

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXV Numéro 2

Protégez votre Famille par la Vaccination

Avril 2013



Évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière en Amérique latine et dans les Caraïbes : Déclaration technique de la ville d'Antigua

Du 25 février au 1^{er} mars 2013, une réunion a eu lieu à Antigua (Guatemala) dont les principaux objectifs étaient les suivants : 1) partager expériences et leçons apprises à ce jour quant à la mise en œuvre des études pilotes dans certains pays d'Amérique centrale ; 2) s'informer sur les expériences du réseau européen I-MOVE, qui se consacre à l'étude de l'efficacité du vaccin contre la grippe et 3) évaluer l'intérêt des pays quant à la création d'un réseau similaire en Amérique latine et dans les Caraïbes. Parmi les participants à la réunion, on comptait des membres du personnel technique représentant les programmes de surveillance et d'immunisation relatifs à la grippe des quatre pays pilotes (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panama), ainsi que des représentants de l'Argentine, du Brésil, de la Colombie, du Guatemala, du Nicaragua, du Paraguay et de l'Uruguay. Étaient également présents : trois experts techniques venus d'Espagne, spécialistes de l'efficacité du vaccin contre la grippe et affiliés au réseau I-MOVE, des membres du personnel technique de la Division de la grippe et du Bureau régional pour l'Amérique centrale (CDC-CAR) des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), des représentants du réseau Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network (TEPHINET), ainsi que des représentants du siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et de certains bureaux des pays.

Le premier jour de la réunion, les CDC ont fait des présentations sur plusieurs sujets, dont les suivants : l'expérience vécue par les États-Unis quant au recours à l'efficacité du vaccin contre la grippe pour appuyer la prise de décisions ; les principes, les concepts et les méthodes servant à évaluer l'efficacité de ce vaccin ; l'importance de disposer de données fiables provenant de la surveillance sentinelle pour évaluer l'efficacité et l'impact de celui-ci ; le programme des CDC portant sur les dons internationaux de vaccin contre la grippe. L'OPS a donné une vue d'ensemble de la situation régionale actuelle quant à l'usage du vaccin contre la grippe saisonnière. Finalement, des représentants du Costa Rica, du El Salvador, du Honduras et du Panama, qui mènent actuellement des études pilotes sur l'efficacité du vaccin quant à la prévention des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS), ont partagé leurs

Voir **VACCIN CONTRE LA GRIPPE** page 2



Membres participant à la réunion visant à évaluer l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière en Amérique latine et dans les Caraïbes, Antigua (Guatemala), 25 février-1^{er} mars 2013.

Dans ce numéro :

1 Évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière en Amérique latine et dans les Caraïbes : Déclaration technique de la ville d'Antigua

1 Un jubilé important : le vaccin contre la rougeole a 50 ans

3 Étude d'évaluation de la « Semaine de la vaccination dans les Amériques » dans la zone frontalière de la municipalité Bolívar, État de Táchira, République bolivarienne du Venezuela, 2011

5 Coûts de Programme élargi de vaccination (PEV) au Honduras

6 VACUNATON : Stratégie de vaccination intensive d'un jour visant à atteindre les cibles fixées en matière de vaccination contre la rougeole et la rubéole en Bolivie

6 La diphtérie dans les Amériques atteint les plus bas niveaux dans l'histoire en 2012

7 Les cas rapportés de coqueluche, la diphtérie, le tétanos, le tétanos néonatal (TNN) et les oreillons, 2011 - 2012

8 L'Alliance GAVI honore quatre États Membres de l'OPS pour leurs réussites en immunisation

Un jubilé important : le vaccin contre la rougeole a 50 ans

Et 10 ans d'élimination de la rougeole dans les Amériques

Homologué aux États-Unis en mars 1963, le vaccin atténué Edmonston contre le virus de la rougeole célèbre son 50^e anniversaire. Depuis, on a utilisé le vaccin atténué Edmonston contre la rougeole dans tous les pays du monde, sauf la Chine, le Japon et la Russie, qui ont élaboré leurs propres vaccins. Des dérivés du vaccin Edmonston ont conservé leur immunogénicité, leur innocuité et leur efficacité tout au long de ces cinq décennies. Ce vaccin protège contre les 23 génotypes reconnus du virus de la rougeole partout dans le monde, malgré les changements survenus dans la structure et le contenu des souches virales existantes et en circulation.

L'élaboration du vaccin contre la rougeole a suivi la première culture du virus de la rougeole en 1954 ; la souche provenait d'un garçon nommé David Edmonston. Au début des années 1960, les chercheurs Katz, Enders et Holloway avaient atténué leur souche Edmonston et avaient démontré que celle-ci stimulait la production d'anticorps chez des enfants réceptifs. On a approuvé l'usage du vaccin après que 95 % des quelque 25 000 enfants ayant reçu celui-ci eurent manifesté une formation d'anticorps efficace à la suite d'une seule dose. En 1967, après les succès remportés grâce à l'usage du vaccin contre la rougeole quant à la réduction de la maladie, les États-Unis ont lancé une campagne visant à éliminer celle-ci de leur pays. Cette même année, le Royaume-Uni recommandait de vacciner contre la rougeole, à l'aide du vaccin vivant atténué, les enfants qui n'avaient pas eu la maladie. L'usage d'un vaccin antirougeoleux inactivé, également homologué aux États-Unis en 1963, fut de courte durée, à cause de la faible valeur protectrice des anticorps produits et de la brièveté de la protection conférée.¹

On recommande d'administrer deux doses du vaccin aux nourrissons et aux enfants ;

¹ Hendriks J et Blume S. « Measles Vaccination before the Measles-Mumps-Rubella Vaccine ». *Am J Public Health* 2013; 103(8):1393-1401.

Voir **JUBILÉ IMPORTANT** page 2

VACCIN CONTRE LA GRIPPE suite de la page 1

expériences et les leçons apprises. Cette initiative multinationale et multicentres se sert d'un modèle d'étude cas-témoins et est menée dans des hôpitaux sentinelles en tant qu'activité de collaboration entre le programme de surveillance de la grippe des pays et le Programme élargi de vaccination (PEV).

Le deuxième jour de la réunion, l'Argentine a partagé ses expériences concernant la pandémie de grippe A (H1N1) et le Brésil a partagé des informations sur des études d'efficacité du vaccin contre la grippe menées au niveau infranational. Le Dr Marta Valenciano, d'EpiConcept (Madrid), a fait part de son expérience quant à la création du réseau européen I-MOVE et a partagé certains des résultats obtenus comme élément de cette collaboration multicentres. Le Dr Amparo Larrauri, du Centre national d'épidémiologie de l'Institut de santé Carlos III (Espagne), a décrit la façon dont des études cas-témoins ont été réalisées en Espagne et comment ces

données ont servi à la prise de décisions. Le Dr Jesús Castilla, de l'Institut de santé publique (Espagne), a exposé en détail son expérience quant à l'usage d'une méthodologie des cohortes pour évaluer l'efficacité du vaccin.

On a affecté les participants à quatre groupes de discussion pour qu'ils explorent les aspects méthodologiques liés à l'évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe, y compris des considérations telles que le protocole et les biais potentiels des études, les questions entourant les études fondées sur des systèmes de surveillance sentinelle, les leçons apprises et les défis rencontrés quant à l'obtention de données sur la vaccination contre la grippe saisonnière, et les obstacles et opportunités qui existent concernant la mise en œuvre d'études d'efficacité sur le terrain. On a ensuite partagé, lors d'une séance plénière, les conclusions principales provenant de chaque groupe.

La réunion a ensuite considéré une proposition visant à constituer officiellement un réseau

servant à évaluer l'efficacité du vaccin contre la grippe en Amérique latine et dans les Caraïbes, ou « REVELAC-i » (*Red para la Evaluación de la Efectividad de la Vacuna en Latinoamérica y el Caribe-influenza*). Tous les pays et les partenaires collaborateurs présents ont signé une déclaration d'intérêt, la Déclaration technique de la ville d'Antigua, et se sont mis d'accord pour contribuer à la création de mécanismes destinés à « partager expériences, leçons apprises et méthodes standardisées entre pays et centres de recherche, portant sur l'efficacité du vaccin contre la grippe et sur l'impact des programmes de vaccination ». À moyen terme, le réseau aidera ses membres à produire des estimations annuelles concernant l'efficacité du vaccin de façon systématique et durable. Les membres ont également convenu de continuer à intégrer surveillance épidémiologique et en laboratoire et données sur les vaccins, afin de fournir des données probantes pour la prise de décisions quant à la prévention et au contrôle de la grippe saisonnière. ■

JUBILÉ IMPORTANT suite de la page 1

de cette façon, 95 % ou plus d'entre eux développeront une immunité contre la maladie. Celui-ci est combiné, dans la plupart des pays des Amériques, aux vaccins contre les oreillons et la rubéole au sein du vaccin ROR. Toutefois, dans de nombreux pays situés dans d'autres régions de l'Organisation mondiale de la Santé, on se sert encore d'un vaccin antirougeoleux monovalent, bien qu'on assiste à un mouvement graduel vers le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR), puisque l'on est de plus en plus conscient de la morbidité associée à la rubéole et au syndrome de rubéole congénitale. Une caractéristique favorable et durable du vaccin contre la rougeole a été la preuve, jusqu'à présent, que la protection induite persiste pendant au moins quarante ans ; on espère en fait que celle-ci s'avérera illimitée, sans que des doses additionnelles ni une exposition à la rougeole sauvage soient nécessaires pour maintenir ou renforcer l'immunité conférée.

L'un des résultats de l'administration à grande échelle du vaccin contre la rougeole a été la fréquence croissante de l'immunité induite par le vaccin, plutôt que par la rougeole sauvage, chez les femmes en âge de procréer. Cela a pour résultat des taux d'anticorps plus faibles chez ces jeunes femmes. Les anticorps transplacentaires transmis à leurs nourrissons *in utero* persistent donc moins longtemps après la naissance, ce qui rend ces derniers vulnérables à l'infection à un plus jeune âge. Les implications de ces données seront plus débattues dans les années à venir.

Dans les Amériques, la rougeole endémique est complètement éliminée de l'hémisphère occidental depuis 2002, trente-neuf ans après l'homologation du vaccin. Cette réussite est due à l'incorporation du vaccin contre la rougeole dans les calendriers d'immunisation systématique des nourrissons, pour ceux

qui ont la chance d'en profiter, ainsi qu'à des campagnes nationales réalisées tous les quatre ans environ afin d'atteindre les enfants non vaccinés nés depuis la dernière campagne. S'agissant de l'infection la plus fortement contagieuse qui soit, ce résultat est vraiment remarquable. Bien que celle-ci ait disparu de notre hémisphère, nous devons continuer à vacciner les nourrissons et les enfants, en raison de la persistance de la rougeole dans la plupart des autres parties du monde et de la facilité avec laquelle la maladie est transmise par des voyageurs en provenance de ces régions. Vu la rapidité du transport aérien partout dans le monde, un individu qui couve une rougeole peut atteindre les Amériques en moins de 24 heures, ce qui est beaucoup plus court que la période d'incubation de 10 jours d'une infection au virus de la rougeole contractée à l'étranger. À la différence des dizaines de millions de cas de rougeole qui surviennent tous les ans dans les Amériques avant l'élimination de la maladie, les importations au cours de la décennie suivante n'ont causé que 100 à 250 cas par an, sauf une année (2011) où des flambées importantes en Équateur et au Canada se sont soldées par 1369 cas. Les analyses génomiques actuelles permettent de déterminer, chez un patient de l'hémisphère occidental infecté par la rougeole, le pays source d'où est originaire le virus responsable. Récemment, ces virus sont venus d'Angleterre, de France, d'Espagne, d'Italie, d'Allemagne et d'autres nations « riches », en plus des pays à revenu moins élevé. Les problèmes persistants que constituent la morbidité et la mortalité dues à la rougeole ne sont pas causés par des échecs du vaccin. Ils sont attribuables au fait qu'un grand nombre de personnes ne sont toujours pas vaccinées. Beaucoup de ces gens vivent dans des pays en développement, mais d'autres vivent dans des pays où le succès même de la vaccination contre

Depuis 1974, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) inclut le vaccin contre la rougeole dans son PEV (Programme élargi de vaccination). L'Initiative contre la rougeole, lancée en 2001 par la Croix-Rouge américaine, l'OMS, les Centers for Disease Control des États-Unis (CDC), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fondation des Nations Unies, a organisé et appuyé des programmes et des campagnes de vaccination contre la rougeole partout en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, distribuant plus d'un milliard de doses de vaccin. Cela a occasionné une réduction de 71 % des décès causés par la rougeole au cours de cette décennie, de 2001 à 2011. Afin de combiner l'élimination de la rougeole avec d'autres avantages pour la santé infantile, un grand nombre de ces campagnes ont inclus : vaccination contre la polio, administration de vitamine A, vaccination à l'aide de l'anatoxine tétanique pour les femmes en âge de procréer, trousse de réhydratation orale pour les nourrissons atteints de diarrhée, helminthocides pour éliminer les vers intestinaux et moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide pour réduire l'incidence du paludisme. En 2012, en vue d'éliminer la rubéole ainsi que le syndrome de rubéole congénitale qui en résulte, l'Initiative contre la rougeole s'est élargie pour devenir l'Initiative contre la rougeole et la rubéole.

la rougeole a entraîné une sous-estimation du risque et une hésitation à l'égard du vaccin chez les parents et les agents de santé qui ne sont plus au fait de cette maladie. ■

Soumis par : Dr Samuel L. Katz, Duke University

Étude d'évaluation de la « Semaine de la vaccination dans les Amériques » dans la zone frontalière de la municipalité Bolívar, État de Táchira, République bolivarienne du Venezuela, 2011

1. Contexte

Dans la République bolivarienne du Venezuela, la faible couverture vaccinale (inférieure à 85 %) depuis les années 60 a obligé le Ministère du pouvoir populaire pour la Santé (MPPS) à trouver des stratégies définitives susceptibles de permettre d'atteindre une vaccination universelle de la population. La Semaine de la vaccination dans les Amériques a été proposée comme une des stratégies possibles pour renforcer le programme. Depuis 2009, cette campagne de vaccination vise à compléter le programme inachevé de vaccination et elle aspire à couvrir les populations éligibles pour tout type de vaccin.

La Semaine de la vaccination (SV), qui a eu lieu au Venezuela du 25 avril au 31 mai 2011, ambitionnait de vacciner la population éligible ou non vaccinée et à améliorer l'accès à la vaccination des populations frontalières réparties sur 25 municipalités, parmi lesquelles 23 avaient enregistré pour l'année 2010 une couverture inférieure à 80 % et dans lesquelles habitaient 12.547 enfants âgés d'un à deux ans.

Un des groupes cibles de la campagne était composé d'enfants de moins de 6 ans dont le carnet de vaccination était incomplet. L'objectif visé était de vacciner 100 % des enfants dont l'âge était compris entre 1 jour et 5 ans, 11 mois et 29 jours au 31 mai et qui n'avaient pas reçu toutes les doses du schéma directeur de vaccination du Venezuela (Tableau 1).

Les objectifs spécifiques de la SV de 2011 étaient de commencer ou de compléter le schéma de vaccination avec tous les vaccins du schéma sur la population de moins d'un an et de 1 à 5 ans résidant dans toutes les municipalités du pays, et en particulier les populations frontalières. Le schéma officiel a été suivi pour le pneumococcique 23-valent, l'anatoxine diphtérique (Td) et le vaccin contre la grippe pour les adultes âgés de 60 ans et plus.

Les indicateurs d'évaluation proposés pour ce plan étaient les suivants :

- Nombre et pourcentage d'enfants de moins d'un an et de 1 à 5 ans qui ont reçu les premières, les deuxièmes et les troisièmes doses du vaccin DTC/pentavalent pendant la SV.
- Nombre de doses administrées de Td au cours de la SV, du vaccin antipneumococcique 23-valent et du vaccin contre la grippe par municipalité.
- Pourcentage de municipalités possédant des plans pour la deuxième et la troisième série de vaccinations qui complètent le schéma de vaccination après la SV.

Tableau 1 : Schéma de vaccination du Venezuela, 2011.

Vaccin	Âge recommandé
BCG	Nouveau-né
Hep B	Nouveau-né
Fièvre jaune	1 an
Antipoliomyélitique oral	2m - 4m - 6m - 18m - 5 ans
Pentavalent	2m - 4m - 6m - 18m
Rotavirus	2m - 4m
DTP	5 ans
SRP	1 an à 5 ans
Td	Femmes en âge de procréer et les adultes
Grippe	6-23 mois > 60 ans, groupes à risque
Antipneumococcique 23-valent	> 60 ans

M = mois

- Pourcentage des comités de santé et/ou de conseils communautaires qui ont participé à la stratégie de canalisation de la population vers les services de santé lors de la SV 2011.

Pour connaître la portée des objectifs dans la population infantile, une étude d'évaluation a été menée. Cette étude a été divisée par clusters d'activités de vaccination menées lors de la SV 2011 dans la municipalité Bolívar, État de Táchira, situé le long de la frontière avec la Colombie. L'étude visait à mesurer l'impact de la SV 2011 sur la vaccination des enfants de moins de 6 ans en évaluant l'état vaccinal et les aspects opérationnels du programme, telles que la communication et la disponibilité des services de santé, entre autres.

Ce document décrit les étapes et les activités entreprises pour effectuer cette étude de manière à ce que cette expérience puisse servir aux pays désireux de réaliser une évaluation similaire.

2. Méthodologie

Une étude par conglomerats a été réalisée dans la municipalité Bolívar de l'État de Táchira, République bolivarienne du Venezuela, portant sur les enfants âgés d'un jour jusqu'à 5 ans, 11 mois et 29 jours au 31 mai 2011. Les estimations réalisées ont déterminé que 720 enfants de moins de 6 ans devaient être identifiés de manière à disposer de 267 enfants éligibles à la vaccination pendant la SV 2011 (sur base des paramètres suivants : $\alpha = 0,05$, proportion exprimée, $p = 0,5$, effet de conception = 1 et une précision souhaitée = $\pm 6\%$).

L'échantillon a été divisé en 30 groupes qui devaient intégrer 24 maisons utiles (des maisons où habiterait au moins un enfant éligible à la vaccination pendant la SV 2011). Dans l'ensemble, la municipalité a été divisée en trois zones principales (strates), compte tenu des données démographiques de chaque zone : San Antonio (zone urbaine), Palotal (zone urbaine marginale) et une zone essentiellement rurale.

L'étude s'est servie d'un questionnaire qui recueillait des informations sur les caractéristiques des ménages, l'utilisation du foyer du système de santé et les connaissances sur la SV 2011. D'autre part, les cartes de vaccination de chaque enfant ont été consignées.

2.1 Planification

Les étapes qui ont constitué le déroulement de l'étude sont les suivantes :

2.1.1 Proposition de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) au MPPS du Venezuela pour réaliser l'étude sur la contribution de la SV 2011 au Programme national d'immunisation du Venezuela.

2.1.2 Réunion de l'équipe coordinatrice pour définir la zone du pays à être étudiée, en tenant compte des critères suivants : zone frontalière, faible couverture et facilité d'accès pour l'équipe de recherche.

2.1.3 Visite de la municipalité Bolívar (État de Táchira).

2.1.4 Réunion avec le personnel d'épidémiologie de la région et du district.

2.1.5 Subdivision des zones circonscrites aux établissements de santé.

2.1.6 Définition de la population cible et localisation sur la carte.

ÉTUDE D'ÉVALUATION suite de la page 3

2.1.7 Collecte d'informations préliminaires et préparation de l'avant-projet du protocole de recherche.

2.1.8 Réunion de présentation et d'échange sur la proposition.

2.1.9 Planification avec des directeurs et coordinateurs d'analyse de vaccination, des consultants en vaccination du Venezuela et du Paraguay, le conseiller régional de l'OPS en matière de vaccination et des chercheurs des Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Atlanta).

2.1.10 Rédaction du protocole, soumission au comité d'éthique (le projet a été exonéré), planification et exécution de l'étude.

2.2 Exécution

2.2.1 Présentation du protocole de recherche à l'équipe régionale en charge de l'épidémiologie dans l'État de Táchira.

2.2.2 Formation de 44 enquêteurs au sein de la municipalité Bolívar, dont des infirmières, aides-soignants et promoteurs sociaux.

2.2.3 Constitution des équipes d'enquêteurs par binômes, répartition par zones en fonction de la circonscription de leur établissement.

2.2.4 Désignation d'un superviseur pour deux ou trois équipes. Les superviseurs ont accompagné les équipes tout au long du processus, permettant la certification sur le terrain de l'exactitude et de la qualité d'un pourcentage élevé des informations recueillies (>50 %).

En raison de la dispersion de la population dans les zones rurales, un véhicule a été spécialement affecté aux clusters sélectionnés dans ces secteurs. Les autres véhicules ont été répartis entre les zones urbaines difficiles d'accès.

2.2.5 Réunion de tout le personnel en un seul lieu (au siège du district à 7h30). Le point de départ des clusters a été sélectionné selon la méthode de la « grille », puis les instructions ont été données et une heure plus tard, les équipes se sont déployées avec les superviseurs correspondants.

2.2.6 Collecte des données sur deux jours effectifs, avec participation de 70 personnes, dont 37 infirmières, 12 aides-soignants, six épidémiologistes, deux chefs de district, cinq chauffeurs, cinq agents communautaires de soins de santé primaires (ACAPS) et un représentant du Ministère de la Santé.

2.3 Systématisation, organisation et analyse des données

Une base de données a été créée grâce au logiciel Epi Info pour saisir les données. Quatre opérateurs de saisie de données ont été formés (un au niveau de la commune et trois au niveau régional) pour saisir les données avec une moyenne de 40 questionnaires par jour. La participation d'un technicien en

Tableau 2 : Connaissance de la SV 2011, municipalité Bolívar, État de Táchira, Venezuela (n = 698) *

Variable	Nombre de foyers	%	(95 % IC)
Informé au sujet d'une activité de vaccination dans la communauté	219	31	(25-38)
Type d'établissement de santé utilisé pour la vaccination de l'enfant			
Public - Ambulatoire	185	25	(22-27)
Public - Hôpitaux	442	65	(62-69)
Public - Dispensaire populaire	2	<1	(<1-1)
Public - Centre de diagnostic intégral	2	<1	(<1-1)
Privé	32	5	(3-7)
Institut vénézuélien de sécurité sociale	0	0	0
Autre	32	5	(3-7)
Parmi les personnes informées sur les activités de vaccination (n = 219)			
Type d'activité de vaccination dont la personne a entendu parlé, vu ou lu (n = 216)			
Semaine de la vaccination	20	9	(5-18)
Une campagne de vaccination	152	70	(59-81)
Autre	44	20	(13-28)
Comment la personne a eu connaissance de l'activité de vaccination ? (n= 211)			
Radio	58	28	(17-39)
Télévision	2	1	(<1-3)
Journal	4	2	(1-5)
Centre de santé	43	20	(13-29)
Écoles	13	6	(3-14)
Affiches	9	4	(2-8)
Autre	82	39	(28-50)
Qu'avez-vous fait en prenant connaissance de cette activité de vaccination ? (n=201)			
A emmené l'enfant pour le vacciner sans sa carte de vaccination	14	7	(2-19)
A fait vacciner son enfant avec la carte de vaccination	127	63	(54-73)
N'a pas emmené l'enfant se faire vacciner	51	25	(17-34)
Autre	9	4	(2-10)

* Données pondérées, IC = intervalle de confiance

informatique a permis d'uniformiser les bases de données saisies séparément et de procéder à la vérification et à la correction des erreurs de saisie. Tout au long du processus, une évaluation aléatoire de la qualité de la saisie de chaque opérateur a été menée. Un échantillon de la base de données a été envoyé au CDC pour vérifier sa fonctionnalité. Le nettoyage des données a été réalisé en un mois par téléphone et par Internet grâce au soutien du CDC et de l'OPS. Déterminer les « critères d'éligibilité » sur base du programme de vaccination du Venezuela a été une phase critique du processus. Au total, 698 enquêtes ont été saisies et 839 enfants ont été enregistrés.

3. Résultats

Les enfants inclus dans l'étude ont été répartis uniformément dans tous les groupes d'âge, sauf pour les enfants de 60 à 71 mois, qui ne représentaient que 13 % de l'échantillon de l'étude. Sur le total des enfants interrogés, 52 % étaient des filles.

Au sujet de la relation du répondant avec l'enfant, 84 % des répondants étaient la mère de l'enfant, suivies par les grands-mères qui représentaient 8 % des répondants.

Vis-à-vis du niveau d'études atteint par le représentant de l'enfant, 99 % ont déclaré avoir atteint un certain niveau d'éducation formelle.

Les foyers de la commune sont constitués, en moyenne, par cinq personnes. La distance moyenne entre le centre de vaccination le plus proche et le foyer est de 1,8 km, avec un temps moyen de 15 minutes de trajet.

L'étude a mis en évidence que 90 % des foyers interrogés réalisaient leur vaccination dans les dispensaires et les hôpitaux (tous deux appartenant au service public) et 5 % le faisait dans des institutions privées. Parmi les enfants inclus dans l'étude, 93 % disposaient de leur carte de vaccination.

Sur les foyers interrogés, 31 % étaient au courant de la réalisation d'une activité de

ÉTUDE D'ÉVALUATION suite de la page 4

vaccination. Sur ce pourcentage, 9 % ont été en mesure de préciser qu'il s'agissait de la SV, 70 % l'ont associé à une campagne de vaccination de la zone et les 20 % restant l'ont mis en relation avec des actions de contrôle de l'épidémie de la grippe H1N1 ou avec une action de surveillance de la couverture vaccinale dans la région. La plupart des personnes informées de la réalisation de cette activité ont obtenu l'information par le biais de la radio, le centre de santé, par le bouche à oreille et/ou par la communauté organisée. Parmi les personnes au courant de la tenue de la SV, 70 % ont emmené leur enfant (avec ou sans carte de vaccination) au centre de santé pour l'administration de la dose correspondante (Tableau 2).

Les données ont montré que 63 % des enfants interrogés étaient éligibles à la vaccination au cours de la SV 2011. Parmi les enfants éligibles, 24 % d'entre eux ont reçu une dose de vaccin pendant la SV, tandis que 13 % des enfants ont reçu toutes les doses correspondantes. Chez les enfants de moins d'un an (en particulier dans le groupe des nouveau-nés), l'administration du BCG et du vaccin contre l'hépatite B était supérieure à 80 % pendant la SV. À l'opposé, certains vaccins ont eu un faible taux d'administration, tels que le vaccin contre la fièvre jaune et la deuxième dose de rappel du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) ainsi que le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) dû en partie à la pénurie de ces vaccins en 2011. Un document avec les résultats détaillés de cette étude est en cours d'élaboration.

4. Leçons apprises

• L'évaluation de l'impact de la SV 2011 dans une région frontalière a permis de mettre en lumière un certain nombre de facteurs qui affectent la mise en œuvre du programme de vaccination : la communication, les connaissances de la population sur les activités

de vaccination menées au sein de sa communauté, la participation communautaire et l'efficacité des stratégies de diffusion de la vaccination, entre autres.

- Pour bien planifier et exécuter ce type d'études dans le futur, il sera nécessaire de posséder des informations (géographiques, démographiques et de santé) le plus précises et locales possibles.
- Pour réduire le biais de planification lors de l'exécution de l'étude, la collecte de données sur le terrain doit être réalisée aussi rapprochée (dans le temps) que possible de la tenue de la SV, car l'interview fait appel à la mémoire des personnes interrogées.
- Le personnel de santé chargé de mener les interviews ne doit pas enquêter dans sa propre région afin d'éviter l'influence de l'enquêteur sur le résultat.
- Dans la méthodologie de sélection des clusters, une méthode alternative de remplacement doit être prévue, au cas où, pour une raison locale (par exemple, l'insécurité ou difficultés d'accès), les enquêtes prévues ne soient pas réalisables.
- Le travail des superviseurs vis-à-vis de la gestion quotidienne de la qualité des données doit être optimisé. Le superviseur doit également surveiller de près l'impossibilité de recueillir des données de vaccination des enfants dans certains pâtés de maisons.
- Les enquêtes traitées doivent être renvoyées aux services de santé correspondants pour que les mesures correctives nécessaires de gestion du programme soient prises au niveau local (débuter ou compléter les programmes de



Agents de santé interrogent une famille dans la municipalité Bolívar, Venezuela, 2011.

vaccination ou réaliser des activités d'éducation à la santé de la population, entre autres).

- Le processus de nettoyage des données doit être entrepris le plus rapidement possible pour pouvoir analyser les données sans délai.
- L'étude a permis au programme de vaccination d'identifier différentes situations qui ne peuvent pas être mesurées au niveau local, telles que les erreurs opérationnelles de gestion, l'estimation de la proportion de la population qui n'a pas de carte de vaccination et les erreurs de mise en œuvre du programme de vaccination, entre autres.

Sur base de cette expérience, le Venezuela mettra en œuvre cette méthodologie pour étudier les communes limitrophes entre elles (entre municipalités d'États voisins) dans le but de réaliser des comparaisons entre les frontières nationales (internes) et internationales (externes) permettant ainsi d'identifier les populations mal desservies par les programmes de vaccination. ■

Soumis par : Programme d'immunisation, Ministère du Pouvoir Populaire pour la Santé, Venezuela et l'OPS-Venezuela

Coûts de Programme élargi de vaccination (PEV) au Honduras

L'initiative ProVac de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) fournit actuellement une assistance technique au Programme élargi de vaccination (PEV) du Honduras pour l'élaboration d'une étude des coûts, tout en mettant à l'essai l'outil d'établissement des coûts ProVac. Cette étude vise à produire des estimations détaillées des coûts récurrents et des coûts en capital du PEV de routine au Honduras. De plus, cette étude fournira des informations sur le coût d'introduction d'un nouveau vaccin en ce qui concerne le vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent, principalement sur la base de données disponibles au niveau central. En outre, cette étude aidera à tracer le portrait des ressources financières servant à l'immunisation, en déterminant les différentes sources et les différents flux des contributions financières

accordées aux activités d'immunisation tenues au Honduras, aux niveaux central et régional ainsi qu'au niveau des établissements de santé. On établira les coûts liés à l'immunisation de même que l'usage des ressources aux niveaux central et régional ainsi qu'au niveau des établissements de santé, où 71 centres de vaccination au total et 8 bureaux régionaux ont été inclus dans l'échantillon utilisé. On se servira de cette information pour estimer les coûts totaux par établissement de santé et par activité d'immunisation, ou par composante du PEV. De plus, l'étude produira des informations sur le coût unitaire par enfant immunisé. Cette étude a débuté en septembre 2012 lorsqu'une équipe ProVac a visité le Honduras pour la première fois. Cette visite, qui a duré une semaine, avait pour but de concevoir

l'échantillon et de planifier la collecte de données. L'équipe ProVac est retournée sur place au début de février 2013 pour donner une formation à l'équipe de responsables de la collecte des données et pour lancer la collecte. Une dernière visite est prévue pour la mi-mars 2013 ; l'équipe ProVac et le PEV épureront, examineront et analyseront les données primaires recueillies et présenteront les résultats préliminaires à des autorités nationales de haut niveau (dont le PEV, d'autres représentants officiels du ministère de la Santé, et des membres du Comité de coordination interagences). Cette expérience aura aussi pour résultat un outil ProVac d'établissement des coûts amélioré, qui sera ensuite rendu accessible. ■

Soumis par : Ida Berenice Molina (PEV du Honduras), Gabriela Felix et Cara Janusz (OPS, initiative ProVac)

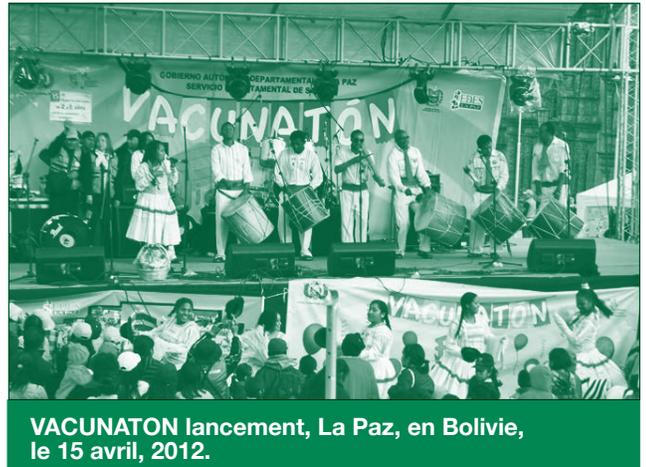
VACUNATON : Stratégie de vaccination intensive d'un jour visant à atteindre les cibles fixées en matière de vaccination contre la rougeole et la rubéole en Bolivie

En 2011, la Bolivie a mis en place une campagne de suivi antirougeoleuse et antirubéoleuse, comme élément de sa stratégie visant à maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région des Amériques, et en réponse au risque de réintroduction des virus à la suite de flambées importantes en Europe et en Afrique. La Bolivie s'est fixé pour but de vacciner : 917 546 enfants de deux à cinq ans, toutes les femmes de 22 à 44 ans qui n'avaient pas été vaccinées durant la « campagne éclair » de 2006 parce qu'elles étaient enceintes, les agents de santé, et le personnel en contact avec des touristes et des voyageurs (aéroports, hôtels et gares de transport).

Après qu'il fut établi que la couverture vaccinale n'avait pas atteint > 75 % à la fin de 2011, on a conçu une stratégie innovatrice appelée VACUNATON afin d'atteindre les buts fixés en matière de vaccination. Le VACUNATON était une campagne de masse menée le 15 avril 2012 dans 48 des 323 municipalités, choisies selon leur risque lié à la rougeole et à la rubéole. Le but était de vacciner jusqu'à 200 000 enfants de deux à cinq ans qui n'avaient pas été vaccinés durant la campagne de suivi menée entre octobre et novembre 2011. La stratégie médiatique la

plus importante consistait en une émission de télévision en direct couvrant les lancements nationaux dans toutes les principales villes du pays.

Les partenaires principaux collaborant à l'initiative VACUNATON étaient le Programme élargi de vaccination (PEV) bolivien du ministère de la Santé, l'Organisation panaméricaine de la Santé/ Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS), le Réseau bolivien de communication des risques (REBCOR), l'Université catholique, les forces armées et la police nationale, les organisations non gouvernementales (ONG) du domaine de la santé, les chaînes de télévision, et toutes les équipes du PEV responsables de l'immunisation et des communications sociales au niveau départemental. Le PEV a mobilisé du personnel et des fonds pour acheter l'ensemble des vaccins et des fournitures et pour couvrir les dépenses liées à la logistique, au transport et à la chaîne du froid. Une grève nationale du secteur sanitaire, qui a duré du 15



VACUNATON lancement, La Paz, en Bolivie, le 15 avril, 2012.

mars au 15 mai 2012, a mis en péril la tenue de VACUNATON. Toutefois, les parties en conflit en sont arrivées à un compromis, qui a permis de reprendre l'organisation et la mise en œuvre de VACUNATON.

Au cours du VACUNATON, la Bolivie a vacciné 177 976 enfants de deux à cinq ans.

A novembre 2012, la Bolivie avait atteint un taux de couverture de > 95 % contre la rougeole et la rubéole à l'échelle du pays. ■

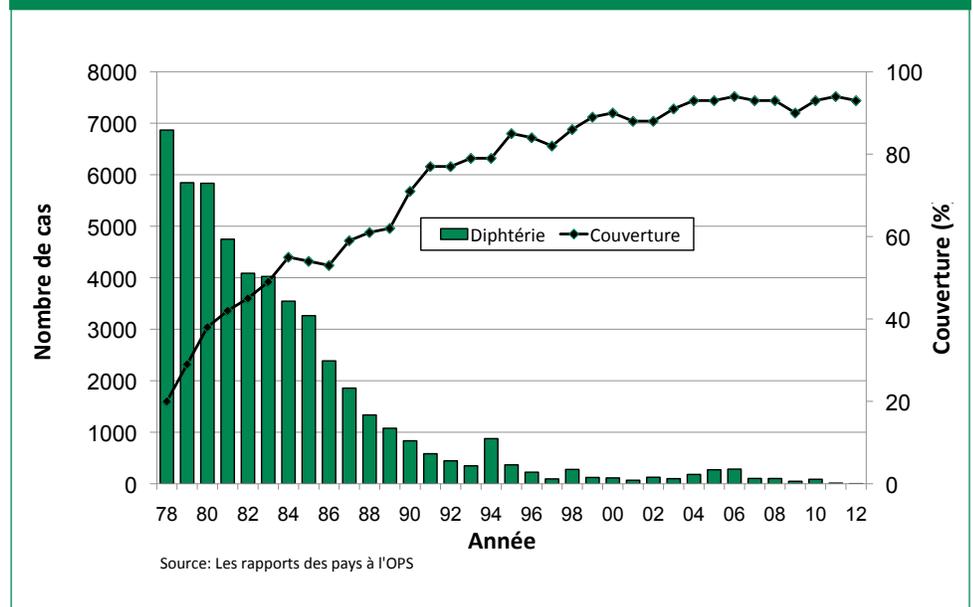
La diphtérie dans les Amériques atteint les plus bas niveaux dans l'histoire en 2012

En 2012, deux cas seulement de diphtérie ont été rapportés dans la Région des Amériques, c'est le nombre le plus bas de la maladie jamais enregistré dans l'hémisphère occidental (Figure 1). Les cas de diphtérie avaient diminué au cours des dernières années, en particulier après une grande épidémie qui a frappé la République dominicaine et Haïti en 2004-2005.

En dépit de ces performances, les pays des Amériques doivent être conscients que les épidémies de diphtérie peuvent se produire quand il ya des poches de faible couverture vaccinale. Le risque est également présent quand la chaîne du froid ne peut garantir la température requise pour la conservation de vaccins DTC/Pentavalent et Td jusqu'au moment de l'administration, en particulier quand la congélation se produit.

La surveillance épidémiologique de la diphtérie doit être maintenue et renforcée afin de détecter rapidement des cas. Il est très important d'identifier et traiter précocement des cas, car les complications de la diphtérie sont directement en rapport avec le nombre de jours entre l'apparition de la maladie et

Nombre de cas de diphtérie et la couverture DTC3, dans les Amériques, 1978-2012



l'administration de l'antitoxine. L'utilisation précoce de l'antitoxine diphtérique est associée à de meilleurs résultats. Actuellement, il y a un déficit mondial de

l'antitoxine diphtérique et il est très difficile de trouver un fabricant capable de fournir un produit autorisé en quantités suffisantes dans une situation d'urgence. ■

Les cas rapportés de coqueluche, la diphtérie, le tétanos, le tétanos néonatal (TNN) et les oreillons, 2011 - 2012

Pays	Coqueluche		Diphtérie		Tétanos (TNN)				Oreillons	
	2011	2012	2011	2012	Tétanos néonatal		Tétanos (non TNN)		2011	2012
Amérique latine	26535	71091	12	2	22	11	575	539	31606	22801
Anguilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentine	3185 ^a	1239	0	0	0	0	0	10	5481	4619
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélice	0	44	0	0	0	0	0	0	0	2
Bermude	1	3	0	0	0	0	0	0	2	0
Bolivie	0	0	0	0	1	0	0	0	1096	0
Brésil	2257	4744	5	0	6	2	327	291	...	...
Canada	676	4845	1	1	0	...	2	4	282	54
Chili	2582	5762	0	0	0	0	12	6	950	876
Colombie	1010	3289	0	0	2	2	35	48	15926	9377
Costa Rica	79	130	0	0	0	0	1	1	1	30
Cuba	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
Dominique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	7	37	0	0	0	0	9	7	632	351
Équateur	3	54	0	0	2	1	0	0	733	799
États-Unis ^b	18719	47693	0	1	1	1	36	36	404	229
Grenade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Guatemala	0	273	0	0	1	0	1	0	0	143
Guyana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haïti	...	0	2	0	...	...	...	...	...	0
Honduras	113	48	0	0	2	2	12	15	143	138
Îles Caiman	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Turques et Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges (RU)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	1	2	0	0	0	0	1	4	4	0
Mexique	252	978	0	0	1	0	22	28	2685	5683
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	87	68	0	0	0	0	0	1	1	4
Panama	36	47	0	0	0	0	1	10	111	134
Paraguay	11	44	2	0	0	1	10	5	283	247
Pérou	56	1173	0	0	1	0	37	17	0	...
République dominicaine	3	11	2	0	2	1	43	39	0	0
Sainte-Lucie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Saint-Kitts-et-Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
Trinité-et-Tobago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	639	598	0	0	0	0	0	0	132	113
Venezuela	3	8	0	0	3	1	23	13	2740	0

Source: Formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF) et rapports des pays à FCH-IM/OPS, 2012 et 2013

^(a) Argentine 2011: mise à jour des données lors de la réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de 2012.

^(b) 2010 Source: MMWR: Sommaire des maladies à déclaration obligatoire, États-Unis, 2011

Remarque: Le tableau ne comprend pas les départements français des Antilles, l'ancien néerlandais, Puerto Rico ou les Îles Vierges des États-Unis.

... - Non disponible

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

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

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

ISSN 1814-6260

Année XXXV, Numéro 2 • Avril 2013

Éditeur : Carolina Danovaro

Éditeurs - adjoints : Cuauhtémoc Ruiz-Matus et Octavia Silva

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2013
Tous droits réservés.



Projet d'immunisation intégrale de la famille

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

L'Alliance GAVI honore quatre États Membres de l'OPS pour leurs réussites en immunisation

La Bolivie, Haïti, le Honduras et le Nicaragua ont reçu des prix couronnant leurs réussites liées à l'immunisation durant le Forum des partenaires de l'Alliance GAVI tenu à Dar es-Salaam (Tanzanie) du 5 au 7 décembre 2012.

Le Honduras et le Nicaragua ont remporté le Prix de la meilleure performance en matière de vaccination GAVI pour avoir atteint respectivement un taux de couverture vaccinale « très élevé » et « élevé ». Le Honduras a également reçu le prix portant sur l'introduction réussie de nouveaux vaccins. Haïti a remporté le Prix de la résilience GAVI. On a remis à la Bolivie le Prix cofinancement et viabilité financière GAVI, qui reconnaît les pays ayant surpassé les exigences de GAVI sur le plan du cofinancement des vaccins.

Les prix de l'Alliance GAVI reconnaissent les pays et les individus qui ont aidé à élargir l'accès à l'immunisation dans les pays en développement. En tout, 12 pays ont été reconnus cette année, ainsi que des responsables gouvernementaux, des députés et des organismes de la société civile. ■



Représentants gouvernementaux du Honduras, la Bolivie, le Nicaragua et l'Haïti avec leurs prix.