

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVIII Numéro 2

Protégez votre Famille par la Vaccination

Juin 2016



Préparation et suites du remplacement de vaccin antipoliomyélitique en Colombie

En février 2015, tous les départements et districts en Colombie ont été informés des engagements existants au niveau international pour l'éradication mondiale de la polio et la phase finale 2013-2018. Cette démarche a marqué le début des préparations concernant le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) dans le pays, effectué avec succès le 1^{er} mai 2016.

En appui à ce processus, on a élaboré en juillet 2015 le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, Colombie 2015* et on l'a envoyé aux départements, aux districts et aux centres de santé (appelés Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud [IPS] en Colombie) en août 2015. Le document stipulait que dans chaque centre de santé ou point de service de vaccination, des citoyens devaient superviser le remplacement de vaccin. Les lignes directrices du document comprenaient aussi diverses annexes et divers formulaires connexes, qui devaient être signés notamment par des représentants municipaux, des responsables locaux, des inspecteurs de police, des shérifs, des inspecteurs sanitaires et des gouverneurs indigènes.

En octobre 2015, on a réalisé un inventaire des stocks de doses de VPOt dans tous les centres de santé où on administre des vaccins, y compris les points de services de vaccination extérieurs, privés ou destinés aux nouveau-nés. En outre, on a recueilli des informations sur la façon dont les déchets dangereux sont détruits dans chaque point de services de vaccination. En recueillant ces données, on a pu cerner des faiblesses quant à la façon dont les points de services de vaccination, surtout ruraux et dispersés, géraient et entreposaient leurs déchets. Cette information a aussi aidé à définir la nécessité d'autoriser les territoires éloignés ou ruraux à détruire le VPOt par un procédé de désactivation, ce qui permet une destruction du VPOt en temps opportun conforme à l'échéancier autorisé du Ministère.

Deux réunions nationales du Programme élargi de vaccination (PEV) de la Colombie ont été tenues, en août et en novembre 2015. Le document national a été distribué lors de ces réunions, ce qui a préparé les responsables du PEV des départements, des districts et des capitales au passage au nouveau



Une fille est l'une des premières personnes à recevoir le VPOb dans un centre de santé de Chía (Cundinamarca) en Colombie. Photo : Elizabeth Thrush, OPS/OMS.

Voir **REMPACEMENT DE VACCIN** page 2

DANS CE NUMÉRO

- 1 Préparation et suites du remplacement de vaccin antipoliomyélitique en Colombie
- 1 XXIVe réunion ad hoc du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS
- 3 Situation mondiale des réserves de VPI : comment gérer les stocks limités de VPI et faire face à des ruptures de stock potentielles
- 5 Réunion régionale sur les registres électroniques de vaccination
- 5 Atelier régional sur la surveillance sentinelle relative à la pneumonie bactérienne, à la méningite bactérienne et au rotavirus us
- 6 L'initiative ProVac de l'OPS présente de nouveaux outils lors d'un atelier de formation régional
- 7 Documenter les progrès réalisés et les lacunes restantes concernant la prise de décision en matière de vaccination
- 8 COLONNE: Ce que j'ai appris... Par le Dr Ida Berenice Molina

XXIVe réunion ad hoc du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS

La XXIVe réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue sous la forme d'une réunion ad hoc virtuelle d'urgence le 13 mai 2016 à Washington, D.C. La réunion avait pour objectifs de solliciter auprès des membres du GCT des recommandations sur la manière de répondre à la pénurie mondiale potentielle de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), ainsi que sur l'usage du vaccin contre la dengue pour les programmes de vaccination systématique et la faisabilité de l'élimination de l'hépatite B périnatale dans la Région des Amériques.¹

Le Dr Cuauhtemoc Ruiz Matus, chef de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS, a ouvert la réunion en souhaitant la bienvenue aux membres du GCT et aux membres du personnel présents ; il a ensuite confié la direction de la réunion au président du GCT, le Dr Peter Figueroa. Le Dr Figueroa a affirmé que la pénurie mondiale de VPI avait été la raison principale de convoquer cette réunion, puisqu'il s'agissait d'une question urgente sur laquelle il fallait prendre des mesures efficaces dans la Région. En plus des autres objectifs de la réunion mentionnés ci-dessus, on a aussi présenté brièvement les informations les plus récentes sur la situation actuelle relative à la fièvre jaune au niveau mondial et régional, ainsi qu'une actualisation du mandat du GCT à l'intention de ses membres.

Bien que des réunions virtuelles à caractère technique eussent été menées avec succès dans le passé, c'était la première fois que le GCT se réunissait de manière virtuelle. Les membres du GCT ont reconnu la polyvalence de ce type de séance du GCT. Dans l'avenir, le GCT tiendra de nouveau des réunions ad hoc virtuelles, en particulier si une autre question devant être discutée de manière urgente est portée à son attention.

¹ Le texte sur la pénurie de VPI était emprunté au rapport final de la réunion ad hoc 2016 du GCT, et réimprimé dans le présent numéro du Bulletin d'immunisation à la page 3. On peut se procurer en ligne le rapport complet à l'adresse www.paho.org/immunization/TAG-Reports.

REPLACEMENT DE VACCIN suite de la page 1

vaccin. En raison d'un remplacement d'autorités administratives au niveau des territoires des départements, des districts et des municipalités, on a informé de nouveau, en février 2016, tous les départements et districts des engagements figurant au plan mondial d'éradication de la polio.

Le 1er avril 2016, on a élaboré un guide à l'intention des centres de santé des régions rurales dispersées situées dans sept départements, où on a autorisé la désactivation du VPOt par le moyen d'un chaudron de stérilisation, suivie de l'élimination finale des déchets non dangereux dans des lieux autorisés à cet usage par la norme en vigueur. Cette disposition a été prise pour assurer la conformité au calendrier établi par le ministère de la Santé, puisque le VPOt n'aurait pas pu atteindre la capitale à temps afin d'y être détruit entre le 1er et le 6 mai.

On a mené des visites d'assistance technique entre février et avril 2016 dans les départements et les districts, où on a appliqué des listes de contrôle pour confirmer que les activités préparatoires demandées avaient bien été réalisées. Un autre élément de la préparation au remplacement de vaccin fut un dialogue avec l'Institut national de surveillance des médicaments et des aliments (INVIMA) en tant qu'autorité réglementaire nationale (ARN).

La dernière vidéoconférence impliquant l'ensemble des départements et des districts a été tenue le 29 avril 2016 afin d'offrir des clarifications et des suggestions finales pour que les activités de remplacement de vaccin, le 30 avril (retrait du VPOt de la chaîne du froid de 2910 centres de santé) et le 1er mai (disponibilité du VPOb confirmée dans 100 % des centres de santé), soient couronnées de succès.

Chaque département et chaque district a réalisé le processus de collecte et de destruction des doses de VPOt afin de se conformer aux échéanciers établis au niveau national, en vérifiant que le vaccin avait bien été collecté et livré à des sociétés de gestion des déchets dangereux. Au niveau national, 118 sociétés de gestion des déchets hospitaliers au total ont participé au processus et ont délivré les certificats de destruction respectifs pour 444 903 doses de VPOt.

Le processus de vérification du remplacement de vaccin a débuté le 1er mai dans tout le territoire national. Il a été dirigé par le ministère de la Santé et de la Protection sociale (MSPS) et appuyé par l'INVIMA en tant qu'ARN, avec un soutien additionnel fourni à la fois par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et par

l'Organisation internationale pour les migrations (OIM).

La supervision du remplacement de vaccin a eu lieu dans tous les départements et districts. Au total, 2910 centres de santé ainsi que 160 centres de collecte et chambres froides ont été vérifiés. La plupart des départements et des districts ont été visités entre la première et la deuxième semaine de mai, pour confirmer que l'ensemble du processus avait été adéquatement appuyé. Le VPOt était absent à tous les niveaux de la chaîne du froid nationale ; en outre, aussi bien le VPOb que le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) étaient disponibles dans 100 % des points de services de vaccination.

L'ampleur de la mobilisation et de la participation nationale durant le processus est évidente : 12 825 personnes du secteur de la santé et d'autres secteurs y ont travaillé, un élément essentiel au succès du remplacement de vaccin réalisé en Colombie le 1er mai 2016.

Le remplacement de vaccin en Colombie a impliqué un investissement total de 3 226 493 203,00 pesos colombiens (US\$ 1 116 173,06), coût assumé par les municipalités, les départements, les districts et les autorités nationales. Ce total n'inclut pas le coût des vaccins détruits.

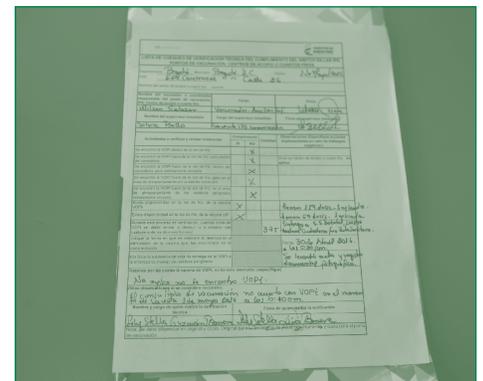
Le passage du VPOt au VPOb en Colombie s'est fait dans le cadre d'un remplacement de vaccin coordonné au niveau mondial et s'étendant sur deux semaines du 17 Avril à 1 mai 2016. Cet événement a coïncidé avec la Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA), une initiative régionale qui a eu lieu du 23 au 30 avril 2016.

Principales leçons tirées de l'expérience colombienne :

- La coordination du travail avec tous les acteurs du système au niveau des départements, des districts et des municipalités a contribué à l'atteinte des objectifs relatifs au remplacement de vaccin, ainsi que le fait de pouvoir compter sur 100 % des informations exigées de toutes les entités territoriales.
- Les formations portant sur le remplacement de vaccin effectuées de manière unifiée et en temps opportun partout au pays ont facilité le processus.
- L'échéancier établi par le Ministère a facilité la synchronisation du travail partout au pays.
- Le processus de remplacement de vaccin a aidé à cerner les domaines à améliorer quant à la gestion intégrale des déchets hospitaliers dangereux.



Tous les flacons de VPOb ont été étiquetés afin qu'ils ne soient utilisés qu'à partir du 1er mai 2016. Photo : Harold Ruiz, OPS/OMS.



Après le remplacement de vaccin, chaque centre de santé qui administre des vaccins a dû remplir et signer une liste de contrôle confirmant ce remplacement, liste signée aussi bien par le superviseur du centre de santé que par la personne ayant surveillé le remplacement. Photo : Elizabeth Thrush, OPS/OMS.



Les doses de VPOt ont été collectées, étiquetées et envoyées pour être détruites en toute sécurité le 30 avril 2016. Photo : Elizabeth Thrush, OPS/OMS.

- Le lien entre le secteur communautaire et les autres secteurs a favorisé le développement du pouvoir d'agir des communautés en tant que témoins du processus, ce qui a été crucial pour la réussite du remplacement de vaccin.
- La surveillance constante effectuée par le Ministère a facilité le contrôle de l'information en temps opportun et la réalisation des activités

GCT 2016 suite de la page 1

L'article suivant est adapté du rapport final de la XXIVe réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS.

Situation mondiale des réserves de VPI : comment gérer les stocks limités de VPI et faire face à des ruptures de stock potentielles

Contexte

En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé déclarait que le fait d'achever l'éradication de la polio représentait une « urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». Le 25 janvier 2013, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) approuvait les cibles, les buts et les échéances du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, qui cherche à la fois à éradiquer le poliovirus sauvage et à éliminer le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV). Les objectifs principaux de ce Plan stratégique sont les suivants : détecter et interrompre la transmission du poliovirus, renforcer les programmes de vaccination et retirer le vaccin antipoliomyélique oral, en commençant par le retrait de la composante 2 par le passage du vaccin trivalent (sérotypes 1, 2 et 3) au vaccin bivalent (sérotypes 1 et 3), contenir le poliovirus et certifier l'interruption de la transmission de celui-ci, ainsi que planifier l'usage qui sera fait de l'héritage de la lutte contre la poliomyélite.

Pour le passage coordonné au niveau mondial du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), l'OMS a recommandé que tous les pays qui n'utilisaient que le vaccin antipoliomyélique oral (VPO) introduisent au moins une dose du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans leur programme de vaccination systématique, afin que les nouvelles cohortes de nouveau-nés aient une certaine protection contre le poliovirus de type 2, sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale.

En avril 2014, le GCT a recommandé que les pays envisagent d'adopter un calendrier séquentiel. Idéalement, les pays devraient envisager d'administrer deux doses de VPI suivies de deux doses de VPO. Toutefois, si un pays envisage de n'administrer qu'une dose de VPI, cette dose devrait être administrée avec la première dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, et suivie de trois doses de VPO.

En raison des réserves très limitées de VPI, et afin de veiller à ce que tous les pays de la Région aient accès au VPI avant le remplacement de vaccin, l'OPS a conclu une entente avec les pays qui participent au Fonds renouvelable afin qu'ils introduisent une seule dose de VPI, de préférence lors du second semestre de 2015, dans le cadre d'un calendrier comprenant une dose de VPI suivie de trois ou quatre doses de VPO, jusqu'à ce que les réserves de VPI suffisent à répondre à la véritable demande provenant de tous les pays. Néanmoins, l'approvisionnement mondial en VPI reste insuffisant et tardif ; on s'attend en fait à ce que la disponibilité du VPI demeure restreinte

jusqu'à la fin de 2017.

En octobre 2015, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'Organisation mondiale de la Santé (SAGE) a réaffirmé que le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélique oral (VPO2) devrait avoir lieu en avril 2016, même dans les pays où l'introduction du VPI serait retardée, parce que les risques pour la santé publique associés au maintien de l'usage de la composante de type 2 présente dans le VPOt dépassent de beaucoup le risque qu'apparaisse un nouveau poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDV2) après la fin de l'usage du VPO2. Les réserves de VPOb suffisent à répondre à la demande mondiale.

Risque de l'apparition d'un PVDV

Selon les modèles mathématiques considérés, on s'attend à ce qu'au moins une ou deux flambées de poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc) de type 2 se produisent au cours des 12 mois suivant le remplacement de vaccin : le Pakistan constitue une région à haut risque. Le risque est à son maximum durant la première année et décline par la suite. Toutefois, les conséquences devraient être plus importantes à mesure que s'allonge l'intervalle entre le remplacement de vaccin et l'apparition du PVDV, en particulier dans les régions où la couverture du VPI n'est pas égale ou supérieure à 95 %.

Il est important de souligner que le VPI joue un rôle limité pour ce qui est de prévenir l'apparition du PVDV2. La principale valeur du VPI est de limiter autant que possible les cas de maladies paralytiques dues à tout poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) ou au PVDV2 après le remplacement de vaccin. Toutefois, si une flambée de PVDV2 se produisait après ce remplacement, elle serait rapidement tenue en échec grâce au vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 (VPOm2), puisque la population aurait déjà reçu au moins une dose de VPI et bénéficierait donc d'une certaine immunité.

Situation des réserves mondiales de VPI

Le degré d'engagement de la part des pays pour ce qui est de se conformer à l'échéancier relatif à l'introduction du VPI a été exceptionnel. Des 126 introductions planifiées au niveau mondial, 104 pays avaient introduit le VPI en juin 2016 et deux autres l'introduiront en août 2016². Dans les Amériques, les 32 pays qui auparavant n'utilisaient que le VPO ont déjà introduit le VPI dans leur calendrier de vaccination systématique. Malheureusement, le processus d'accroissement rapide de la production de VPI que cette introduction a exigé s'est heurté à de nombreux obstacles, ce qui a provoqué une pénurie mondiale. En raison des restrictions

actuelles, environ 20 pays d'autres régions de l'OMS (AFRO, EMRO, EURO et WPRO), qui n'ont pas déjà reçu leur premier envoi de VPI par l'entremise du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et qui sont considérés comme présentant un risque faible de flambées de type 2 causées par des PVDVc, ne pourront pas introduire le VPI en 2016. Ces pays devraient recevoir leurs premiers envois de VPI durant le quatrième trimestre de 2017. En outre, environ 25 pays des régions AFRO, EMRO, SEARO et WPRO qui ont déjà introduit le VPI et sont considérés comme présentant un risque faible de flambées de type 2 ne recevront pas d'autres réserves avant le quatrième trimestre de 2017.

Dernières informations sur les réserves de VPI dans la Région des Amériques

Actuellement, le Fonds renouvelable fournit le VPI par l'entremise d'un seul fabricant, Bilthoven Biologicals aux Pays-Bas. Ce fournisseur a réduit les quantités offertes au Fonds renouvelable en raison de problèmes de production survenus en 2016. De plus, les livraisons programmées ont été retardées. On prévoit que les premières livraisons pour 2016 n'auront lieu qu'à partir de septembre 2016 ; en outre, on espère qu'un nombre de commandes en cours pour 2015, pour un total de 1,4 million de doses, seront livrées d'ici la fin août 2016.

Le seul autre fabricant possible de VPI n'a pas accepté les conditions fixées par le Fonds renouvelable et a commencé à réduire progressivement le nombre de doses de ce vaccin qu'il fournit à l'UNICEF. Le Fonds renouvelable a accepté une petite mise à disposition de doses en seringues préremplies pour deux pays afin de diminuer le décalage qui existe en matière d'approvisionnement. Aucune autre source de ce vaccin n'existe au niveau mondial.

Perspectives en matière d'approvisionnement

Le Fonds renouvelable collabore étroitement avec le fabricant pour se tenir informé quant à tout autre contretemps éventuel. Il a également commencé à adapter les plans relatifs à la répartition et à la livraison du VPI, en accordant la priorité aux pays dont les besoins sont les plus grands en vue d'éviter les ruptures de stock. En dépit de ces efforts, un pays connaît actuellement une rupture de stock et cinq autres pourraient connaître la même situation si le rendement du fabricant continue de se détériorer. Au vu de ces problèmes de production, la Région doit se préparer à faire face à des ruptures de stock dans les pays, allant de quelques semaines à plusieurs mois. Ce risque persistera jusqu'à la fin de 2017, jusqu'à ce que des capacités de production additionnelles se matérialisent.

Calendrier de doses fractionnées

² Le nombre de pays a été mis à jour pour tenir compte des progrès accomplis depuis la réunion du GCT de mai 2016.

GCT 2016 suite de la page 3

Il existe des preuves scientifiques croissantes concernant l'innocuité et l'immunogénicité de l'administration intradermique de doses fractionnées de VPI (VPIf) ; celle-ci correspond à 0,1 ml ou au cinquième d'une dose intramusculaire entière. Des études ont été menées sur l'administration intradermique de doses de VPIf en tant que primovaccination dans le cadre du calendrier de vaccination systématique ainsi que pour les doses de rappel.

En mars 2016, l'OMS a mis à jour sa note de synthèse sur la polio, qui inclut une recommandation préconisant de faire face à la pénurie mondiale de VPI. On y recommande ce qui suit : « En tant

qu'alternative à l'injection intramusculaire d'une dose complète de VPI, les pays peuvent envisager l'administration de doses fractionnées (1/5 de la dose complète de VPI) par voie intradermique, mais le coût programmatique et les implications logistiques de cette option devront aussi être examinés. » Le SAGE a confirmé, en mars 2016, que le calendrier proposé de deux doses intradermiques de VPIf peut conférer une immunité égale ou supérieure à celle que confère la dose entière recommandée par le calendrier actuel.

Nous le répétons : le SAGE a confirmé que le calendrier proposé de deux doses intradermiques de VPIf peut conférer une immunité égale ou supérieure

à celle que confère la dose entière recommandée par le calendrier actuel.

Bien que l'usage du VPOm soit la pierre angulaire de la réponse à une flambée épidémique, il existe des recommandations particulières quant à l'usage du VPIf par voie intradermique durant une flambée. En janvier 2016, le SAGE a recommandé de se servir du VPIf intradermique dans la réponse aux flambées. Le groupe de travail a réitéré cette recommandation en mars 2016, ajoutant que le VPI fractionné procure une bonne séroconversion chez les nourrissons naîfs, prévient la paralysie et stimule l'immunité humorale chez les enfants ayant déjà reçu le VPO.

Le GCT réitère ses inquiétudes concernant l'insuffisance

Recommandations du GCT

des réserves mondiales de VPI, et reconnaît que le Fonds renouvelable et l'Unité d'immunisation intégrale de la famille surveillent de près la situation et ajustent les calendriers de livraison du VPI afin d'éviter les ruptures de stock dans la Région.

En raison du déficit général de VPI à l'échelle mondiale, lequel se poursuivra jusqu'à la fin de 2017, le GCT formule les recommandations suivantes à l'intention des pays de la Région :

1. Réduisez le gaspillage du VPI

- Veillez à ce qu'on adhère strictement au calendrier de vaccination, en administrant le VPI uniquement aux enfants qui ont eu deux mois après la date de l'introduction officielle du VPI dans le pays.
- Mettez intégralement en œuvre la politique de l'OMS relative aux flacons ouverts, laquelle permet de se servir des flacons ouverts de VPI sur une période pouvant aller jusqu'à 28 jours, du moment que l'on satisfait aux critères définis mentionnés dans la politique de l'OMS sur l'usage des flacons de vaccins multidoses entamés. Cette politique est disponible en ligne à l'adresse <http://bit.ly/2d54Eu4>.
- Afin de réduire les pertes de vaccins, évitez d'utiliser le VPI lors d'activités extérieures, si possible ; accordez la priorité aux stratégies de vaccination qui se déroulent dans des postes de vaccination fixes ou mobiles.
- Surveillez de près les réserves de VPI dans le pays, pour faire en sorte que tous les services soient approvisionnés et que l'on décèle tous les points de service possibles où pourraient se produire des pertes excessives de vaccin, afin de formuler des recommandations appropriées.

2. Préparez-vous à répondre à des pénuries éventuelles de VPI

- Tous les agents de santé devraient non seulement être informés de la possibilité d'une pénurie de VPI, mais aussi préparés à répondre à cette éventualité.
- En l'absence de VPI devant être administré comme première dose de la vaccination antipoliomyélitique, les enfants devraient recevoir le VPOb comme première dose du calendrier. Dans ce cas, on devrait administrer le VPI lors du premier contact en tant que deuxième dose, troisième dose ou injection de rappel prévue au calendrier, en respectant toujours l'intervalle minimum de quatre semaines entre les doses de vaccins antipoliomyélitiques

- En raison du caractère unique de cette recommandation, il faut informer tous les vaccinateurs de l'importance de noter explicitement quel vaccin a été utilisé, aussi bien dans le registre national que sur la carte de vaccination de l'enfant. Ainsi, on verra clairement si l'enfant a déjà reçu une dose de VPI ou si cette dose doit être reçue lors de la prochaine visite.

3. Préparez-vous à répondre aux flambées de polio

- Tous les pays devraient réexaminer leurs plans de réponse aux flambées de polio, en tenant compte des lignes directrices présentées dans les documents publiés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite le 20 avril 2016 :
 - Procédure opérationnelle normalisée en matière de réponse aux événements et aux flambées relatifs au poliovirus (première partie : procédure opérationnelle normalisée générale, deuxième partie : protocole spécifique pour le poliovirus de type 2, disponibles à l'adresse <http://bit.ly/2dA1HR4>).
- Les pays devraient s'assurer qu'ils sont en mesure de recevoir le VPOm2 à très court délai en provenance de la réserve mondiale de vaccins destinée à la réponse aux flambées. Ces envois seront effectués par l'intermédiaire de l'UNICEF.
- Il ne sera pas nécessaire de se servir du VPI pour répondre à toutes les flambées de polio de type 2. Cependant, si on estime qu'il faut avoir recours au VPI, l'OMS recommande que les pays se servent de doses intradermiques de VPIf pour qu'il y ait des stocks suffisants de vaccin en vue de servir tous les pays dans le besoin.
- Les pays devraient vérifier si leur capacité en matière de ressources humaines qualifiées leur permet de mettre en œuvre une campagne de vaccination qui emploie des doses intradermiques de VPIf. En outre, les pays devraient s'assurer qu'ils sont en mesure d'utiliser le VPI de cette façon, comme l'OMS le recommande en cas de réponse à une flambée. .

4. Évaluez votre capacité d'utiliser le VPIf par voie intradermique dans le programme systématique, si besoin est

- Actuellement, le GCT ne recommande pas que les pays amorcent un calendrier de vaccination intradermique par le VPIf, mais cette option pourrait être envisagée si la situation relative à l'approvisionnement continue de s'aggraver.
- On devrait convoquer une autre réunion du

GCT s'il se produit un remplacement dans la situation actuelle relative à l'approvisionnement en VPI qui justifie une nouvelle évaluation et de nouvelles recommandations.

- Tous les pays devraient commencer à évaluer la capacité de leurs programmes de mettre en œuvre un calendrier pour la vaccination intradermique du VPIf. Il s'agit d'évaluer la disponibilité du personnel formé qui devra administrer le vaccin par voie intradermique, la disponibilité de seringues utilisées pour le BCG (bacille de Calmette-Guérin), le coût programmatique et la faisabilité. Les pays devraient en outre évaluer si des remplacements doivent être apportés au système de registre national.
- La recommandation relative à la vaccination intradermique du VPIf se fonde sur des preuves scientifiques, mais ne figure pas sur la notice incluse avec les vaccins ; par conséquent, les pays devraient s'assurer qu'ils peuvent administrer le VPIf par voie intradermique en l'absence d'indications.

5. Renforcez la surveillance

- Le GCT réitère qu'en raison du risque d'apparition de PVDVc de type 2 durant la période suivant le remplacement de vaccin, tous les pays doivent maintenir des systèmes de surveillance sensibles afin de détecter et d'interrompre rapidement tout poliovirus circulant de type 2.
- Les pays devraient s'efforcer de respecter les indicateurs suivants concernant la qualité de la surveillance relative à la paralysie flasque aiguë (PFA) :
 - 1 cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans,
 - > 80 % des cas accompagnés d'échantillons adéquats,
 - > 80 % des cas examinés dans un délai de 48 heures ou moins. ■

Réunions et ateliers au Costa Rica

Réunion régionale sur les registres électroniques de vaccination

La troisième réunion de la Région des Amériques visant à mettre en commun les enseignements tirés de la planification, de la conception et de la mise en œuvre des registres électroniques de vaccination (REV) a eu lieu à San José (Costa Rica) du 4 au 6 avril 2016. Parmi les participants à la réunion, on comptait des représentants de 20 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, ainsi que trois représentants de la Gambie, de la Tanzanie et de la Zambie. Ont également participé à la réunion des partenaires venant des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis, du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM), de la Fondation Bill et Melinda Gates, de PATH et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que des membres du groupe consultatif du projet *Improving Data Quality for Immunization* (IDQi). La réunion avait été convoquée par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) dans le cadre des activités visant à documenter et à partager les enseignements tirés et les expériences vécues par les pays relativement à l'élaboration et à la mise en place de systèmes de REV.

L'objectif de la réunion était de suivre les progrès accomplis quant à la mise en place de systèmes d'information basés sur des REV aux niveaux régional et mondial, de mettre en commun les enseignements tirés par les pays et les organisations qui favorisent et appuient ces types d'initiatives et de définir des aspects essentiels devant être incorporés dans les lignes directrices portant sur la planification, l'élaboration et la mise en œuvre des REV.

Les autorités du ministère de la Santé et du bureau de l'OPS/OMS au Costa Rica ont souhaité la bienvenue aux participants. Elles ont souligné l'importance de disposer de données de qualité fournies en temps opportun pour la prise de décision à tous les niveaux de gestion du programme de vaccination, puisque les systèmes de REV constituent un outil important pour l'amélioration de la performance du Programme élargi de vaccination (PEV) dans la Région des Amériques. L'OPS a présenté les progrès réalisés par les pays de la Région dans la mise en place de systèmes de REV et a mentionné la façon dont ces systèmes répondent au Plan d'action régional pour la



Participants à la réunion régionale visant à mettre en commun les enseignements tirés de l'élaboration et de la mise en œuvre des REV. San José (Costa Rica), avril 2016. Photo : OPS.

vaccination (RIAP) et au Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP). L'élaboration des REV dans le contexte de la cybersanté et le lien entre l'éthique et l'usage des systèmes de REV dans les pays ont également été discutés.

Après les présentations, les pays ont tenu des discussions en groupe sur les sujets suivants :

- relations entre les systèmes d'information sanitaire et les REV,
- caractéristiques d'un REV idéal pour la Région,
- obstacles pouvant nuire à la mise en place de systèmes d'information sanitaire,
- processus de planification d'un système de REV,
- ressources et capacités requises pour la mise en œuvre d'un REV,
- processus de transition d'un système sur papier à un système électronique,
- définition de fonctionnalités d'un REV et rapports essentiels fournis par un REV,
- définition de stratégies de vaccination au moyen des informations provenant d'un REV,
- types d'élaboration,
- suivi et évaluation de la qualité des données des REV,
- défis futurs relatifs aux systèmes de REV,
- utilisation des technologies mobiles liées aux REV.

Le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, les États-Unis et le Honduras ont lancé les discussions portant

sur ces sujets en présentant les expériences vécues par leur pays. À la fin de chaque séance, on a invité chaque groupe à communiquer ses conclusions, lesquelles ont été enrichies par celles des autres groupes.

On a souligné l'importance de disposer d'un système de REV en tant qu'outil fondamental pour la gestion du programme de vaccination à tous les niveaux de responsabilité ainsi que pour la surveillance et le suivi des personnes qui bénéficient des services de vaccination, et les pays de la Région et des autres régions partagent cette vision.

Les participants ont convenu que les REV devraient répondre aux besoins en matière d'information de toutes les personnes responsables du programme de vaccination, et en particulier des vaccinateurs, qui devraient être en mesure d'avoir accès à un système convivial pour leur travail. Durant l'atelier, on a également cerné des aspects qui facilitent l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des REV dans les pays, notamment :

- l'importance de pouvoir compter sur une politique nationale en matière de cybersanté,
- la mise en place d'une gouvernance auprès des autorités,
- la définition de procédures pour le suivi et l'évaluation de la qualité des données provenant de ces systèmes,
- une garantie quant à l'entretien en temps opportun et à la durabilité des systèmes. ■

Atelier régional sur la surveillance sentinelle relative à la pneumonie bactérienne, à la méningite bactérienne et au rotavirus

Soixante participants de l'Argentine, de la Bolivie, de la Colombie, de l'Équateur, du Honduras, du Nicaragua, du Paraguay, du Pérou et du Venezuela y compris des représentants des ministères de la Santé, des épidémiologistes et des membres du personnel de laboratoire de 13 hôpitaux sentinelles, de même que les laboratoires nationaux de référence et le personnel de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) ont assisté à un atelier régional sur la surveillance sentinelle relative à la pneumonie bactérienne, à la méningite bactérienne

et au rotavirus tenu à San José (Costa Rica) du 4 au 6 avril 2016.

Les objectifs principaux de cet atelier étaient de discuter des progrès et des défis concernant la surveillance régionale de ces trois maladies réalisée par les hôpitaux sentinelles d'Amérique latine et des Caraïbes, de consolider les données de surveillance sentinelle basée sur l'identification des cas pour 2015 et 2016, d'effectuer des évaluations de contrôle de la qualité sur les données et d'analyser les données provenant de la surveillance sentinelle au moyen d'outils particuliers.

Chaque année, l'OPS coordonne une réunion ou un atelier où elle invite tous les acteurs qui prennent part à des activités liées à la surveillance des nouveaux vaccins. Les buts visés sont d'améliorer les données épidémiologiques standardisées globales concernant les nouveaux vaccins dans la Région des Amériques et de surveiller à la fois les profils de sensibilité antimicrobienne et l'effet des vaccins. Cette année, on a invité les hôpitaux de surveillance sentinelle qui font partie du Réseau mondial de surveillance sentinelle à assister à cet atelier. Pour faire partie du réseau, les hôpitaux doivent se conformer à des indicateurs et à

SURVEILLANCE SENTINELLE suite de la page 5

des exigences de base approuvés à l'échelle mondiale.

L'ouverture de l'atelier sur la surveillance sentinelle de 2016 a été prononcée par le ministre de la Santé costaricain, le Dr Fernando Llorca Castro, par la représentante de l'OPS/OMS au Costa Rica, le Dr Lilian Reneau-Vernon, et par le chef de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille, le Dr Cuauhtemoc Ruiz Matus. Après les mots d'ouverture, une série de présentations ont eu lieu. Ces dernières avaient pour objet de communiquer aux participants les informations les plus récentes sur le Réseau régional de surveillance sentinelle, d'analyser les données de surveillance sentinelle recueillies et les difficultés liées à celles-ci, d'évaluer l'effet de la vaccination antipneumococcique et antirotavirus dans la Région et de communiquer les informations les plus récentes sur les nouveaux systèmes en ligne relatifs aux nouveaux vaccins.

Tout au long de l'atelier, les membres du personnel des laboratoires ont participé à des activités de formation parallèles concernant le prélèvement d'échan-

tilons pour hémoculture par réaction en chaîne de la polymérase pour détecter le *Streptococcus pneumoniae*. Le reste de l'atelier visait à enseigner aux participants comment calculer les indicateurs de surveillance au moyen d'Excel à l'aide des données les plus récentes des hôpitaux, en mettant particulièrement l'accent sur l'interprétation des résultats des indicateurs. On a aussi analysé les résultats de chaque hôpital pour 2015 sous l'angle des tendances, du sexe, des observations radiographiques, des résultats de laboratoire, de la classification définitive des cas et de l'emplacement (lieu d'origine et site sentinelle).

À la fin du troisième et dernier jour de l'atelier, tous les hôpitaux (personnel de l'épidémiologie et de laboratoire) ainsi que le personnel des ministères de la Santé devaient préparer une présentation sur les résultats de leur analyse ; ils devaient aussi parler des défis rencontrés et offrir des solutions pour l'avenir concernant ces défis. On a choisi un hôpital pour présenter ses conclusions au groupe.

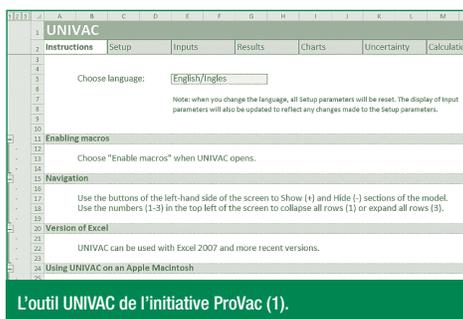
L'atelier a pris fin par une reconnaissance mutuelle des principales conclusions et ententes suivantes :

- Tous les cas qui répondent à la définition de cas présumés de pneumonie bactérienne, de méningite bactérienne ou de rotavirus devraient être saisis dans le système mondial de surveillance sentinelle et notés en tant qu'information basée sur les cas.
- On doit soumettre en temps opportun les données par cas et les données agrégées aussi bien aux ministères de la Santé qu'à l'OPS.
- Le système en ligne est maintenant à la disposition des pays.
- Il est important d'examiner la qualité des données consignées. La première étape de ce processus continu doit être de remplir le formulaire d'investigation épidémiologique, ce qui doit se faire collectivement aux niveaux local, national et régional. ■

L'initiative ProVac de l'OPS présente de nouveaux outils lors d'un atelier de formation régional

L'initiative ProVac de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a tenu un atelier de renforcement de la capacité à San José (Costa Rica) qui a duré deux jours et demi, du 6 au 8 avril 2016. L'objectif principal de l'atelier était d'offrir aux experts nationaux en santé publique une formation sur les outils et les méthodes servant à estimer l'effet, les coûts et le rapport coût-efficacité des vaccins, afin de guider les décideurs quant à l'élaboration de politiques fondées sur les données probantes en matière de vaccination. Au total, 71 personnes venant de 19 pays de l'OPS ont participé à l'atelier, ainsi que des représentants de diverses organisations partenaires.

À l'instar des ateliers ProVac précédents, cet atelier portait sur certains vaccins en particulier, à savoir les vaccins antiméningococciques : des exemples de cas de vaccination antiméningococcique ont donc été mis en évidence. Cependant, tous les outils ProVac présentés durant l'atelier peuvent être généralisés intégralement à n'importe quel vaccin. L'outil principal présenté durant l'atelier était le modèle UNIVAC (1). UNIVAC est un modèle unique et universel d'appui à la prise de décision en matière d'effet et de rapport coût-efficacité des vaccins ; il est doté d'une interface standardisée et accessible basée sur Excel et d'un ensemble familier d'étapes



L'outil UNIVAC de l'initiative ProVac (1).

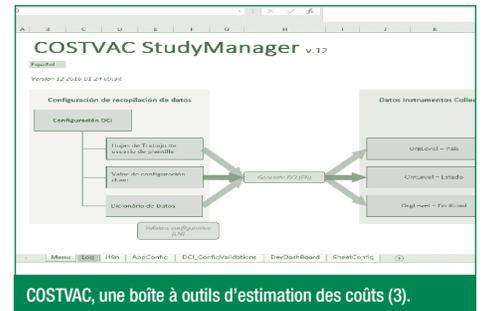
pour la saisie des données et les produits en résultant. La saisie d'estimations relatives au fardeau de morbidité selon l'âge, à la couverture vaccinale par âge ou par dose et à l'efficacité permet d'obtenir une évaluation simple de l'effet direct de la vaccination sur les résultats de santé. Le modèle inclut actuellement des options permettant d'évaluer l'effet et le rapport coût-efficacité des vaccins contre *Haemophilus influenzae* de type b, les infections pneumococciques, le rotavirus, le virus du papillome humain et la méningococcie. Le travail de développement futur accordera la priorité à l'évaluation d'autres nouveaux vaccins disponibles et de vaccins en cours de développement, y compris le vaccin contre la dengue.



COSTCARE, un outil ProVac qui opère conjointement avec UNIVAC (2).

COSTCARE, un outil complémentaire à UNIVAC, est une boîte à outils basée sur Excel qui offre des conseils structurés sur la façon d'estimer les coûts moyens de traitement d'une maladie supportés par les foyers, les systèmes de soins de santé et les gouvernements (2). Actuellement, la boîte à outils COSTCARE vise à aider les pays à améliorer les méthodes et la notification relatives à l'estimation des coûts des maladies évitables par la vaccination, principalement des maladies aiguës. Elle fournit aux équipes nationales une approche permettant d'examiner l'utilisation des ressources et leurs

coûts et documente toutes les hypothèses servant à estimer les coûts moyens de traitement par visite



COSTVAC, une boîte à outils d'estimation des coûts (3).

de patient externe et par hospitalisation, selon le syndrome morbide et selon le groupe d'âge.

Enfin, COSTVAC est une boîte à outils basée sur Excel qui offre des conseils structurés sur la façon d'estimer le coût de la vaccination systématique à partir d'un échantillon d'établissements de santé et de niveaux administratifs du système de santé (3). Cette boîte à outils offre des conseils sur l'échantillonnage, l'élaboration et l'administration d'instruments d'enquête ainsi que sur les calculs. Elle a été créée pour aider les pays à documenter plus précisément l'usage commun des ressources entre le programme de vaccination et la prestation d'autres services de santé. Les utilisateurs peuvent définir la perspective et l'ampleur de l'analyse effectuée.

Tous ces outils ProVac nouveaux ou mis à jour seront accessibles en ligne à l'aide du ProVac Toolkit (www.provac-toolkit.com) d'ici la fin de 2016. (4). Cette boîte à outils a été conçue pour héberger un ensemble exhaustif des produits élaborés par l'initiative ProVac ou grâce à elle au cours de la dernière décennie. Elle contient des informations sur l'initiative ProVac, depuis ses débuts sous la direction du

PROVAC suite de la page 6

Dr Jon Andrus jusqu'à aujourd'hui. Elle contient aussi un dépôt de documents d'orientation et de documents méthodologiques, ainsi que des publications évaluées par les pairs portant sur des études menées avec l'appui de l'initiative ProVac.

La boîte à outils renferme en outre un vaste dépôt de données par défaut recommandées servant à compléter une analyse basée dans UNIVAC. Elle offre aussi une façon d'avoir accès aux outils eux-mêmes par le moyen d'une inscription et d'un contrat d'utilisation. Cette boîte à outils constitue une réponse directe à une demande substantielle, au niveau mondial, pour des outils et du soutien technique fournis par ProVac. Il est important de préciser que cette boîte à outils ne remplace pas la méthode actuelle qui consiste à fournir un soutien technique direct aux États Membres de l'OPS. Elle vise plutôt à résoudre un grand nombre des problèmes rencontrés par d'innombrables utilisateurs potentiels qui désirent avoir accès aux outils et aux méthodes ProVac, mais qui ne sont pas directement liés aux ministères de la Santé des États Membres de l'OPS et ne peuvent donc pas recevoir un soutien technique direct de l'équipe

ProVac de l'OPS.

De plus, bien que l'on puisse accéder aux documents relatifs aux outils et aux méthodes ProVac directement par le moyen de la boîte à outils, il est toujours nécessaire de présenter une demande officielle à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS pour recevoir une formation en personne et un soutien direct pour mener une analyse dirigée par un pays. Pour les pays ou les utilisateurs qui sont à l'extérieur de la Région de l'OPS, on établit actuellement un mécanisme de soutien direct par l'intermédiaire de l'initiative mondiale ProVac, mécanisme dirigé par diverses organisations partenaires de l'initiative ProVac de l'OPS. Pour plus de renseignements sur la boîte à outils ou sur l'initiative ProVac, veuillez consulter la page www.paho.org/provac. ■

Documenter les progrès réalisés et les lacunes restantes concernant la prise de décision en matière de vaccination



Participants à l'atelier de formation régional ProVac tenu à San José (Costa Rica). Photo : OPS.

Durant l'atelier de formation régional ProVac d'avril 2016, les participants ont rempli avant et après l'atelier un sondage d'évaluation portant sur leurs connaissances, leur degré de sensibilisation et leurs pratiques habituelles concernant l'utilisation de données probantes de nature économique dans leur prise de décision relative à leurs programmes nationaux de vaccination. Plus précisément, les sondages visaient à évaluer le niveau de connaissances des participants quant aux évaluations économiques en général et aux analyses coût-efficacité (ACE) en particulier, à cerner leurs priorités nationales concernant les décisions à venir en matière de politiques de vaccination et à recevoir des commentaires sur les outils ProVac et sur la demande relative à leur utilisation. Les participants ont également formulé des commentaires sur leur degré de satisfaction globale quant à la qualité de la formation offerte par l'atelier.

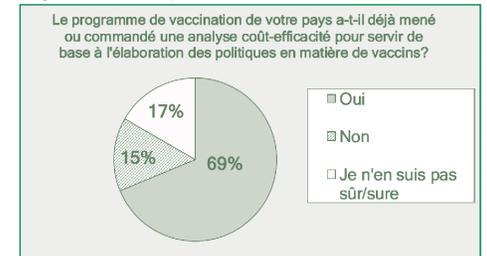
Sur les 49 réponses au sondage mené avant l'atelier, la plupart des répondants ont mentionné posséder au moins six ans d'expérience dans le domaine de la vaccination. Toutefois, près de

la moitié d'entre eux (47 %) ont mentionné avoir moins d'une année d'expérience en économie de la santé. Environ 77 % des répondants ont mentionné venir d'un pays qui dispose d'un groupe consultatif technique national (NITAG) « actif », et plus de 80 % ont mentionné que leur pays faisait un usage robuste ou minimalement robuste de données probantes dans l'élaboration des politiques de vaccination (Figure 1). En outre, 69 % des répondants ont mentionné que leur pays avait commandé une ACE pour servir de base à sa politique en matière de vaccins (Figure 2). Ces résultats démontrent que même si l'utilisation de données probantes de nature économique a acquis une importance croissante pour l'élaboration de politiques sur les vaccins dans la Région des Amériques, beaucoup reste à faire. Un taux de renouvellement élevé au sein du personnel des ministères de la Santé requiert un constant renforcement de la capacité. Bien que l'initiative ProVac ait incontestablement contribué au renforcement des capacités régionales en matière d'analyse économique et d'élaboration de politiques fondée sur des données probantes quant à l'introduction de nouveaux vaccins, le

Figure 1. Utilisation des données probantes



Figure 2. ACE portant sur un ou des vaccins



travail n'est pas terminé.

Sur les 30 réponses au sondage mené après l'atelier, les participants ont mentionné que leur expérience lors de l'atelier avait été extrêmement positive, notant leur satisfaction quant aux exercices didactiques et pratiques. Cent pour cent des participants ont mentionné que l'atelier était soit « bon », soit « excellent ». L'évaluation de la « convivialité » et de l'« utilité » des outils ProVac donnée par les répondants était aussi extrêmement positive. En outre, les répondants ont mis en évidence les priorités en matière de vaccins pour la Région des Amériques par leurs réponses concernant les décisions imminentes ou à venir en matière de politiques sur l'introduction de nouveaux vaccins. ■

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 XXXVIII, Numéro 2 • Juin 2016

Éditeur : Hannah Kurtis

Éditeurs-adjoints : Cuauhtémoc Ruiz Matus et

Octavia Silva

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2016

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 Ida Berenice Molina, responsable du Programme élargi de vaccination (PEV) au Honduras

Je dirige le Programme élargi de vaccination (PEV) au Honduras depuis 25 ans. Cette expérience d'apprentissage m'a permis de mieux comprendre l'évolution des aspects techniques, administratifs et de gestion du PEV, alors que je faisais face aux divers défis inhérents au contexte d'un pays en développement qui connaît des problèmes financiers. Voir le PEV atteindre des objectifs malgré ces limites, tels que les progrès accomplis dans la lutte, l'élimination et l'éradication des maladies évitables par la vaccination, s'est avéré extrêmement gratifiant.

J'ai appris que les situations peuvent changer et que nous devons être prêts à faire face aux problèmes et à prendre des décisions en temps opportun afin de concrétiser et de maintenir nos réalisations à l'aide d'un soutien politique, d'alliances stratégiques de la coopération internationale, du monde universitaire et de la société civile et, plus important encore, grâce à une collaboration avec les agents de santé qui font preuve d'engagement et de dévouement à tous les niveaux.

Le Honduras a été le théâtre d'un engagement politique constant pour ce qui est d'allouer un financement national à l'approvisionnement en vaccins et en fournitures, ainsi que d'un soutien de la part des donateurs visant à combler les écarts financiers relatifs aux activités de vaccination. Nous avons aussi bénéficié d'un excellent soutien technique offert par

le groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG), le comité national de certification sur l'éradication de la polio et l'OPS/OMS, notamment.

Discuter de mes expériences avec les responsables du PEV d'autres pays est essentiel. Le fait de pouvoir compter sur un cadre juridique qui protège la vaccination en tant que bien public l'est également ; cela assure la pérennité du programme ainsi que sa planification annuelle et pluriannuelle, sa programmation, sa coordination, sa surveillance, sa supervision et l'évaluation systématique de toutes les méthodes employées. Il faut toutefois comprendre le travail qui se fait à chaque niveau, car cela nous permet d'avoir une vue d'ensemble du programme : ses forces, ses faiblesses, ses besoins et ses défis. Le transfert de connaissances et de compétences est également important pour la fonctionnalité du programme.

Le dévouement des agents de santé du Honduras a aussi été crucial au succès du PEV. Il y a quinze ans, j'étais en poste dans l'une des régions du Honduras les plus difficiles d'accès, le département de Gracias a Dios. Je supervisais le travail d'une infirmière auxiliaire



Photo : Dr Ida Berenice Molina

lorsque je me suis rendu compte, en effectuant une analyse, que le taux de couverture vaccinale de 95 % ne pourrait pas être atteint, car il restait cinq enfants à vacciner. Quand je lui ai recommandé d'aller les vacciner, elle m'a dit : « Docteur, j'ai déjà cherché ces enfants et je n'ai pas pu les trouver. Je vous invite à vous joindre à moi pour marcher cinq heures sous le soleil jusqu'à mes villages, avec la glacière à vaccins et un bâton pour éviter les serpents. »

C'est avec ce souvenir en tête que je désire remercier les milliers d'agents de santé locaux du Honduras. Bien que parfois anonymes, ce sont de véritables héros de la vaccination, qui risquent leur vie dans des régions géographiquement inaccessibles, font fi de l'insécurité publique et parfois même se servent de leur propre argent pour appeler les parents d'un enfant non vacciné.

Leur engagement a été essentiel pour éradiquer, éliminer et contrôler les maladies évitables par la vaccination non seulement au Honduras, mais dans les Amériques. Sans aucun doute, la vaccination est un acte d'amour, réalisé non seulement par les parents, mais par les agents de santé également. ■

« Ce que j'ai appris... » est une colonne à la première personne dont l'objectif 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.