

# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXX Numéro 2

Protégez votre Famille par la Vaccination

Juin 2018



## Vaccin anti-VPH : enseignements tirés dans la Région des Amériques

Le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) a été autorisé en 2006, et à compter de cette année-là, il a commencé à être introduit dans les programmes élargis de vaccination (PEV) dans la Région des Amériques. En juin 2018, 34 pays et territoires offraient ce vaccin dans leurs programmes nationaux de vaccination.

### Pays et territoires offrant le vaccin anti-VPH dans leurs programmes nationaux de vaccination, Région des Amériques, 2018



Le vaccin le plus utilisé dans la Région des Amériques est le quadrivalent (26/34 pays), suivi du bivalent (7/34 pays) ; seuls deux pays ont utilisé le nonavalent à ce jour.

La surveillance, le suivi et le calcul de la couverture vaccinale anti-VPH sont des éléments cruciaux pour les programmes de vaccination, car ces activités permettent de présenter les réalisations. Elles permettent aussi d'identifier les problèmes, d'analyser leurs causes et d'appliquer des mesures efficaces pour atteindre les résultats escomptés. Cependant, la surveillance et le suivi de la vaccination anti-VPH présentent des défis majeurs comparé à d'autres vaccins. Au nombre des difficultés, nous pouvons mentionner :

- des stratégies de vaccination différentes : dans les écoles ou dans les services de santé,
- une vaccination à deux ou trois doses,
- l'utilisation de doses sur des années différentes,
- la vaccination des filles uniquement ou des garçons et des filles (sans distinction de genre),
- une population ciblée différente : une cohorte ou plus de filles sélectionnées par âge ou par niveau scolaire lors de l'administration du vaccin,
- les données concernant la population cible pour la vaccination ne sont pas toujours disponibles ou actualisées.

Voir **VACCIN ANTI-VPH** page 2

### DANS CE NUMÉRO

- 1 Vaccin anti-VPH : enseignements tirés dans la Région des Amériques
- 1 Lancement dans la Région de la Semaine de la vaccination 2018 dans les Amériques
- 4 Lancement du Groupe consultatif technique caribéen sur la vaccination dans la Région des Amériques
- 5 Haïti élimine le tétanos néonatal

- 5 Sujet tabou : hésitation à l'égard de la vaccination par rapport à obligation morale de se faire vacciner
- 6 Caractéristiques des récentes flambées de diphtérie dans les Amériques
- 7 Les sept questions les plus courantes sur la diphtérie
- 8 Ce que j'ai appris sur l'introduction du vaccin anti-VPH en Colombie...Par Diego Alejandro Garcia

## Lancement dans la Région de la Semaine de la vaccination 2018 dans les Amériques

La Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA) a été lancée le 23 avril à La Havane (Cuba) pour la première fois en 16 ans de campagne. Le slogan de cette année était « Renforce ta défense ! #GetVax #VaccinesWork » et s'accompagnait d'une thématique sur le football, la coupe du monde de la FIFA étant célébrée peu après.

« La vaccination est l'un des outils les plus puissants que nous avons pour prévenir des maladies et sauver des vies », a affirmé Carissa F. Étienne, Directrice de l'OPS, lors de la cérémonie d'ouverture qui s'est déroulée à l'Institut des Sciences de base et précliniques Victoria de Giron. Des ministres et d'autres autorités de santé de haut niveau d'Amérique latine, des Caraïbes et d'autres régions du monde ont participé à ce lancement.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a également participé au lancement régional de la SVA, qui a servi de base à la Semaine mondiale de la vaccination dès sa création en 2012. « Non seulement Cuba bénéficie de la couverture universelle pour les vaccins, mais c'est également un producteur et un exportateur de ces produits salvateurs », a indiqué le Dr Tedros. « La Semaine mondiale de la vaccination est l'opportunité de rappeler à toutes les nations et à tous les peuples l'incroyable utilité des vaccins ».

Au cours de la cérémonie d'ouverture, le ministre adjoint cubain de la Santé, Jose Angel Portal Miranda, a souligné qu'à Cuba « la vaccination est accessible à tous, gratuitement, et qu'on peut y avoir accès chez les prestataires de soins de santé primaires. De ce fait, la couverture vaccinale atteint actuellement à Cuba 98 % pour tous les vaccins, ce qui est à l'origine d'un taux élevé d'immunité dans la population ».

Portal Miranda a également attiré l'attention sur le fait que 4,8 millions de vaccins – en moyenne – ciblant 13 maladies sont administrés chaque année à Cuba, huit des 11 vaccins administrés étant par ailleurs produits par le pays lui-même. Il a également rappelé au public que la première campagne cubaine de prévention contre la poliomyélite s'est déroulée en 1962 et qu'elle s'est alors concrétisée par la vaccination de 2,6 millions d'enfants et d'adolescents de moins de 15 ans. Grâce à ces campagnes et à d'autres initiatives, le pays a été le premier de la Région à éliminer la poliomyélite.

Voir **SVA 2018** page 3

**VACCIN ANTI-VPH** suite de la page 1

Lors de sa réunion de juillet 2017 au Panama, le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a fait des recommandations sur la vaccination anti-VPH dans la Région, parmi lesquelles nous pouvons mettre en évidence ce qui suit :

- Le GCT félicite les États Membres de l'OPS qui ont récemment décidé d'introduire le vaccin anti-VPH dans leurs plans de vaccination systématique. Le GCT réitérera l'importance de donner la priorité à une couverture élevée dans les cohortes de filles de 9 à 14 ans afin d'assurer une protection complète contre le VPH chez les filles et d'induire une immunité de groupe dans la population pédiatrique. Les vaccins disponibles actuellement ont des profils de sécurité comparables et offrent une protection similaire contre le cancer du col de l'utérus.
- Tenant compte des bienfaits substantiels de la vaccination anti-VPH pour la santé, le GCT encourage les États Membres qui n'auraient pas encore introduit le vaccin dans leurs calendriers de vaccination systématique, à évaluer la faisabilité, le rapport coût-efficacité et d'autres critères pertinents pour la prise de décisions au niveau national, afin d'envisager l'incorporation de ce vaccin dans leurs calendriers nationaux de vaccination systématique.
- Le GCT prie instamment les États Membres d'examiner soigneusement leurs approches de communication concernant le vaccin anti-VPH, en veillant à générer des messages ciblés. En outre, le GCT demande à l'OPS d'appuyer les échanges entre pays en matière d'enseignements tirés sur la communication concernant la sécurité du vaccin anti-VPH et la gestion des situations de crise.
- Le GCT prie l'OPS de soutenir les États Membres dans leurs efforts pour mieux documenter la couverture vaccinale anti-VPH au niveau infranational et national et sur la façon d'utiliser ces données pour concevoir des stratégies visant à obtenir des couvertures optimales dans des groupes cibles pour la série vaccinale complète.
- Dans la mesure du possible, les pays doivent surveiller l'impact de la vaccination anti-VPH.

En octobre 2017, l'OPS a organisé un atelier à Antigua (Guatemala), auquel ont participé 24 pays de la Région. L'objectif de l'atelier était de partager l'expérience acquise au cours de l'introduction du vaccin anti-VPH et les stratégies de communication.

Cet atelier a permis de réaliser une analyse des données disponibles dans les pays au moyen



Participants à l'atelier sur le VPH au Guatemala, octobre 2017. Crédits : OPS/OMS.

du formulaire conjoint de notification pour la vaccination OPS/OMS-UNICEF (JRF selon le sigle anglais) de l'année 2016, pour le calcul de la couverture vaccinale anti-VPH. Au nombre des conclusions obtenues par cette analyse figurent les suivantes :

- Certains pays n'indiquent pas les doses appliquées, seulement la couverture.
- Certains pays n'indiquent pas la population cible.
- Certains pays considèrent les filles recensées pour la vaccination comme population cible pour l'administration de la première dose.
- Certains pays considèrent les filles recensées lors de l'administration de la première dose comme population cible pour l'administration de la deuxième dose.
- Certains pays ne tiennent pas compte des cohortes et rapportent plus de filles vaccinées avec la deuxième dose qu'avec la première.

De plus, il a été conclu que les pays ont eu des difficultés pour atteindre la population cible à vacciner et que la vaccination en milieu scolaire est la stratégie qui s'est montrée la meilleure pour recenser la population cible, mais il faut chercher des stratégies complémentaires pour vacciner les filles non scolarisées ou celles qui sont scolarisées mais refusent la vaccination.

Au cours de cette réunion, le thème de la communication a été amplement discuté. L'accent a également été mis sur la nécessité de disposer d'un plan intégré de communication, y compris pour répondre aux situations de crise, d'élaborer des messages adaptés à chaque audience et de disposer d'une équipe de communication permanente. Les ministères de la Santé prévoient dans leur budget de communication la réalisation d'actions de communication au moins deux fois par an (et si possible, de manière permanente).

Les pays ont souligné l'importance d'avoir un comité intersectoriel de communication, de promotion et de mobilisation sociale. Ils ont mentionné la nécessité de consacrer plus de temps pour engager les partenaires sociaux clés comme les écoles, les parents et les décideurs avant l'introduction et de réaliser un travail plus approfondi avec les médecins. Ils ont reconnu l'importance d'identifier des alliés stratégiques parmi les médias et de sensibiliser ceux-ci au sujet du vaccin, tout en reconnaissant aussi l'influence des réseaux sociaux.

Les pays estiment également qu'il est indispensable de répondre rapidement aux rumeurs qui apparaissent sur les réseaux sociaux. Ils considèrent qu'il est essentiel de surveiller les réactions dans ces médias pour effectuer des ajustements dans les stratégies de vaccination, qu'il faut surveiller les mouvements anti vaccination et être prêts à répondre à leurs commentaires. Ils ont également estimé qu'ils doivent rester attentifs à la situation dans les pays voisins.

Si le vaccin anti-VPH est sûr, avec des manifestations indésirables locales et systémiques faibles à modérées, les rumeurs et événements sociogéniques survenus dans la Région ont préoccupé les parents : les couvertures vaccinales en ont pâti.

Suite aux recommandations issues de l'atelier régional, l'OPS s'est engagée à appuyer les pays pour remédier à certaines lacunes identifiées lors des discussions sur les enseignements tirés, notamment pour élaborer un manuel de standardisation du calcul de la couverture vaccinale anti-VPH dans la Région des Amériques, examiner les méthodologies pour mesurer l'impact et l'efficacité du vaccin et inviter les pays à réaliser des études d'impact et appuyer l'élaboration de matériels de communication. ■

**Réunion spéciale du GCT – mars 2018**

Le rapport final de la réunion spéciale, en mars 2018, du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination est accessible en anglais, en espagnol et en français sur [www.paho.org/immunization/TAG-reports](http://www.paho.org/immunization/TAG-reports). Les sujets abordés incluent les épidémies de diphtérie, de rougeole et de fièvre jaune, de même que la pénurie de vaccins antipoliomyélitiques inactivés (VPI).

SVA 2018 suite de la page 1



Lancement de la SVA 2018 à La Havane (Cuba).  
Crédit : OPS/OMS

### Activités des pays pour la SVA 2018

Tout au long de la SVA de cette année, les pays ont déployé un large éventail d'activités, de la communication et la mobilisation sociale à la sensibilisation des communautés, la formation des agents de santé et la vaccination de plus de 70 millions de personnes.

### Maintien de l'élimination de la rougeole

- La rougeole a été déclarée éliminée des Amériques en 2016 à la suite de la déclaration d'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) en 2015, un aboutissement de 22 années d'efforts de vaccination de masse contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.
- En raison des risques d'importation de la rougeole et des flambées actuelles survenant dans notre Région, plus de 11 pays ont considéré la SVA 2018 comme une opportunité d'intensifier les efforts de vaccination contre cette maladie, l'objectif étant d'atteindre 6 millions de personnes environ.

### Maintien de l'élimination de la poliomyélite

- Dans le cadre des activités de la SVA 2018, 14 pays au moins ont administré des vaccins contre la poliomyélite : Brésil, Colombie, Cuba, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Paraguay, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, îles Turques-et-Caïques et îles Vierges britanniques.
- Cuba a mené sa 57<sup>e</sup> campagne annuelle de vaccination contre la poliomyélite pour maintenir l'élimination de cette maladie : la campagne a touché plus de 480 000 enfants.

### Efforts déployés pour finaliser les calendriers vaccinaux de base

- Au moins 22 pays et territoires ont profité de la SVA 2018 pour intensifier les activités des programmes systématiques nationaux de vaccination et administrer de multiples vaccins pour améliorer la couverture en instaurant, en actualisant ou en finalisant les calendriers vaccinaux de l'enfance.

### Protection des populations vulnérables

- Chaque année, la SVA est une opportunité d'atteindre des populations mal desservies. Cette année, 16 pays ont atteint des populations en situation de vulnérabilité, parmi lesquelles les femmes enceintes ou en postpartum, les agents de santé, les personnes âgées, les populations autochtones, les personnes atteintes de maladies chroniques, les détenus et le personnel pénitentiaire, entre autres populations vulnérables et groupes professionnels à risque.

- Plusieurs pays ont concentré leurs efforts sur la protection des agents professionnels de santé contre un ensemble de maladies comme l'hépatite B, le tétanos et la grippe.

- Dans le cadre du Mois de la Vaccination des peuples autochtones du Brésil, outre l'administration de la dose annuelle de vaccin antigrippal, un effort combiné du Programme national de vaccination et du Département de la Santé des populations autochtones a été déployé pour actualiser les calendriers vaccinaux d'environ 600 000 personnes issues de 1373 communautés autochtones.

### Activités de communication

- 27 pays ont mené des activités de sensibilisation accrue du public à l'importance de la vaccination pour jouir d'une bonne santé. Des exemples de ces activités incluent les foires de la santé, les séances de sensibilisation et d'autres activités de sensibilisation du public.

### Activités sanitaires intégrées

- L'utilisation de la SVA pour l'intégration d'autres activités de santé publique aux activités vaccinales est devenue systématique dans la plus grande partie de la Région.
- 16 pays (Antigua-et-Barbuda, Barbade, Belize, Brésil, Colombie, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago) ont intégré aux activités vaccinales d'autres interventions sanitaires lors de la SVA 2018
- Parmi les exemples d'intervention : la distribution de vitamine A, le déparasitage, la prévention des maladies transmises par le moustique comme la fièvre jaune, la dengue, la maladie à virus Zika et la fièvre chikungunya, la réalisation de tests de dépistage du diabète, la vaccination des animaux familiers, la promotion d'habitudes alimentaires saines, la sensibilisation à la violence domestique, le dépistage des pathologies de santé mentale et la sensibilisation au cancer.



Affiche pour la Semaine de la vaccination 2018 dans les Amériques

### La Nuit des vaccins célébrée en Argentine



La Nuit des vaccins à Córdoba (Argentine) en avril 2018. Crédit : ministère de la Santé -Córdoba/ OPS/OMS

Agustina reçoit l'injection vaccinale antigrippale et court continuer à peindre des paysages ; Simon prouve sa dextérité à l'aide d'une balle faite de chaussettes, puis répond à l'appel de sa mère qui fait la queue pour l'administration de la dose vaccinale anti rougeoleuse ; Elsa accélère le mouvement avec sa canne alors que le vaccinateur l'attend pour lui administrer le vaccin antigrippal. Au fond, un groupe folklorique joue sur une scène, tandis que tout autour des enfants et des adultes essaient différents sports et jeux artistiques.

C'est une scène de la « Nuit des vaccins », une initiative de vaccination dans la province de Córdoba (Argentine), qui s'est déroulée dans la nuit du 20 avril et a duré jusqu'au petit matin du 21. L'OPS/OMS a appuyé l'initiative pour célébrer la vaccination dans le cadre de la SVA, qui a eu lieu du 21 au 28 avril et était centrée sur le football dans le contexte de la coupe du monde 2018 de la FIFA.

C'est pourquoi il y avait des ballons de football, des polos et des chapeaux bleu et blanc – les couleurs du drapeau argentin – durant toute la célébration qui a duré de 8 h du soir à 2 h du matin. L'hôpital pédiatrique de l'Enfant Jésus (Hospital Pediátrico Del Niño Jesús) a ouvert ses portes à la communauté pour l'administration gratuite des vaccins du calendrier national de vaccination, tout en offrant en même temps divers spectacles musicaux, des jeux pour les enfants, des matchs de football et de tennis, entre autres types de divertissements.

« C'est une fête de la vaccination », a souligné la directrice de l'hôpital, Silvia Ferreyra, alors qu'elle s'approchait de la tente où se trouvaient 50 vaccinateurs pour administrer les doses vaccinales. Et une participante, Florencia Córdoba, d'ajouter tout en attendant de recevoir le vaccin contre l'hépatite B : « C'est une très bonne initiative, lors de laquelle nous sommes tous égaux, que nous bénéficions ou pas de la sécurité sociale ».



Vaccinateurs au Honduras en partance pour vacciner lors de la SVA des populations dans les régions Moskitia et Garífuna. Crédit : OPS/OMS

SVA 2018 suite de la page 3

### Campagne régionale de communication pour la SVA 2018

Le site web de la SVA ([www.paho.org/vwa](http://www.paho.org/vwa)), a été mis à jour pour la campagne 2018. On y trouve les matériels de la campagne générale et les matériels adaptés aux activités de surveillance et de vaccination de la rubéole et de la rougeole.

Pour faire participer le personnel du Siège de l'OPS et des bureaux de pays, les membres du personnel ont pu concourir chaque jour à un jeu de questions et réponses. Tous ceux qui répondaient correctement à la question du jour étaient inscrits pour éventuellement gagner un ballon de football de l'OPS. Des ballons ont été gagnés par une personne du bureau de l'OPS au Guyana, deux personnes du bureau de l'OPS au Honduras et deux personnes du Siège à Washington, D.C.

Nous avons atteint 458 000 personnes sur Twitter et les affichages sur Facebook ont atteint 306 000 personnes, environ 21 000 sur Instagram et environ 15 000 sur LinkedIn.

### Résultats obtenus sur les médias sociaux

Un ensemble de documents destinés aux médias sociaux, soit des documents infographiques, des vidéos et des images, a été envoyé aux bureaux de pays de l'OPS. Selon le seul bilan régional :

- plus de 800 000 personnes ont été atteintes par les médias sociaux ;
- 5320 personnes ont consulté le site web pour un total de 13 374 visites (certaines visites étaient le fait de visiteurs récurrents) ;
- la vedette uruguayenne de football Edinson Cavani a partagé nos messages sur sa propre page Facebook et sur ses comptes Twitter et Instagram, et reçu 250 000 « J'aime » ; sa

vidéo a été vue 545 000 fois.

Pour ce qui est de la presse, la SVA a été mentionnée dans plus de 200 articles issus de plus de 28 pays de la Région et du monde. Un grand nombre de ces articles ciblaient l'importance de la vaccination contre la rougeole et la rubéole.

L'OPS a également réalisé plusieurs vidéos pour la SVA 2018, dont les temps marquants incluent un message d'intérêt public mettant en vedette Cavani, qui sont offertes en anglais, en espagnol, en français et en portugais sur <https://youtu.be/uaz1xPCxOTU>, et une vidéo suivant en parallèle des déplacements au Nicaragua pour délivrer les vaccinations ou pour les recevoir ; cette vidéo est intitulée « Un acte d'amour dans le pays des lacs et des volcans, le Nicaragua » et vous pouvez la voir sur [www.youtube.com/watch?v=rVjODfpaEYE](http://www.youtube.com/watch?v=rVjODfpaEYE). ■

## Lancement du Groupe consultatif technique caribéen sur la vaccination dans la Région des Amériques



Participants à la 33e réunion des responsables caribéens du PEV à Trinité-et-Tobago en février 2018. Crédit : OPS/OMS

Le groupe consultatif technique caribéen sur la vaccination (dont le sigle en anglais est CiTAG) a été lancé au cours de la 33e réunion des responsables caribéens de la vaccination, tenue du 26 au 28 février 2018 à Port-of-Spain (Trinité). Le CiTAG, un groupe indépendant d'experts en épidémiologie, santé publique, microbiologie, pédiatrie et médecine tropicale, est présidé par le Dr J. Peter Figueroa, professeur en Santé publique, Épidémiologie et Infection à VIH/sida à l'Université des Indes de l'Ouest. Le groupe va délivrer des conseils techniques fondés sur des données factuelles concernant la vaccination aux ministres de la Santé, par le biais du Conseil pour le développement humain et social de la CARICOM.

Avec 22 pays/territoires dans les Caraïbes, dont un grand nombre sont trop petits pour avoir leur propre Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NiTAG), et au vu des antécédents des pays caribéens de travail collaboratif réussi dans le domaine de la santé, les ministres de la Santé ont pris en 2017 la sage décision d'établir le CiTAG infrarégional. Celui-ci constitue un dispositif efficace d'offre de conseils indépendants, dans le respect des recommandations du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) et du Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) de l'OPS.

Les ouragans récents dans les Caraïbes et les flambées de maladies évitables par la vaccination (MEV) dans les pays voisins rappellent de manière brutale que les Programmes élargis de vaccination (PEV) doivent être résilients et vigilants pour maintenir le statut d'exemption des Caraïbes vis-à-vis de la rubéole, du SRC, de la rougeole et

de la poliomyélite.

Les actions prioritaires du CiTAG incluent l'entretien de la confiance dans la vaccination, le renforcement/l'élaboration de cadres législatifs pour appuyer la vaccination, l'accroissement de la qualité des données et conduire la mise en œuvre de registres électroniques de vaccination (REV), la surveillance des MEV, le renforcement des capacités de laboratoire et des liens entre les PEV, la surveillance, les laboratoires et le secteur privé, ainsi que le renforcement des capacités des responsables du PEV.

La réunion des responsables caribéens de la vaccination, lors de laquelle a été lancé le CiTAG, a rassemblé 70 personnes qui provenaient de 29 pays/territoires et a été inaugurée par le ministre de la Santé de Trinité-et-Tobago, l'honorable Terrence Deyalsingh, qui a délivré l'allocution principale. L'objectif de la réunion était d'analyser les réalisations de 2017 et de planifier les activités de 2018, tout en partageant les expériences de pays sur le programme de vaccination.

Les présentations de la réunion ont ciblé des MEV spécifiques, des domaines programmatiques du PEV et des mises à niveau mondiales et régionales/intrarégionales. Les pays ont partagé leurs expériences sur la surveillance des MEV, ainsi que sur la pérennité des plans de lutte contre la rougeole, l'introduction de nouveaux vaccins, la Semaine de la Vaccination dans les Amériques, les flambées de rougeole, de fièvre jaune et de diphtérie, et la mise en œuvre des REV.

La couverture vaccinale dans les Caraïbes reste

plus élevée que les moyennes régionales et mondiale, celle du DTC3 étant de 95 % en 2016 comparativement à 91 % dans les Amériques et 86 % dans le monde. Malgré des plans visant à maintenir l'élimination de la poliomyélite, du SRC, de la rubéole et de la rougeole, les pays doivent améliorer la qualité des systèmes de surveillance pour une détection et une prise en charge en temps opportun des cas importés.

Les Caraïbes ont reçu la validation quant au confinement de matériel infectieux et potentiellement infectieux de poliovirus sauvages 2, poliovirus dérivés du vaccin 2 et VPO2/Sabin2. Il a par ailleurs été rappelé aux pays de réaliser périodiquement des audits/enquêtes pour valider la qualité de leurs données de couverture.

Un atelier de formation à la communication en matière de risques s'est déroulé de manière conjointe avec la réunion. L'objectif de l'atelier était de former les responsables du PEV aux principes de communication en matière de risques pour favoriser un changement positif de comportement à l'appui de la vaccination, renforcer la capacité des responsables du PEV d'élaborer des messages vaccinaux ciblant des publics variés (parents, enfants, groupes d'opposition à la vaccination) et à communiquer efficacement avec les médias et le public.

L'atelier était centré sur le Résultat Global Unique de Communication (RGUC), la manière d'élaborer des messages et les principes d'une communication efficace à l'aide de divers médias. Les participants ont travaillé en groupe pour élaborer des RGUC et des messages utilisant des exemples de mythes/croyances et de défis posés par l'adoption des vaccins antigrippaux et ROR, tout en partageant des stratégies, et en explorant d'autres, pour répondre à ces défis par une communication efficace.

Globalement, la réunion des responsables caribéens du PEV et l'atelier de formation à la communication en matière de risques ont été couronnés de succès et les participants en ont tiré de grands bénéfices. Un rapport final détaillant les thèmes de discussion de la réunion est mis à disposition sur <http://bit.ly/carmeeting>. ■

## Haïti élimine le tétanos néonatal



L'objectif 2.1 du Plan régional de vaccination (RIAP) est l'élimination du tétanos néonatal en tant que problème de santé publique dans la Région. L'élimination du tétanos néonatal est définie comme le fait pour un pays d'avoir moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes dans chaque district. Si le tétanos néonatal est éliminé, le tétanos maternel est aussi éliminé.

Haïti était le seul pays de la Région qui n'avait pas atteint cet objectif malgré la mise en œuvre, depuis 2003, des stratégies recommandées pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal. Une revue documentaire et des visites de terrain, réalisées en juin 2016, avait conclu à la probabilité de l'élimination du tétanos maternel et néonatal en Haïti. Pour confirmer l'élimination du tétanos maternel et néonatal d'Haïti, une enquête de mortalité néonatale liée au tétanos a été menée dans le département du Sud qui présentait le plus haut risque pour le tétanos maternel et néonatal dans le pays après l'étape de pré-validation. L'assomption était que si le département qui est le plus à risque a éliminé le tétanos maternel et néonatal, on pouvait considérer que le tétanos maternel et néonatal avait été éliminé dans tous les autres districts et par conséquent dans tout le pays.

Une enquête à domicile sur la mortalité néonatale a été utilisée en utilisant la technique d'échantillonnage pour le contrôle de la qualité des lots couplée à un sondage en grappe. Étaient incluses dans l'enquête toutes les naissances vivantes ayant eu lieu dans les foyers de mères résidentes visités du 1er avril 2016 au 30 avril 2017. L'enquête devait permettre l'identification des décès néonataux et, à l'aide de la technique d'autopsie verbale, de diagnostiquer si les décès étaient dus au tétanos ou non. L'élimination du tétanos maternel et néonatal devait être validée si moins de 2 décès néonataux dus au tétanos étaient identifiés. La mise en œuvre de l'enquête a eu lieu

entre le 12 et le 25 juin 2017.

Au total, 10 516 foyers ont fait l'objet d'une enquête et 2302 naissances vivantes ont été examinées. La couverture des mères par le Td2 était de 53% (carte + antécédents). La proportion d'accouchements dans une structure de santé était de 45%. La proportion de mères qui appliquaient des substances sur le cordon ombilical était de 31%. Aucun cas de tétanos n'ayant été identifié sur les 44 décès néonataux enregistrés avec une enquête jugée de bonne qualité, le tétanos néonatal a été considéré comme éliminé dans le département du Sud pour la période du 1er mai 2016 au 30 avril 2017. Par conséquent, le tétanos maternel et néonatal a été considéré comme éliminé en Haïti pour la même période.

Pour maintenir l'élimination du tétanos maternel et néonatal, Haïti devra :

1. atteindre et maintenir une couverture dT2+ >80% au cours de la vaccination systématique dans chaque département,
2. organiser des activités de vaccination systématique avec le vaccin dT chez les femmes en âge de procréer dans les départements à haut risque,
3. adopter et mettre en œuvre une politique d'administration de doses supplémentaires de dT (enfants de 4 à 6 ans, adolescents de 13 à 17 ans),
4. améliorer l'accessibilité et la qualité des accouchements assistés par du personnel qualifié,
5. renforcer l'éducation des mères et de la communauté en ce qui concerne les soins du cordon ombilical,
6. renforcer la surveillance basée sur les cas,
7. instituer l'analyse périodique du risque de tétanos maternel et néonatal dans chaque commune/arrondissement. ■

## Sujet tabou : hésitation à l'égard de la vaccination par rapport à obligation morale de se faire vacciner

Au 30 juin 2018, 11 pays de la Région des Amériques (Antigua, Argentine, Brésil, Canada, Colombie, Équateur, États-Unis, Guatemala, Mexique, Pérou, Venezuela) subissent des flambées de rougeole. Malgré une couverture importante par les médias, il n'y a pas encore suffisamment de discussions publiques sur un problème clé : pourquoi devons-nous lutter contre cette maladie grave extrêmement contagieuse alors que nous disposons d'un vaccin extrêmement efficace permettant de l'éviter complètement ? Pourquoi permettons-nous à nos populations (enfants inclus) de courir les risques de complications graves à la suite d'une rougeole – y compris le décès – alors que cette maladie peut être totalement prévenue ?

Il y a quelque chose d'aberrant. Sur l'ensemble de la Région, les autorités de santé publique indiquent de faibles taux de vaccination dans les zones touchées. Ces taux de vaccination sont en décroissance car l'hésitation à l'égard de la vaccination est de plus en plus répandue. Ce point de vue anti-vaccination est apparu dans le monde développé et a été aggravé par une publication fallacieuse qui fait état d'un faux lien entre vaccins et autisme. Il a maintenant atteint de nouvelles zones de notre Région et se répand rapidement par les médias sociaux.

Le tabou ne se limite cependant pas à l'idéologie anti-vaccination, il concerne également les justifications apportées pour appuyer cette idéologie. Les militants anti-vaccination font des déclarations concernant des faits, mais concernant aussi une certaine rectitude morale. Certaines déclarations relatives aux faits affirment que les vaccins ne sont pas sûrs et qu'ils ne sont pas efficaces pour prévenir les maladies. Quand on considère les faits cependant tels qu'ils sont reflétés par l'accumulation

de données factuelles disponibles, il est prouvé que ces déclarations sont fausses. Des experts de la vaccination sont bien placés pour montrer aux militants anti-vaccination et au public que ces affirmations sont fausses. Pour empêcher la diffusion de fausses affirmations, les programmes nationaux de vaccination doivent envisager d'être plus proactifs en ce qui concerne le partage avec le public, sous une forme que celui-ci puisse facilement comprendre, des données factuelles sur l'innocuité et l'efficacité remarquables des vaccins.

Les déclarations morales invoquent souvent les droits individuels des personnes, comme le droit de décider de ce qui pénètre dans leur corps, et donc le droit de refuser la vaccination. Contrairement aux affirmations relatives aux faits, les affirmations morales ne peuvent être réfutées par des données factuelles et les conversations sont susceptibles d'en rester là parce que les professionnels de soins médicaux et de santé publique se sentent souvent « en dehors de leur zone de confort » dans les discussions qui dérivent vers des arguments moraux. Réfuter les déclarations morales posées contre la vaccination semble en effet remettre en question les droits individuels, et c'est une question que les professionnels de soins de santé essaient, par principe, d'éviter.

Quelque chose de trop important est en jeu cependant pour que les conversations en restent là. Pour faire progresser la santé et garantir que nos populations ne sont pas sensibles à des maladies graves pourtant évitables, il est impératif que les professionnels de la vaccination acquièrent un « vocabulaire éthique » pour réfuter efficacement les déclarations morales contre la vaccination et avancer résolument les arguments appuyant le devoir moral

de vacciner.

Ceux qui invoquent les droits individuels pour argumenter contre la vaccination passent à côté d'un point clé : ce n'est pas seulement la santé de chacun qui est en jeu, mais aussi la santé de tous. Il est certain que les arguments fondés sur les droits individuels suffiraient pour justifier un refus de la dialyse, par exemple, soit une intervention qui n'a de répercussions que sur la santé d'une personne donnée. Mais ils ne peuvent suffire pour une discussion sur la vaccination, où une personne peut nuire aux autres en transmettant une maladie infectieuse comme la rougeole.

Le refus d'être vacciné contre des maladies infectieuses peut conduire à nuire aux autres et, quels que soient les effets néfastes que nous pensons être acceptables pour nous-mêmes, il est éthiquement inacceptable d'en faire subir aux autres. En fait, nous arguons que nous avons un devoir moral de ne pas faire subir aux autres des effets néfastes. Ainsi, si nous pouvons faire diminuer le risque de nuire aux autres grâce à la vaccination contre les maladies contagieuses, nous avons le devoir moral de nous faire vacciner. Cela signifie que nous avons l'obligation morale d'être vaccinés contre les maladies contagieuses.<sup>1</sup>

On pourrait alléguer que cet argument ne s'applique qu'aux actions volontaires. Nous pouvons nuire aux autres de manière non intentionnelle, par exemple, si je tombe tout en tenant une bougie et que je vous brûle. Nous refuserions – et ce en toute raison – de dire que, dans de telles circonstances, j'ai fait quelque chose de moralement répréhensible envers vous. De la même manière, dans les situations où les vaccins ne sont pas disponibles, il ne serait pas raisonnable d'alléguer que les personnes ne remplissent pas

<sup>1</sup> Dawson A. Vaccination ethics. Dans : Dawson A, éditeur. Public health ethics. Key concepts and issues in policy and practice. Cambridge University Press; 2011. p.143-153.

TABOU suite de la page 5

leurs obligations morales ; mais refuser un vaccin qui est offert est une action volontaire, et l'on peut donc alléguer que ceux qui décident de ne pas se faire vacciner sont moralement responsables des effets nocifs qui peuvent apparaître chez les autres, y compris leur décès.<sup>2</sup>

L'éthique de santé publique offre un cadre de réflexion pour ces arguments éthiques sur la vaccination. En tant que tels, les arguments prennent en compte des caractéristiques essentielles de santé publique – soit que nous sommes préoccupés

par la santé des populations et pas seulement par celle des personnes envisagées individuellement, que nous assurons la gestion des biens publics, comme l'immunité collective, qu'aucune personne ne peut avoir la possibilité de décider de renoncer à la vaccination et que les interventions collectives et la coopération sociale sont cruciales.

Il existe de nombreux autres arguments éthiques essentiels en santé publique concernant la vaccination qui prennent en compte d'autres caractéristiques clés de santé publique, comme

la mission de l'autorité de santé publique de faire progresser la santé de la population, qui suppose la capacité d'imposer des interventions, ainsi que la responsabilité de devoir rendre des comptes pour le travail réalisé. L'éthique de santé publique fournit un vocabulaire considérable pour argumenter dans le sens de la vaccination. Nous devons adopter celui-ci pour faire progresser la santé de nos populations d'une manière efficace et moralement saine. ■

**Contribution du Dr Carla Saenz**, Programme régional de bioéthique, Département de Systèmes et Services de Santé, l'OPS/OMS.

## Caractéristiques des récentes flambées de diphtérie dans les Amériques

Dans les Amériques, la diphtérie est maîtrisée depuis des décennies.<sup>3</sup> Cependant, deux flambées majeures ont été notifiées ces dernières années en Haïti et au Venezuela et d'autres flambées connexes à la flambée vénézuélienne sont survenues au Brésil, en Colombie et en République dominicaine.

En Haïti comme au Venezuela, les couvertures vaccinales systématiques par le DTC3 et le DTC4 ont été de manière récurrente inférieures à 95 %, alors que le niveau standard requis de couverture qui a été défini pour les Amériques est celui d'une couverture vaccinale > 95 % (figure 1). Ces faibles couvertures ont eu pour résultat un accroissement de la population sensible parmi les enfants et les adultes.<sup>4</sup>

En Haïti, la maladie est réapparue fin 2014 et, à la semaine épidémiologique (SE) 6 de 2018, 410 cas probables de diphtérie étaient notifiés, parmi lesquels 75 décès. Le taux de létalité était de 22,3 % en 2015, 27 % en 2016 et 10,7 % en 2017 et 2018. En 2015 et 2017, une plus grande proportion de femmes ont été touchées, soit respectivement 57 % et 60 %. De plus, les enfants de moins de 10 ans ont été plus affectés.<sup>4</sup>

Dans le cadre des mesures de lutte contre les flambées, le ministère de la Santé a planifié une campagne vaccinale en trois étapes, qui ciblaient les enfants âgés de 1 à 14 ans dans 44 communes réparties sur neuf départements. Le vaccin pentavalent était utilisé pour vacciner les enfants âgés de 1 à 6 ans et le vaccin tétanos-diphtérie (Td) pour vacciner les enfants âgés de 7 à 15 ans. La première phase de la première étape de la campagne a été menée du 11 au 15 mars 2018 dans neuf états (29 communes) et la seconde du 8 au 12 avril 2018 dans 15 communes du département de l'Ouest. La couverture administrative a atteint 98 % dans les huit premiers départements et 80 % dans le département de l'Ouest. Un nombre réduit de cas de diphtérie et de décès dus à cette maladie ont été notifiés depuis la fin de la première phase de la campagne. Les dates de mise en œuvre des deux étapes restantes ne sont pas encore confirmées.

Au Venezuela, depuis le début de la flambée qui s'est déroulée de la semaine épidémiologique (SE) 26 de 2016 à la SE 5 de 2018, un total de 969 cas probables de diphtérie a été notifié (324 cas en 2016, 609 en 2017 et 36 en 2018), dont 726 ont été confirmés cliniquement ou par des tests de laboratoire, et 113 sont décédés (17 en 2016 et 96 en 2017), le taux de létalité de la maladie étant de 15,5 %. En 2016, des cas ont été notifiés dans cinq États (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas et Sucre) tandis qu'en 2017, des cas confirmés ont été notifiés dans 22 États et dans le district de la Capitale. En 2018, neuf entités fédérales ont notifié des cas confirmés. Les cas ont été notifiés dans tous les groupes d'âge ; cependant, l'incidence la plus importante est survenue chez les enfants âgés de 5 à 15 ans.<sup>4</sup>

Dans le cadre des mesures de contrôle, la vaccination de routine a été intensifiée avec le vaccin pentavalent

chez les enfants âgés de deux mois à six ans et une campagne de vaccination a été mise en place avec le vaccin Td, destinée aux enfants de 7 à 15 ans. La première phase de cette campagne est actuellement mise en œuvre dans neuf états et la deuxième phase couvrira 15 états.

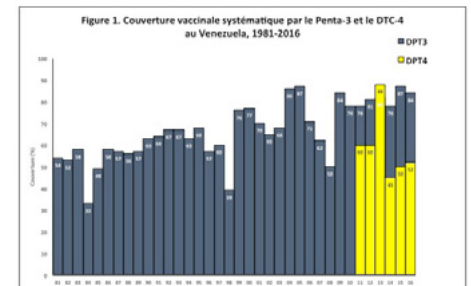
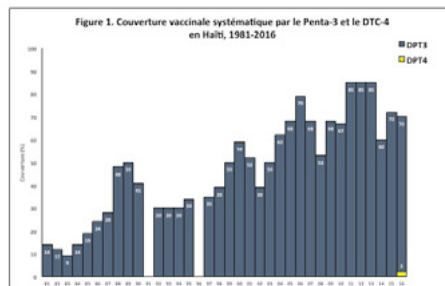
En Colombie, deux cas confirmés de diphtérie importée par des citoyens vénézuéliens ont été notifiés en 2018. Il s'agissait de deux garçons de trois et 14 ans, qui n'avaient pas d'antécédents vaccinaux, et dont les symptômes avaient respectivement débuté le 2 janvier et le 23 mars. Les deux cas ont été notifiés dans le département de La Guajira et ont été confirmés sur des critères cliniques, épidémiologiques et de laboratoire.<sup>4</sup>

Au Brésil en 2017, il y a eu 42 cas présumés notifiés dans 14 états. Parmi ces cas notifiés, cinq ont été confirmés, qui étaient survenus dans quatre états : Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (1 décès, importé du Venezuela) et São Paulo (1). Les 37 cas restants ont été éliminés. Trois des cinq cas confirmés (deux dans le Minas Gerais et un dans l'État de São Paulo) avaient reçu tous les vaccins des calendriers vaccinaux. L'âge des cas confirmés s'étendait de quatre à 66 ans (médiane : 19 ans), et il s'agissait de quatre patients et d'une patiente. De plus, à la SE 14 de 2018, six cas présumés ont été notifiés, qui étaient survenus dans six États ; le cas notifié dans l'État de Roraima (cas importé du Venezuela) est actuellement en cours d'investigation. À la SE 14, aucun de ces cas n'a été confirmé.<sup>4</sup>

En République dominicaine, il y a eu trois cas présumés de diphtérie notifiés en 2017 ; un seul a été confirmé comme étant une diphtérie vraie. Les deux autres cas ont été éliminés sur des critères cliniques (1) et par des tests de laboratoire (1). Il n'y a pas eu de décès notifié.<sup>4</sup>

Les autorités sanitaires d'Haïti, du Venezuela et des pays voisins (Brésil, Colombie et République dominicaine) intensifient la surveillance épidémiologique, les enquêtes, les soins médicaux et la vaccination. ■

**Figure 1. Couverture vaccinale systématique par le Penta3 et le DTC4 en Haïti et au Venezuela, 1981-2016**



**Source :** Formulaire conjoint OPS-OMS/UNICEF de notification (JRF d'après ses sigles en anglais) 2016. Disponible en anglais sur : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragebcg.html](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragebcg.html)

### Recommandations de l'OPS

- Les pays des Amériques doivent être conscients que des flambées épidémiques de diphtérie peuvent survenir quand il existe des poches de faible couverture vaccinale. Le risque existe également quand la chaîne du froid ne peut pas garantir des températures appropriées pour la conservation des vaccins pentavalent/DTC jusqu'au moment où ils sont administrés, en particulier s'il survient une congélation de ces vaccins.
- Avec le DTC3 et les rappels, les pays doivent garantir une couverture vaccinale homogène supérieure à 95 %.
- La surveillance épidémiologique de la diphtérie doit être maintenue et renforcée pour détecter tous les cas en temps opportun.
- L'identification précoce et le traitement des cas sont très importants dans la mesure où les complications de la diphtérie sont directement proportionnelles au nombre de jours entre le début de la maladie et l'administration de l'antitoxine, et qu'une utilisation précoce de l'antitoxine diphtérique est associée à de meilleurs résultats.
- Les prestataires de soins santé doivent recevoir une formation concernant le diagnostic et la notification de cette maladie, ainsi que la prise en charge des cas et des contacts.<sup>3</sup>
- Un stock stratégique d'antitoxine diphtérique (ATD) est mis à disposition. L'ATD peut être achetée par le Fonds renouvelable de l'OPS.

<sup>2</sup> Jamrozik E, Handfield T, Selgelid MJ. J Med Ethics 2016; 42: pp. 762–768.

<sup>3</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Diphtheria. VPD Surveillance Manual, 5e édition, 2011. Diphtheria: Chapter 1.1

<sup>4</sup> Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Diphtérie – Mise à jour épidémiologique. 28 février 2018. Disponible en anglais sur : <http://bit.ly/diphtheriaEPLupdate>

## Les sept questions les plus courantes sur la diphtérie

	QUESTION	RÉPONSE											
1.	<b>Qu'est-ce que la diphtérie ?</b>	<p>La diphtérie est une maladie aiguë d'origine bactérienne qui peut affecter le rhinopharynx, peut donner lieu à l'obstruction des voies respiratoires et, finalement, au décès.<sup>5</sup></p> <p>Les symptômes les plus fréquents sont : maux de gorge, fièvre (généralement basse qui excède rarement 38,5°C), difficulté à avaler et essoufflement. La gravité des signes et symptômes est habituellement proportionnelle à l'étendue de l'affection locale ; elle se rapporte à la production de toxine dans la membrane diphtérique. Suite à l'absorption d'une certaine quantité de toxine, le patient peut paraître pâle, avoir un pouls rapide et ressentir une faiblesse extrême.<sup>5,6</sup></p> <p>Les symptômes se produisent dans un intervalle de 2 à 5 jours (fourchette de 1 à 10) après exposition à l'agent.<sup>6</sup></p>											
2.	<b>Quel est l'agent étiologique ?</b>	<p>L'agent étiologique est celui du <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, un bacille à Gram positif dont il existe quatre biotypes : <i>mitis</i>, <i>intermedius</i>, <i>gravis</i> et <i>belfanti</i>. Le facteur de virulence le plus important de <i>C. diphtheriae</i> est l'exotoxine qui produit une nécrose cellulaire et systémique.<sup>6</sup></p> <p>Le <i>C. diphtheriae</i> se transmet d'une personne à l'autre par contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires d'un individu malade ou d'un porteur. Rarement, la transmission peut se produire par contact avec des lésions cutanées et des matières contaminées.<sup>5</sup></p>											
3.	<b>Quelle est la définition de cas suspect de diphtérie recommandée par l'OMS ?</b>	<p>Maladie des voies respiratoires supérieures caractérisée par ce qui suit : rhinopharyngite, pharyngite, amygdalite ou laryngite et présence de pseudomembrane adhérente sur les amygdales, le pharynx, le larynx ou dans le nez.</p> <p><b>Note :</b> certains pays peuvent envisager d'élargir la définition de cas suspect, y compris des cas mineurs sans pseudomembrane ou ulcères non cicatriciels, chez une personne avec des antécédents de voyage dans</p>											
4.	<b>Comment est confirmé le diagnostic de diphtérie ?</b>	<p>Par une culture de <i>C. diphtheriae</i> et la mise en évidence de la capacité de production de l'exotoxine, en utilisant une réaction d'immunoprécipitation (p. ex. test d'Elek modifié).<sup>5</sup></p> <p>La réaction en chaîne par polymérase (PCR selon le sigle anglais) est utile pour la détection du gène de la toxine diphtérique et permet un diagnostic rapide quand la culture n'est pas positive. Dans ces cas, il faudra tenir compte du contexte épidémiologique et évaluer chaque cas.<sup>5</sup></p>											
5.	<b>Comment obtenir l'échantillon pour le diagnostic de laboratoire ?</b>	<p>Il faut prélever deux échantillons au premier contact avec le cas suspect : un écouvillon pharyngé et un écouvillon nasal. Les deux prélèvements doivent être obtenus en utilisant un tampon ouaté. Idéalement, ces prélèvements doivent se faire avant de commencer le traitement aux antibiotiques.</p> <p>Le frottis pharyngé doit être obtenu par une visualisation directe, de préférence de la bordure ou directement en-dessous de la pseudomembrane, en effectuant des mouvements de rotation, puis être retiré et placé dans le milieu de transport.</p> <p>Pour le prélèvement nasal, introduire doucement l'écouvillon dans l'orifice nasal jusqu'à toucher la paroi postérieure du pharynx et frotter doucement. Les écouvillons doivent porter un étiquetage approprié avec un identificateur unique et la source de l'échantillon, puis ils doivent être placés dans les milieux de transport appropriés (milieu de transport Amies ou Stuart). Dans la mesure du possible, il faut aussi obtenir un prélèvement de la pseudomembrane et le placer dans une solution saline (et non du formol).</p>											
6.	<b>Quel est le traitement recommandé pour les cas de diphtérie ?</b>	<p><b>Antitoxine diphtérique (ATD) :</b> elle doit être administrée au premier soupçon de la maladie. L'antitoxine neutralise la toxine circulante (libre), mais pas la toxine fixée aux tissus.<sup>7</sup></p> <p><b>Antibiotiques :</b> ils éliminent la bactérie et réduisent la période de transmissibilité et d'état porteur. Les antibiotiques recommandés sont la pénicilline et l'érythromycine pendant 14 jours.<sup>7</sup></p> <p><b>Autres mesures :</b> prévention et lutte contre les infections nosocomiales, surveillance (respiratoire, cardiaque, rénale), mesures de soutien, repos strict (2 semaines) et vaccination durant la période de convalescence.</p>											
7.	<b>Quelle est la dose recommandée et comment l'ATD est-elle administrée ?</b>	<p>La dose recommandée est la même pour les enfants et les adultes et oscille entre 20 000 et 100 000 unités, selon l'emplacement et l'étendue de la pseudomembrane, le temps écoulé depuis le début des symptômes et la gravité de l'infection (<b>tableau 1</b>).<sup>7</sup></p> <p><b>Tableau 1. Dosage suggéré pour l'utilisation de l'ATD</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indication</th> <th>Doses en unités</th> <th>Voie d'administration</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Localisation sur le pharynx ou larynx avec une durée de 48 heures ou moins</td> <td>20 000 à 40 000</td> <td rowspan="2">Intramusculaire (IM)</td> </tr> <tr> <td>Localisation sur le rhinopharynx</td> <td>40 000 à 60 000</td> </tr> <tr> <td>Maladie étendue avec une durée de trois jours ou plus, ou avec une tuméfaction 27 diffuse du cou</td> <td>80 000 à 100 000</td> <td>Intraveineuse (IV)</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Source :</b> OPS / OMS. <i>Tratamiento de las enfermedades infecciosas</i>. Septième édition. 2017-2018 pages 38,61.</p> <p>Une fois que la dose et la voie d'administration ont été définies, la dose doit être administrée en une seule fois. L'ATD est mélangée à 250-500 ml de solution saline normale et administrée lentement (entre 2 à 4 heures), une surveillance étroite devant être assurée pour éviter le risque d'anaphylaxie. Le dosage ne doit pas être répété. La voie IV est préférable dans les cas graves et la voie IM dans les cas mineurs à modérés.<sup>8</sup></p> <p>Le personnel qui procède à l'administration de l'ATD doit être formé et expérimenté, et il doit disposer de l'équipement et des médicaments nécessaires pour traiter, le cas échéant, une anaphylaxie. Le recours à l'ATD chez les femmes enceintes devra être évalué sur la base de l'analyse du rapport bénéfice-risque.<sup>8</sup></p> <p>Il est important de toujours lire la notice du produit pour vérifier les doses et les recommandations du fabricant relativement aux tests de sensibilité, l'administration, les événements indésirables et autres.<sup>8</sup></p>	Indication	Doses en unités	Voie d'administration	Localisation sur le pharynx ou larynx avec une durée de 48 heures ou moins	20 000 à 40 000	Intramusculaire (IM)	Localisation sur le rhinopharynx	40 000 à 60 000	Maladie étendue avec une durée de trois jours ou plus, ou avec une tuméfaction 27 diffuse du cou	80 000 à 100 000	Intraveineuse (IV)
Indication	Doses en unités	Voie d'administration											
Localisation sur le pharynx ou larynx avec une durée de 48 heures ou moins	20 000 à 40 000	Intramusculaire (IM)											
Localisation sur le rhinopharynx	40 000 à 60 000												
Maladie étendue avec une durée de trois jours ou plus, ou avec une tuméfaction 27 diffuse du cou	80 000 à 100 000	Intraveineuse (IV)											

<sup>5</sup> Stanley A Plotkin, et al. Plotkin's Vaccines, Septième édition, pages 261 à 275

<sup>6</sup> Note d'information de l'OMS sur le vaccin antidiphtérique, disponible sur : <http://www.who.int/wer/2006/wer8103.pdf?ua=1>

<sup>7</sup> OPS/OMS. *Tratamiento de las enfermedades infecciosas*. Septième édition. 2017-2018 pages 38,61.

<sup>8</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Diphtheria Antitoxin (DAT) Protocol. Version 7.0. 21 septembre 2016. Disponible en anglais sur : <https://www.cdc.gov/diphtheria/downloads/protocol.pdf>

Le *Bulletin d'immunisation* est 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 et au-delà.

Il est 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](http://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 XXXX Numéro 2 • Juin 2018

**Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus**

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2018  
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**



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

## Ce que j'ai appris sur l'introduction du vaccin anti-VPH en Colombie...

**Par Diego Alejandro García, chef du Programme élargi de vaccination de Colombie**

Le 17 août 2012, à la suite de multiples analyses, considérations et la recommandation de notre comité consultatif en matière de vaccins, nous avons entamé le processus de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), au vu des avantages qu'il présentait pour les filles et femmes colombiennes : près de 2300 femmes meurent annuellement du cancer du col de l'utérus en Colombie.

Conscients des nouvelles qui circulaient sur l'Internet relativement à la vaccination anti-VPH, nous avons estimé qu'il était nécessaire de réaliser, avant le début de la vaccination, un travail local défini et dirigé par des associations scientifiques et universitaires du pays, pour renforcer les capacités des pédiatres, des gynécologues et des médecins généralistes en matière de vaccination anti-VPH et de leur permettre d'appuyer les efforts de vaccination au niveau local.

De plus, et conjointement avec le secteur de l'éducation, nous avons élaboré une stratégie de vaccination dans les établissements d'enseignement publics et privés pour assurer une couverture vaccinale élevée, par une utilisation optimale des concentrations de population.

Cela nous a permis d'obtenir, en 2012, des couvertures (série conventionnelle de 0-2-6 mois) de 97 % avec la première dose, 96 % avec la deuxième et 89 % avec la troisième dans une cohorte de filles de quatrième année d'école primaire, âgées de neuf ans ou plus. Grâce à ces couvertures élevées, nous avons réussi à mobiliser des ressources pour organiser une campagne de « rattrapage » en 2013 chez toutes les filles de quatrième année primaire jusqu'en onzième année de secondaire, pour atteindre une couverture de 95 % avec la première

dose et de 85 % avec la deuxième (série élargie de 0-6-60 mois).

En 2014, malheureusement, plusieurs événements supposément associés à la vaccination se sont présentés, tout d'abord au sein d'un groupe réduit et concentré de personnes, dont un enfant non vacciné, qui ont ensuite lentement pris de l'ampleur et auxquels est venue s'associer la présence de cette symptomatologie non spécifique de la vaccination anti-VPH. L'événement d'intérêt en santé publique s'est produit dans une municipalité du nord du pays, dans une communauté caractérisée par une problématique sociale importante. Avec l'arrivée massive des médias, le problème s'est accentué car ces derniers ont sensationnalisé la nouvelle. Le résultat a été une augmentation des notifications d'événements supposément indésirables, amplement rapportées lors des journaux télévisés. À ceci est venu s'ajouter l'opportunisme politique, ainsi que l'opportunisme de certains avocats, qui font miroiter de fortes indemnités si plaintes est portée contre l'État.

De plus, un ou deux médecins colombiens ont informé les familles de ces filles que les symptômes présentés étaient attribuables au vaccin anti-VPH, en dépit de multiples déclarations faites à l'appui de la sécurité du vaccin par de nombreuses associations scientifiques et universitaires dans le monde entier et en Colombie, ainsi que par l'OMS et l'OPS.



Diego Alejandro García.

En conséquence, nous sommes passé d'une couverture de 97 % avec la première dose en 2012 à 6 % en 2016, avec un léger accroissement à 15 % en 2017. Cela signifie que nous perdons des possibilités de protéger nos filles contre une maladie à l'âge adulte, une maladie qui est évitable par la vaccination. En 2017, nous avons donc envisagé de renforcer nos actions au niveau local, puisque les groupes anti vaccination se manifestaient immédiatement lors des campagnes au niveau national. Cette stratégie nous a permis d'administrer 79 000 et 214 000 doses en 2016 et 2017, respectivement. De ces quantités, 50 000 et 143 000 ont été administrées à des filles de 10 à 17 ans lors de la mise à jour de leur calendrier vaccinal ; les montants restants ont été administrés à la cohorte d'enfants âgés de 9 ans.

La Colombie continue de renforcer ses efforts de promotion de la vaccination anti-VPH, convaincue du bienfait supérieur qu'elle a pour la santé de notre population, et, à cette fin, nous collaborons avec l'ensemble de la communauté médicale. Nous continuons de lutter contre les fausses croyances qui entourent ce vaccin et contre un puissant mouvement contre la vaccination anti-VPH qui gagne du terrain dans notre pays. En dépit des difficultés, nous ne renoncerons pas. ■

**Les objectifs de la rubrique « Ce que j'ai appris » sont d'offrir un espace aux professionnels de la vaccination de tous les coins des Amériques pour partager leur expérience personnelle et les leçons qu'ils en ont tirées. Les personnes qui aimeraient publier leur témoignage dans cette rubrique sont invitées à contacter Octavia Silva à [silvao@paho.org](mailto:silvao@paho.org).**