la rubéole dans la Région des Amériques



De gauche à droite : Dr Cuauhtemoc Ruiz, Chef de l'Unité d'immunisation de l'OPS ; Mme Andrea Gay, Directrice exécutive du programme Santé des enfants de la Fondation de l'ONU ; Dr Carissa F. Etienne, Directrice de l'OPS ; Mr Bernt Aasen, Directeur régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes, UNICEF ; Dr Susan E. Reef, Chef d'équipe pour la rubéole, *Global Immunization Division, Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis. Crédit photo : Sonia Mey-Schmidt, OPS

Le 23 avril 2015, le Comité international d'experts (CIE) pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques a déclaré que la rubéole a été éliminée dans les Amériques. Cette annonce a été faite au cours d'une réunion tenue à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Après l'éradication régionale de la variole en 1971 puis celle de la poliomyélite, déclarée éliminée en 1994, la rubéole est ainsi la troisième maladie évitable par la vaccination à être éliminée de la Région des Amériques.

À la suite de l'adoption étendue du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dans les programmes nationaux de vaccination de la Région, les États Membres de l'OPS ont fixé en 2003 l'élimination de la rubéole comme objectif pour 2010.

À la fin des années 90, les pays anglophones des Caraïbes ont été les premiers à mener des campagnes vaccinales de masse contre la rubéole, qui ciblaient les adolescents et les adultes. Avec le soutien de l'OPS et de son Fonds rotatoire pour l'achat de vaccins, environ 250 millions d'adolescents et d'adultes dans 32 pays et territoires ont été vaccinés contre la rubéole entre 1998 et 2008. Grâce à ces efforts, les derniers cas endémiques de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans les Amériques ont été signalés en 2009.

Voir **RUBÉOLE** page 2

Célébration de la Semaine de la vaccination aux Amériques 2015

La 13^e Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) a été célébrée dans l'ensemble de la Région du 25 avril au 2 mai 2015. Le slogan régional de cette année, « Boostes tes pouvoirs ! Fais-toi vacciner ! », soulignait le fait que la vaccination stimule le système immunitaire et aide l'organisme à combattre plus de 20 maladies évitables par la vaccination, transformant ainsi ceux qui sont vaccinés en « superhéros » dotés de pouvoirs spéciaux pour vaincre la maladie. Une campagne sur les médias sociaux utilisant les hashtags #GetVax et #BoosteTesPouvoirs a incité les gens à prendre des photos en pose de superhéros tenant un signe #GetVax, et à les afficher sur les médias sociaux ou à les soumettre à l'OPS par le Web. Les photos saisies peuvent être vues à l'adresse <http://bit.ly/1yygpjK>. L'OPS s'est également associée cette année à la *Chespirito Foundation* pour présenter le personnage de *Chapulín Colorado* sur une série de matériels de la SVA.

Le lancement régional de la SVA s'est déroulé le 25 avril à Duran (Équateur), une communauté autochtone à l'extérieur de Guayaquil. Les participants comprenaient notamment des autorités de haut niveau du Ministère équatorien de la Santé, le Directeur de l'OPS et le Représentant de l'OPS en Équateur, ainsi que des représentants du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis et du *Sabin Vaccine Institute*, entre autres partenaires. Dans le cadre de ce lancement régional, l'OPS, en partenariat avec la Fondation des Nations Unies, a réalisé une diffusion spéciale #GetVax + SocialGood pour enseigner au public l'importance de la vaccination. Les experts ont évoqué des questions problématiques comme l'effet des vaccins en santé publique,

Voir **SVA** page 2

Dans ce numéro

- 1 Le Comité international d'experts déclare l'élimination de la rubéole dans la Région des Amériques
- 1 Célébration de la Semaine de la vaccination aux Amériques 2015
- 3 Élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques : dix mesures clés prises par les pays de la Région et l'OPS
- 4 Avancées concernant l'éradication de la poliomyélite
- 7 Données de surveillance sur la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale. Classement définitif, 2014
- 8 In Memoriam : Ana Betty Higuera Pérez

RUBÉOLE suite de la page 1

Le Comité a examiné les données épidémiologiques probantes fournies par l'OPS et ses États Membres et a conclu qu'il n'y a aucune preuve de transmission endémique de la rubéole ou du SRC pendant cinq années consécutives, soit une durée supérieure aux trois années requises pour déclarer une maladie éliminée. Le CIE précise également qu'il espère, dans un futur proche, pouvoir également déclarer la Région exempte de rougeole.

Cette réalisation majeure de santé publique témoigne de l'effort et de l'engagement des pays des Amériques, de la victoire des partenariats et du travail soutenu de milliers d'agents de santé dans l'ensemble de la Région.

Lors d'une réunion du CIE, et comme activité de pré-lancement à la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) le 23 avril, l'OPS a diffusé une



Membres du Comité international d'experts pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques. Crédit photo : Sonia Mey-Schmidt, OPS

séance technique spéciale par *LiveStream* pour aborder les avancées et les défis de l'élimination de la rougeole dans la Région. La discussion a

été suivie d'une séance de questions-réponses pour le personnel de santé dans les ministères de la Santé de la Région. ■

SVA suite de la page 1

les récentes flambées de maladies évitables par la vaccination et l'expérience de l'Équateur en vaccination. Ils ont aussi expliqué comment les communautés et les organisations locales pouvaient soutenir la vaccination.

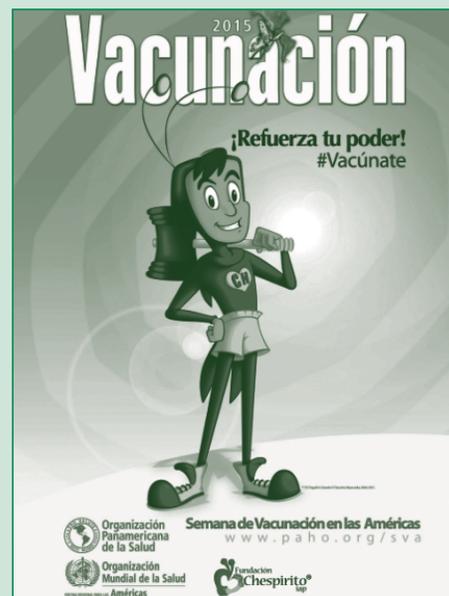
À côté de ce lancement, des célébrations nationales de la SVA se sont déroulées dans l'ensemble de la Région, y compris à Antigua et Barbuda, en Argentine, au Cuba, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay, au Pérou, en République Dominicaine et au Surinam, parmi de nombreux autres pays. De multiples lancements internationaux ont également eu lieu, en particulier dans les zones frontalières entre le Honduras et le Guatemala, la Bolivie et le Pérou, l'Argentine, le Brésil et le Paraguay, La Guyana et la Suriname, le Panama et la Costa Rica, et le Panama et la Colombie.

Cette année, dans le cadre de la SVA, les pays et territoires ont ciblé plus de 60 millions

de personnes de tout âge pour procéder à des vaccinations contre un large éventail de maladies, parmi lesquelles la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC), la diphtérie, la coqueluche, le tétanos néonatal, la grippe, la fièvre jaune, les diarrhées dues au rotavirus, les pneumonies bactériennes et les infections au virus du papillome humain. Les stratégies courantes comportaient l'administration de multiples antigènes permettant de respecter les injections du calendrier de vaccination chez les enfants de moins de cinq ans et(ou) l'administration de doses de rappel aux enfants d'âge scolaire, des campagnes de vaccination de masse contre la polio, la rougeole, la rubéole et le SRC, la vaccination contre le tétanos et la diphtérie des femmes en âge de procréer et des campagnes contre la grippe saisonnière (formule vaccinale pour l'hémisphère sud).

De plus, plusieurs pays ont profité de la SVA pour prendre part à des activités spécifiques d'information, d'éducation et de communication, parmi lesquelles la promotion de la vaccination dans les écoles publiques, le ciblage de responsables de l'enseignement et de directeurs d'école au niveau national pour une initiation sur le programme élargi de vaccination (PEV), l'organisation d'un symposium d'une journée sur les défis et les perspectives du PEV et l'organisation d'activités de formation pour les agents de santé.

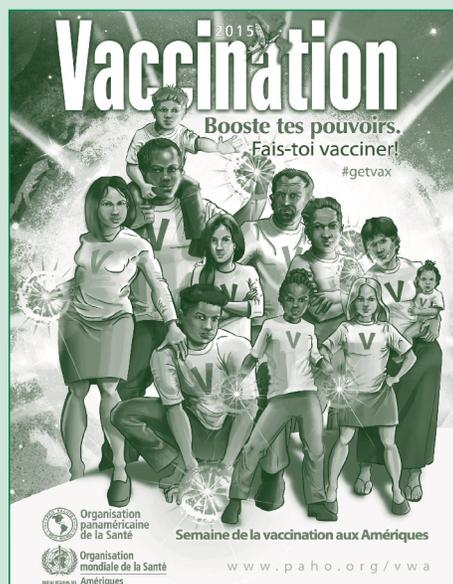
Un grand nombre de pays ont également continué à tirer parti de la SVA en tant que plateforme de travail, en coordonnant leurs activités avec les autres programmes de santé et en intégrant des interventions préventives supplémentaires lors des activités de vaccination, parmi lesquelles le déparasitage, la supplémentation en vitamine A, le dépistage de l'hypertension et de l'hyperglycémie, la mesure de l'indice de masse corporelle et de la vision, le contrôle et la prévention



des maladies à transmission vectorielle, la vaccination des animaux de compagnie et la fourniture de soins dentaires.

En marge de cette 13^e célébration de la SVA, l'année 2015 a également été marquée par la 4^e Semaine mondiale de la Vaccination (SMV), l'initiative mondiale générale qui relie les semaines de vaccination des six régions de l'OMS. Le thème 2015 de la SMV, « Comblent les lacunes en matière de vaccination », avait pour objectif d'attirer l'attention sur la nécessité d'atteindre l'équité en matière de niveau de couverture vaccinale et d'offrir un accès universel aux vaccins à tous les êtres humains, comme le préconise le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP).

Vous pouvez trouver des renseignements supplémentaires sur la SVA et la SMV à leurs adresses respectives www.paho.org/vva et <http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2015/fr/> ■



Élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques : dix mesures clés prises par les pays de la Région et l'OPS

Le 23 avril 2015, le Comité international d'experts (CIE) pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole convoqué par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a confirmé l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) après un examen rigoureux des données probantes présentées par tous les pays de la Région. Voici les dix mesures clés prises par l'OPS et les ministères de la Santé dans les Amériques qui ont été essentielles pour atteindre cet objectif :

1. Obtention d'un engagement politique et financier substantiel.

Après l'élimination de la rougeole endémique en 2002, les ministères de la Santé dans les Amériques se sont engagés en 2003 à éliminer la rubéole et le SRC dans la Région d'ici 2010. Du plus haut niveau politique national à celui des communautés locales, cet engagement a été largement partagé, ce qui a contribué à garantir la mise en œuvre efficace des stratégies d'élimination recommandées par l'OPS. De nombreux présidents ont également agité le drapeau de la vaccination, parmi lesquels l'ancien président du Costa Rica et récipiendaire du Prix Nobel de la Paix, Mr Oscar Arias Sanchez.

L'élimination de la rubéole et du SRC a été réalisée en 2009, quand les derniers cas endémiques ont été notifiés en Argentine et au Brésil. L'élimination de la rubéole et du SRC a été un exemple d'engagement conjoint en matière de vaccination infantile et familiale, qui a mis en évidence combien le panaméricanisme constitue un facteur décisif pour poser des jalons importants en santé publique.

2. Création de partenariats stratégiques.

De solides partenariats stratégiques avec des sociétés scientifiques, des institutions universitaires et des églises ont été développés et soutenus au niveau des pays. Une collaboration avec les médias d'information a non seulement accru la visibilité de cette initiative contre la rubéole, mais aussi celle des programmes de vaccination systématique.

L'OPS a également favorisé le développement de partenariats clés pour appuyer cette initiative d'élimination, qui ont fait intervenir la Croix-Rouge américaine (ARC), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, l'ancienne Agence canadienne de développement international (ACDI), l'Initiative contre la rougeole et la rubéole, L'Alliance du Vaccin (Gavi), la Fondation des Nations Unies (UNF), l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), la March of Dimes (MOD), le Sabin Vaccine Institute (SVI), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours (LDS).

3. Introduction du vaccin contre la rubéole.

Dans les années 1990, le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole a été introduit dans les calendriers nationaux de vaccination, sans frais supplémentaires. Ce vaccin a marqué une étape historique de l'élimination de la rubéole et du SRC, car il a permis d'assurer que toutes les cohortes de nouveau-nés soient vaccinées contre ces maladies. La première dose de ce vaccin sûr et fiable est administrée à l'âge de 12 mois, la seconde à celui de 18 mois ou 4 ans.

Stratégie essentielle pour maintenir la Région exempte de tout cas de rougeole, rubéole et SRC, une couverture vaccinale égale ou supérieure à 95 % est recommandée pour chaque municipalité de chaque pays des Amériques.

4. Réalisation de campagnes vaccinales de masse systématiques.

Plus de 250 millions d'adolescents et d'adultes dans 32 pays et territoires ont été vaccinés contre la rougeole et la rubéole dans le cadre de campagnes vaccinales de masse réalisées entre 1998 et 2008.

Outre la vaccination dans les centres de santé et en porte à porte, les agents de santé ont vacciné dans des lieux inhabituels : des postes de vaccination ont été dressés dans des écoles, des universités, des prisons, des stations de métro et de bus, des lieux de travail, des magasins, des foires, des marchés, des centres d'achat, des parcs, des stades (y compris le stade Maracanã à Rio de Janeiro), des lieux de concerts et sur des plages.

5. Renforcement des programmes de vaccinations systématiques pour atteindre chaque recoin de l'hémisphère.

En se déplaçant en véhicule ou à dos d'âne, à pied ou à cheval, en bateau ou en radeau, les agents de santé se sont engagés à atteindre les populations les plus négligées au plan vaccinal. Ils ont voyagé dans les zones frontalières des pays, ont fait leur chemin jusqu'à des zones géographiques éloignées et des zones urbaines peu sûres (comme les favelas et autres bidonvilles) et atteint des familles dans des communautés autochtones et d'ascendance africaine.

6. Apport de stratégies audacieuses de communication sociale à l'élimination de la rubéole et du SRC.

Des stratégies de communication innovantes ont été utilisées pour les campagnes de vaccination de masse contre la rubéole, ciblant des hommes et des femmes de différents groupes d'âge qui ne constituaient pas une cible classique des programmes nationaux de vaccination ; cette démarche a contribué à assurer une couverture vaccinale élevée dans l'ensemble des pays de la Région.

Ces tactiques ont bénéficié du soutien inestimable des leaders sportifs, des joueurs de football particulièrement, qui ont soutenu par leur image les campagnes de vaccination dans leurs pays respectifs, ce qui a permis de mettre à profit la popularité et l'audience du sport pour favoriser la participation aux actions de vaccination.

Des méthodes non classiques ont également été mises en œuvre, comme l'utilisation de mégaphones pour la promotion, ou la mobilisation des paroisses au niveau régional/local pour créer une demande d'activités de vaccination et favoriser le travail des brigades vaccinales, particulièrement dans les zones rurales ou isolées.

7. Intégration des surveillances de la rubéole et de la rougeole et mise sur pied de systèmes de surveillance pour le SRC.

Comme les signes et symptômes de la rubéole sont semblables à ceux de la rougeole, les pays ont commencé au cours de l'année 1998 à intégrer la surveillance de ces deux maladies pour la détection des cas et leur confirmation en temps opportun. Un renforcement progressif des systèmes de surveillance a rendu possible la réalisation d'enquêtes immédiates au cas par cas, la mise en œuvre rapide des mesures à prendre, ainsi que l'amélioration de la surveillance clinique

et la prise en charge des enfants atteints. De plus, les pays ont mis sur pied un système pour surveiller, principalement aux premiers niveaux de soins, le SRC, avec l'objectif d'une notification en temps opportun des cas présumés. Alors que seuls 13 % des pays des Amériques notifiaient leurs cas présumés de SRC en 1998, cette proportion est passée à 100 % en 2003.

8. Facilitation par le Fonds rotatoire de l'OPS de la fourniture en temps utile à 41 pays de vaccins protégeant contre la rougeole et la rubéole.

Le Fonds rotatoire de l'OPS est le dispositif régional qui facilite l'accès, aux prix minimaux et en temps opportun, à des vaccins de grande qualité pour la majorité des pays et territoires dans les Amériques. Tirant parti des économies d'échelle, le Fonds rotatoire gère le processus d'approvisionnement et fournit 46 présentations vaccinales et 29 types de fournitures vaccinales aux 41 pays et territoires participants. En ce sens, le Fonds rotatoire a grandement contribué à ce que les pays des Amériques soient exempts de tout cas de rubéole et de SRC.

9. Renforcement des moyens de laboratoire.

Alors que les pays progressaient dans leurs efforts pour éliminer la rubéole et le SRC, il est apparu crucial de pouvoir documenter les génotypes de manière à déterminer l'origine des cas. Les moyens de laboratoire permettant de confirmer ou d'infirmer les cas présumés de rubéole avec le même test sérologique que celui utilisé pour la rougeole ont été également renforcés. Les pays disposent maintenant d'une plus grande capacité à réaliser des tests diagnostiques plus spécifiques – comme l'isolement et le génotypage des virus – pour pouvoir procéder à une classification finale des cas importés à partir d'autres régions du monde.

10. Maintien d'un niveau d'alerte maximal vis-à-vis des cas importés.

Les virus de la rougeole et de la rubéole circulent encore dans d'autres régions du monde, ce qui signifie que les pays des Amériques sont encore à risque quant à leur importation, événement qui peut se produire quand des voyageurs porteurs du virus de la rougeole ou de la rubéole arrivent dans notre Région.

La première flambée de rougeole faisant suite à une période d'élimination du virus et caractérisée par plus de 12 mois de transmission est survenue dans les États du nord de Pernambuco et Ceará, au Brésil, pays dans lequel, par définition, on peut de nouveau parler de transmission endémique de la rougeole. Après une surveillance et des efforts de vaccination intensifs dans l'état de Ceará, il semble que la flambée soit maintenant sous contrôle. Le dernier cas confirmé a été notifié le 13 juin 2015.

Les pays doivent donc rester vigilants et ne pas baisser la garde. En 2014, la couverture vaccinale régionale contre la rougeole et la rubéole était de 92 %. Maintenir une couverture vaccinale élevée et homogène, ainsi qu'un système de surveillance sensible et de grande qualité pour réagir rapidement et avec efficacité aux virus importés, reste crucial pour les Amériques si la Région veut conserver les bénéfices obtenus grâce à l'élimination. Et surtout, les agents de santé doivent conserver une attitude positive et faire preuve d'un engagement permanent pour entretenir les résultats obtenus en matière d'élimination. ■

Avancées concernant l'éradication de la poliomyélite

L'éradication mondiale de la poliomyélite est d'une importance capitale. Les sections suivantes présentent et expliquent les volets indispensables pour remplir cet objectif, et ce que tous les pays doivent faire pour sa réalisation, de l'introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) à la mise en œuvre du remplacement du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au par le vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb).

Une étape essentielle vers un monde libéré de la poliomyélite

Depuis que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été lancée, en 1988, l'incidence mondiale de la polio a chuté de 99,9 %, est passée de plus de 350 000 cas par an à 359 cas en 2014, et n'a représenté, entre janvier et juin 2015, que 29 cas sur l'ensemble du monde.

Le vaccin antipoliomyélique oral (VPO) a constitué une arme clé dans l'éradication mondiale de la polio ; cependant, le VPO contient des poliovirus atténués (affaiblis) qui peuvent, en d'extrêmement rares occasions, être à l'origine de cas de polio paralytique associée au vaccin (PPAV), et, dans des zones à la couverture vaccinale faible, de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc).

Jusqu'à maintenant, les avantages d'utiliser le VPO ont largement contrebalancé les risques associés, même les plus minimes. Maintenant que l'éradication de la polio est à notre portée et que les cas notifiés de polio sont encore moindres, un nouveau plan a été conçu pour réduire au minimum le risque de cas de polio associée au vaccin, tout en parvenant à l'objectif de l'éradication mondiale.

C'est pour cela que le Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale spécifique que, dans le monde entier, le VPO ne soit plus utilisé dans les programmes de vaccination systématique dès le moment où est éradiquée la transmission du poliovirus sauvage. Ce plan a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé, et il suit les conseils techniques du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE), groupe indépendant d'experts mondiaux qui conseille l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur tout ce qui concerne la vaccination.

L'abandon du VPO sera réalisé de manière progressive dans les 155 pays qui utilisent ce vaccin, en commençant par le remplacement du VPOt (qui contient les sérotypes 1, 2 et 3) au VPOb (qui ne contient que les sérotypes 1 et 3). La justification de procéder ainsi est que le poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) étant éradiqué depuis 1999, le composant de type 2 du vaccin VPOt est pratiquement responsable de tous les cas de PVDVc. C'est donc une priorité de santé publique de retirer ce composant de la circulation aussi vite que possible. À l'issue de l'éradication des souches restantes de poliovirus sauvages de type 1 et de type 3, aucun VPO ne sera plus utilisé.

Avant de passer du VPOt par le VPOb, tous les pays doivent utiliser au moins une dose de VPI. L'ajout d'une dose au moins de VPI aux calendriers de vaccination systématique réduira tout risque associé au retrait du VPO contenant le sérotype 2 en stimulant l'immunité contre le poliovirus de type 2. C'est pourquoi ce vaccin sera déployé dans 126 pays du monde jusqu'à la fin de l'année 2015.

L'association de l'introduction du VPI dans les calendriers de vaccination systématique et du remplacement du VPOt par le VPOb constitue une étape cruciale vers un monde définitivement exempt de tout cas de polio.

Questions fréquemment posées— Introduction du VPI

Pourquoi les pays doivent-ils utiliser le VPI ?

L'utilisation du VPI est un élément clé du plan de phase finale et de la préparation au niveau mondial afin de gérer les risques associés au retrait du VPO de type 2. Le plan de phase finale exige, pour la fin de l'année 2015, l'utilisation du VPI dans tous les pays qui n'utilisent que le VPO. La principale fonction du VPI sera de maintenir l'immunité contre le poliovirus de type 2 alors que l'utilisation du VPO de type 2 est stoppée dans le monde entier. De manière plus précise, le VPI doit être utilisé pour les raisons suivantes :

- Pour réduire les risques. Si le VPI n'est pas utilisé une fois que le VPO de type 2 est retiré au niveau mondial, il y aura une augmentation sans précédent du nombre d'enfants susceptibles au poliovirus de type 2. L'utilisation du VPI contribuera à maintenir l'immunité de type 2, ce qui contribuera à prévenir l'émergence de virus de type 2 au cas où ils seraient réintroduits après que le composant de type 2 ait été retiré du VPO. Ainsi, une région immunisée avec le VPI présenterait un risque moindre de réémergence ou de réintroduction des poliovirus sauvages ou des poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale.
- Pour interrompre la transmission en cas de flambées. Dans l'hypothèse où le VPO monovalent de type 2 (VPOm type 2) serait nécessaire pour contrôler une flambée, les niveaux d'immunité requis pour arrêter la transmission seraient plus faciles à atteindre en utilisant le VPOm de type 2 dans une population vaccinée avec le VPI qu'en utilisant le VPOm de type 2 dans une population non vaccinée. L'utilisation du VPI

maintenant pourrait ainsi faciliter le contrôle de flambées à venir.

Un exposé de la position de l'OMS sur les vaccins antipoliomyéliques, publié en février 2014, est disponible en ligne à l'adresse : <http://www.who.int/wer/2014/wer8909.pdf>

Le VPI est-il sûr ?

Oui, le VPI est considéré comme très sûr, qu'il soit administré seul ou en combinaison avec d'autres vaccins. Il protège les enfants contre les trois souches de poliovirus et, en utilisation associée à celle du VPO, peut stimuler l'immunité. Le VPI peut être administré à des prématurés (c.-à-d. grossesse de moins de 37 semaines), à l'âge recommandé et parallèlement aux autres vaccins systématiques.

Existe-t-il des effets secondaires possibles ?

Aucun effet secondaire grave n'a été notifié à la suite d'une vaccination avec le VPI, qu'il soit utilisé seul ou combiné à d'autres vaccins. Des réactions locales mineures, comme une rougeur ou une sensibilité, peuvent survenir à l'issue de la vaccination avec le VPI.

Le VPI peut-il être administré en même temps que d'autres injections au cours de la même consultation ?

De nombreuses années de surveillance, dans de nombreux pays, d'enfants ayant reçu de multiples injections lors de la même consultation ont démontré que recevoir de multiples injections en une seule fois est sûr. Au niveau mondial, la plupart des pays à revenu moyen ou élevé ont appliqué en toute sécurité le principe des injections multiples pendant plus dix ans. Le vaccin VPI est efficace, qu'il soit administré seul ou en même temps que d'autres vaccinations. Par ailleurs, il est mieux pour l'enfant d'éprouver un seul bref moment d'inconfort qu'une douleur lors de deux consultations/journées séparées.

Combien de doses de VPI sont nécessaires ?

Il faut administrer aux enfants au moins une dose de VPI, en complétant avec le VPO pour respecter le calendrier vaccinal.

Après avoir reçu le VPI, les enfants devront-ils continuer à recevoir le VPO ?

Oui, après l'éradication de la polio au niveau mondial, le VPI devra être utilisé en même temps que le VPO, selon le calendrier recommandé par l'OPS/OMS.

Le VPO est extrêmement sûr et efficace pour protéger les enfants tout au long de leur vie

L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE suite de la page 4

contre la paralysie poliomyélique. Ces 10 dernières années, plus de 10 milliards de doses ont été administrées à presque trois milliards d'enfants dans le monde. Plus de 10 millions de cas de polio ont été prévenus et les cas de maladie ont été réduits de plus de 99,9 %. Le VPO est le vaccin adéquat pour atteindre l'objectif d'éradication mondiale de la polio.

Le VPO contient des poliovirus atténués. En des occasions extrêmement rares, l'utilisation du VPO peut être à l'origine de cas de PPAV et de PVDVc. C'est pourquoi l'éradication mondiale de la polio nécessitera l'arrêt de l'utilisation de tous les VPO. Il est cependant nécessaire de continuer à les utiliser jusqu'à ce que l'éradication des PVS de types 1 et 3 soit confirmée.

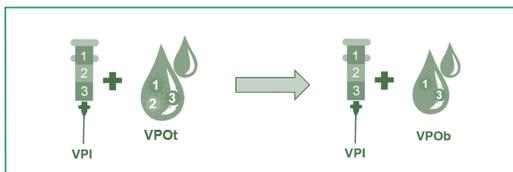
Le VPI est-il meilleur que le PVO?

Non. Chaque vaccin a ses propres atouts. L'utilisation combinée des deux vaccins offre la meilleure protection pour les populations et accélérera l'éradication des souches restantes à l'origine de la transmission de la polio dans le monde.

Allons-nous continuer d'utiliser le VPI après le retrait du VPO ?

Oui. Après l'éradication mondiale de la polio et le retrait du VPO dans le monde entier, le VPI sera le seul vaccin permettant de maintenir les taux d'immunité. Il sera probablement nécessaire de continuer à utiliser le VPI durant plusieurs années après la notification du dernier cas de polio.

Le remplacement du VPOt par le VPOb



2013, exige le retrait de tous les VPO.

Le retrait des VPO des programmes et campagnes de vaccination systématique doit être réalisé graduellement pour réduire au minimum le risque de nouveaux cas de polio. La première étape de ce retrait est le remplacement du VPOt, qui contient des antigènes de poliovirus des types 1, 2, et 3, au VPOb qui ne contient que les types 1 et 3. L'utilisation du VPOt a conduit à l'éradication du PVS2, le dernier cas ayant été détecté en 1999, et nous a permis de nous rapprocher de notre objectif d'éradication mondiale.

Le remplacement du VPOt par le VPOb est prévu, pour le monde entier, en avril 2016. Avant ce remplacement, les fabricants cesseront la production de VPOt. La fourniture de VPOt étant terminée, nous utiliserons le VPOb. Aucun VPOt ne sera offert après le remplacement.

Ce remplacement d'un vaccin à l'autre doit aussi être un processus coordonné au plan mondial. Toute utilisation de VPOt après avril 2016 peut compromettre l'éradication de la polio, car elle risque de produire des PVDVc à partir du composant vaccinal de type 2.

Pour se préparer au remplacement en avril 2016, il est impératif que tous les pays utilisant le VPO commencent à planifier ce remplacement durant les deux premiers trimestres 2015 et finalisent pour septembre 2015 un plan national du remplacement prévoyant des crédits suffisants pour le financer. La planification en temps voulu et la mise en œuvre d'un plan de substitution augmenteront la probabilité d'un retrait et d'une élimination efficaces du VPOt, diminueront le gaspillage de VPOt et garantiront un monde libéré des PVDVc de type 2.

Des directives de mise en œuvre pour ce remplacement sont offertes en anglais, en espagnol et en français à l'adresse : www.paho.org/polio.

La liste ci-dessous établit les étapes clés, placées sous la responsabilité de chaque pays, de ce remplacement mondial du VPOt par le VPOb :

- 1. Fixer une date nationale de remplacement :** les décideurs doivent fixer une date de remplacement entre le 17 avril 2016 et le 1^{er} mai 2016. À la date choisie, le VPOt sera retiré de tous les établissements, acheminé pour être correctement éliminé et remplacé par le VPOb.
- 2. Organiser des structures de gestion :** les pays sont encouragés à mettre sur pied des comités de coordination du remplacement avant la mi-2015 aux niveaux nationaux et infranationaux. Ces comités ont la responsabilité d'élaborer le plan de substitution et d'en surveiller la mise en œuvre.
- 3. Élaborer le plan du remplacement :** tous les pays utilisant le VPO doivent avoir élaboré ce plan de substitution à la fin du deuxième trimestre 2015 et finaliser un plan national de substitution pour septembre 2015 en utilisant le modèle recommandé, ce qui laisse 10 mois environ pour préparer et mettre en œuvre les actions correspondantes.
- 4. Se préparer au remplacement :** on s'attend à ce que les pays mettent en œuvre leur plan national du remplacement, aient fini la formation et aient largement distribué le VPOb et retiré et éliminé le VPOt, selon les échéances fixées dans leur plan.
- 5. Mettre en œuvre le remplacement :** tous les pays doivent arrêter d'utiliser le VPOt et en détruire les stocks restants après le jour désigné pour le remplacement en avril 2016, pour éviter la réémergence de PVDVc de type 2. La poursuite de l'utilisation du VPOt après avril 2016 pourrait menacer ou reporter l'éradication mondiale de la polio.
- 6. Confirmer l'absence de VPOt :** pendant les deux semaines suivant la date du remplacement, les pays doivent confirmer que leurs établissements ne possèdent plus de VPOt et qu'ils ont éliminé ces vaccins en utilisant les méthodes adéquates.
- 7. Confirmer la substitution au plan national :** une évaluation indépendante du remplacement sera nécessaire. Des directives sur cette évaluation indépendante seront communiquées aux pays en novembre 2015.

En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) a déclaré que l'éradication du poliovirus était « une urgence programmatique de santé publique mondiale » et demandé au Directeur général de l'OMS d'élaborer une stratégie détaillée de phase finale contre la poliomyélite. Le Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, adopté par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier



L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE suite de la page 5

Première réunion de la Commission régionale de certification pour la Phase finale contre la poliomyélite dans la Région des Amériques

Pour satisfaire aux recommandations énoncées dans le Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, l'OPS a réuni une Commission régionale de certification (RCC) pour la phase finale de lutte contre la poliomyélite dans la Région des Amériques.

La RCC a tenu sa première réunion les 11 et 12 juin 2015 au siège de l'OPS, à Washington D.C. Les principales ambitions de cette réunion étaient de passer en revue les objectifs de la Phase finale et de contextualiser aux plans régional et national la mise en œuvre de ses exigences.

La RCC aura la responsabilité de certifier que la Région des Amériques a répondu aux exigences nécessaires à la Phase finale. Le rôle de la RCC est d'établir que les quatre principaux objectifs de la Phase finale dans les Amériques ont été remplis.

La RCC aura le soutien des Commissions nationales de certification indépendantes (NCC), qui elles-mêmes établiront, vérifieront et présenteront la documentation nationale nécessaire.



Membres de la RCC, de gauche à droite : Dr Jose Luis Diaz-Ortega, Dr Mark A Pallansch, Dr Arlene King, Présidente de la RCC, Mr Henry Smith, Dr Angela Gentile et Dr Carlos Godoy Artega. Crédit photo : Elizabeth Thrush, OPS.

Documents de référence complémentaires pour le VPI introduction et le remplacement

Une variété de ressources documentaires sur l'introduction du VPI et le remplacement du VPOt par le VPOb a été développée pour aider les pays des Amériques.

Introduction du VPI

Tous ces documents se trouvent sur la page Vaccination du site internet de l'OPS : www.paho.org/immunization/IntrolPV

- Documents techniques
 - Guide pratique : introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé (IPV)
 - Note d'information sur l'introduction du VPI, le retrait du VPO et le renforcement de la vaccination systématique (en anglais)
 - Contexte et éléments techniques justifiant l'introduction d'une dose de vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans le calendrier de vaccination systématique
- Documents de formation
 - Modules de formation concernant le VPI
 - ◆ **Module 1** : Présentation des fondements de l'éradication de la poliomyélite et du vaccin antipoliomyélique inactivé
 - ◆ **Module 2** : Caractéristiques du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) et consignes de conservation
 - ◆ **Module 3** : Calendrier d'administration, indications et contre-indications du vaccin antipoliomyélique inactivé
 - ◆ **Module 4** : Administration du vaccin antipoliomyélique inactivé
 - ◆ **Module 5** : Enregistrement de l'administration du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI)
 - ◆ **Module 6** : Surveillance des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI)
 - ◆ **Module 7** : Communication avec les parents et aidants et avec le personnel soignant sur le VPI et les injections multiples
 - Acceptabilité et sécurité des injections multiples
 - Questions fréquemment posées sur l'introduction du VPI (en anglais)
- Documents de communication
 - Orientations pour la gestion de la communication sociale dans les situations de crise : Soutien aux pays se préparant à des situations imprévues
 - Dossier de presse : Préparation à l'introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI)

Remplacement du VPOt par le VPOb

Tous ces documents se trouvent sur la page Vaccination du site internet de l'OPS : www.paho.org/immunization/PolioSwitch.

- Documents techniques
 - Remplacement du VPOt par le VPOb – Directives de mise en œuvre
 - Protocole de notification, d'évaluation du risque et de réponse à une détection de poliovirus de type 2 postérieure à l'arrêt coordonné au plan mondial du vaccin antipoliomyélique oral contenant le sérotype 2 (en anglais)
 - Notification et classification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale
 - Se préparer à le remplacement : présentation | Vidéo (en anglais)
 - OMS – Exemple de budget pour les activités du remplacement
 - Contrôle du remplacement du VPOt par le VPOb
 - Kit sur la gestion de stock et la logistique
- Documents de formation
 - Module de formation pour les agents de santé sur le remplacement du VPO trivalent au VPO bivalent
 - Aide-mémoire pour le remplacement du VPO trivalent au VPO bivalent
- Documents de communication
 - Introduction au remplacement du VPO trivalent au VPO bivalent
 - Guide sur la planification de la communication concernant le remplacement du VPO
 - Guide des enjeux et guide de la communication
- Questions fréquemment posées
 - Questions fréquemment posées sur préparation du retrait de tous les vaccins antipoliomyéliques oraux (VPO) : remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent ■

Données de surveillance sur la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale. Classement définitif, 2014

Pays	Nombre total de cas présumés de rougeole ou de rubéole notifiés	Rougeole confirmée ^(a)			Rubéole confirmée ^(a)			Syndrome de rubéole congénitale	
		Clinique	Laboratoire	Total	Clinique	Laboratoire	Total	Présumés	Confirmé
Anguilla	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentine	484	0	1	1	0	2	2	125	0
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	33	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélize	68	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermudes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BES**	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	157	0	0	0	0	0	0	0	0
Brésil*	6350	91	598	689	0	1	1	67	0
Canada	...	...	418	418	...	1	1	...	...
Chili	268	0	0	0	0	0	0	46	0
Colombie	2818	0	0	0	0	0	0	437	0
Costa Rica	44	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	1151	0	0	0	0	0	0	0	0
Curaçao	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominique	1	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	496	0	0	0	0	0	0	0	0
Équateur	...	...	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	667	667	...	4	4	...	...
Grenade	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guatemala	243	0	0	0	0	0	0	6	0
Guyana	54	0	0	0	0	0	0	10	0
Guyane	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haïti	123	0	0	0	0	0	0	22	0
Honduras	288	0	0	0	0	0	0	11	0
Îles Caïmans	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges Américaines	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Vierges Britanniques	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	236	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Mexique	4925	0	3	3	0	0	0	0	0
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	144	0	0	0	0	0	0	22	0
Panama	216	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	337	0	0	0	0	0	0	4	0
Pérou	423	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	61	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint Martin***	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sainte-Lucie	1	0	0	0	0	0	0	3	0
Saint-Kitts-et-Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	90	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinité-et-Tobago	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	758	0	0	0	0	0	0	6	0
Total	19789	91	1687	1778	0	8	8	760	0

...pas de données ont été fournies. *Données provisoires jusqu'à la semaine épidémiologique 53 à 2014.**Bonaire, Saint-Eustache et Saba. ***partie néerlandaise.

(a) Importés ou liés à l'importation.

Source: ISIS, MESS et rapport des pays.

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 2 • Juin 2015

Éditeur : Hannah Kurtis

Éditeurs-adjoints : Cuauhtémoc Ruiz Matus et Octavia Silva

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2015
Tous droits réservés.



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



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

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>

In Memoriam : Ana Betty Higuera Pérez

Le programme élargi de vaccination (PEV), en Colombie et dans les Amériques, a perdu une vraie héroïne : une de ces personnes souvent anonymes qui, par leur passion et leur engagement, ont sauvé les vies de milliers d'enfants et contribué au succès du PEV en Amérique latine. Ana Betty Higuera Pérez est décédée le 19 avril 2015, à l'issue d'un difficile combat contre le cancer du sein. Elle n'avait que 48 ans.

Ana Betty a obtenu son diplôme d'infirmière à l'Université nationale de Colombie et son diplôme d'épidémiologiste à l'Université d'Antioche. En début de carrière, elle a travaillé comme infirmière pour Médecins sans frontières, puis dans l'unité de soins de base « La Candelaria », ainsi qu'au Département sanitaire du district de Bogota, où elle œuvrait comme coordinatrice du PEV. Ana Betty a rejoint plus tard l'Institut national de santé comme membre du PEV, où elle a participé aux recherches de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour évaluer l'impact de la vaccination contre *Haemophilus influenzae* de type b. Ana Betty est aussi intervenue comme formatrice sur le thème de l'innocuité vaccinale dans plusieurs pays d'Amérique latine. Ces dernières années, elle a exercé les fonctions de professionnelle spécialisée du PEV pour le Ministère colombien de la Santé.



Ana Betty Higuera Pérez.
Crédit photo : Nohora Higuera.

Ana Betty avait dédié sa vie au PEV, du niveau local au niveau national, et se distinguait par ses grandes connaissances sur tous les problèmes liés à la vaccination. Elle a mené de nombreuses campagnes vaccinales, délivré des formations et fait prendre conscience des avantages d'une vaccination précoce pour prévenir des maladies graves. Épidémiologiste engagée, elle était critique et exigeante dans son exercice professionnel, mais aussi toujours disposée à

partager son savoir avec ses collègues de travail et son entourage.

Mme Higuera se démarquait par sa franchise avec tous ceux qui lui étaient liés. Elle exprimait ouvertement ce qu'elle pensait et semblait avoir peu de doutes. C'était une femme sereine qui savait présenter sa vérité avec courage ; elle savait aussi communiquer de la joie et la transmettre à tous ceux qui passaient du temps avec elle. Les conversations avec Ana Betty ne manquaient jamais d'une expression ou d'une phrase amicale pour remonter le moral de quiconque faisait équipe avec elle durant les longs quarts de travail, ni d'un détail pour adoucir un moment partagé.

La famille du PEV latino-américain est aujourd'hui submergée par une immense tristesse et nos cœurs sont lourds de la disparition d'une femme passionnée par la vaccination, et d'une admirable collègue de travail. Nous conserverons dans notre souvenir les merveilleux moments partagés avec elle et nous tournons nos pensées vers les millions d'enfants qui bénéficieront de son immense contribution. ■

Avec la contribution de : Patricia Arce, Dr Yenny Neira et la famille d'Ana Betty Higuera Pérez.